

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite		Seite
<i>Wolfgang Wendlandt, Berlin</i> Nicht vermeiden — Stottern zeigen! Teil 1: Grundsätzliches zum Non-avoidance-Konzept in der Behandlung des Stotterns	145	<i>Bärbel Triffterer, Dörpen, und Angela Böhl, Wilhelmshaven</i> Computereinsatz in der Aphasietherapie	169
<i>Heinz Naeckel, Freudenberg, und Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren</i> Die Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer nach der Methode Georg H. Naeckel	154	Umschau	174
<i>Manfred Grohnfeldt, Köln</i> Dualismus von Unterricht und Therapie — Eine spezifische Aufgabenstellung in der Schule für Sprachbehinderte	162	Tagungen und Kongresse	175
		Aus der Organisation	178
		Würdigung	184
		Bücher und Zeitschriften	186
		Vorschau	191

Postverlagsort Hamburg
32. Jahrgang
August 1987 · Heft 4

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

NEU! Vorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin

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.

NEU! Geschäftsführender Vorstand:

dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 605 79 65

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, Glojenborg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe Hans-Detlef Heining, Liegnitzer Weg 43, 4440 Rheine 1

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

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

NEU! Redaktion Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Mühlenkamp 2 A, 2723 Scheeßel
Telefon (04263) 88 88
Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1
Telefon (0421) 59 13 32

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 7,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 42,— DM zuzüglich 5,10 DM Portokosten.

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

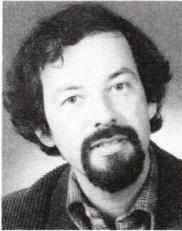
Mitteilungen der Redaktion

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

NEU! Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der o. a. Redakteure zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.

Den Verfassern werden 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.



Wolfgang Wendlandt, Berlin

Nicht vermeiden — Stottern zeigen! Teil 1: Grundsätzliches zum Non-avoidance-Konzept in der Behandlung des Stotterns

Zusammenfassung

Der Artikel stellt ein Behandlungskonzept aus der Therapie des Stotterns vor, das in deutschsprachigen Fachzeitschriften bisher wenig diskutiert wurde, anderenorts aber seit Jahren praktiziert wird: das Non-avoidance-Konzept. Im ersten Teil des Beitrags, der in diesem Heft erscheint, werden die wichtigsten Grundannahmen und Veränderungsprinzipien dieses Nicht-Vermeidungs-Ansatzes zusammenfassend dargestellt. Dabei werden die Unterschiede zu traditionellen Ansätzen einer symptomorientierten sprachheilpädagogischen und logopädischen Arbeit mit Stotternden herausgearbeitet. Abschließend geht es um die Fragwürdigkeit von Sprechhilfen und um deren Kritik aus der Sicht des Non-avoidance-Konzeptes.

Im zweiten Teil, der im Heft 5/1987 erscheinen wird, beschreibe ich zentrale Behandlungsbau- steine meines eigenen Vorgehens in der Therapie des Stotterns, zu deren Entwicklung ich aufgrund mehrjähriger Erfahrungen mit Non-avoidance-Prinzipien gekommen bin. Behandlungsbeispiele veranschaulichen die Darstellung. Dabei erfolgt eine Beschränkung auf symptomorientierte Maßnahmen. Diese stehen im deutlichen Kontrast zu unserer sprachheilpädagogischen Tradition, vermögen aber meines Erachtens fruchtbare Impulse für die Praxis der Stottertherapie und die Weiterentwicklung der fachwissenschaftlichen Diskussion zu geben.

1. Einleitung

»Nicht-Vermeidungs-Therapien« kommen bereits seit Jahrzehnten z.B. in den USA, in Skandinavien und den Niederlanden bei stotternden Klienten zum Einsatz. In der deutschsprachigen Fachliteratur zur Behandlung des Stotterns hat eine systematische Auseinandersetzung der »Experten« mit dem »Non-avoidance-Konzept« bisher nur vereinzelt stattgefunden. Dies erstaunt, sind doch wesentliche Impulse hierzu bereits

1974 durch Vorträge auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Thema: Stottern — Poltern) ausgegangen (vgl. Bloch 1975, Preuss 1975, Heidemann 1975). Allerdings ist zu beobachten, daß auf Autoren wie Sheehan (1970) und Van Riper (1973), bei denen der Non-avoidance-Gedanke eine zentrale therapeutische Grundposition darstellt, zunehmend Bezug genommen wird (vgl. z. B. Preuss 1974, Heidemann, Kellner, Kopf-Mehnert 1975, Heidemann-Tagmann 1978, Wendlandt 1980, Hambeck 1982, Segbers und Wellen 1982, Richter 1983).

Die Betroffenen selbst setzen sich in Selbsthilfegruppen schon seit geraumer Zeit — angeregt durch ein hervorragendes Büchlein von Hood (1978) — mit dem Non-avoidance-Konzept auseinander: Wie ein roter Faden ziehen sich durch die Jahrgänge des *Kieselsteins* (Organ deutschsprachiger Stotterer-Selbsthilfegruppen) Beiträge, die das »Nicht-Vermeiden des Stotterns« und das »Zum-eigenen-Stottern-Stehen« als einen der wesentlichsten Faktoren für eine erfolgreiche Selbsttherapie erwachsener Stotternder bezeichnen.

Was ist der Nicht-Vermeidungs-Ansatz? Wie läßt er sich beschreiben? Statt eine umfassende Übersicht über die vielfältigen Ausformungen dieser Therapierichtung bei unterschiedlichen Autoren zu geben, beschränke ich mich auf eine subjektive Antwort: Im hier vorliegenden Teil des Artikels werde ich das zu beschreiben versuchen, was ich als allgemeine Prinzipien und übergreifende Gemeinsamkeit von Non-avoidance-Therapien betrachte (wozu auch die Kritik an Sprechhilfen gehört). Im zweiten Teil des Artikels (Veröf-

fentlichung im nächsten Heft) stelle ich mein eigenes therapeutisches Vorgehen vor, zu dem ich nach einer mehrjährigen Auseinandersetzung mit Non-avoidance-Prinzipien gekommen bin. Im Mittelpunkt meiner Ausführungen werden dabei die (im engeren Sinne) symptomorientierten Maßnahmen stehen, also solche, die sich unmittelbar auf das Sprechen und das Stottern des Klienten beziehen. Gerade diese Behandlungsmaßnahmen erhellen für mich auf besonders anschauliche Art die typischen Sichtweisen und therapeutischen Grundhaltungen eines Non-avoidance-Therapeuten. Wer frühere Veröffentlichungen von mir kennt (vgl. z. B. *Wendlandt* 1975, 1979), wird hier (im Bereich symptomorientierter Arbeit) eine veränderte Schwerpunktsetzung erkennen können.

2. Allgemeine Charakteristika des Non-avoidance-Ansatzes

2.1. Grundsätzliches

Die Aufforderung »Nicht vermeiden — Stottern zeigen!« drückt das zentrale Anliegen des Non-avoidance-Ansatzes aus: Heilsame Veränderungen werden beim Stotternden vor allem dann erwartet, wenn er diejenigen Dinge tut, die er bisher gefürchtet und vermieden hat, wenn er Risiken eingeht, neue Erfahrungen in unbekannteren Situationen sammelt und immer wieder mit neuen (nicht nur sprachlichen) Handlungsmöglichkeiten experimentiert. Das »Nicht-Vermeiden« bezieht sich dabei nicht nur auf das Stottern, sondern auf die gesamte Lebensgestaltung des Klienten, nicht nur auf sein Sprechverhalten, sondern z. B. auch auf seinen Umgang mit eigenen Zielen und Wünschen, auf seine Art, Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, und auf seine beruflichen Tätigkeiten. Neue Erfahrungen bringen neue Einsichten, neues Handeln erweitert den Handlungsspielraum.

Diese Erkenntnisse, die für die Entwicklung und Veränderung eines jeden Menschen Geltung besitzen, haben im Bereich der Klinischen Psychologie zur Herausbildung einer ganzen Reihe von Interventionsmethoden geführt, die vor allem unter dem Begriff »Ver-

haltenstherapie« Verbreitung gefunden haben: Selbstsicherheitstraining, Rollenspielf Verfahren und In-vivo-Arbeit sind z. B. derartige *handlungsaktivierende* Methoden, die die soziale Kompetenz des Klienten fördern und ihm helfen, seinen Lebensraum bewußter zu gestalten und eigene Entwicklungsmöglichkeiten wahrzunehmen und zu nutzen.

In diesem Sinne geht es in einer Nicht-Vermeidungs-Therapie nicht in erster Linie darum, die Stottersymptome zu eliminieren, sondern vielmehr darum, systematisch neue Erfahrungen mit dem Stottern und dem Sprechen zu sammeln. Und es geht darüber hinaus — und mit gleichem Nachdruck — darum, die Kommunikationsfähigkeiten des Stotternden so zu stärken, daß er — ggf. weiterhin stotternd — seine zwischenmenschlichen Beziehungen bewußt und selbstbestimmt zu gestalten vermag. (»Nicht vermeiden!« steht für mich dabei als Therapiemotto auf einer Ebene mit den Postulaten von Ruth Cohn [1981], die ihre Klienten ermuntert »Experimentiere mit Dir selbst!« und »Sei Dein eigener Chairman!«.)

Während wir im deutschen Sprachraum im Bereich der Stottertherapie auf eine Tradition zurückblicken, in der es — bei aller Verschiedenartigkeit der Behandlungskonzepte — um eine möglichst *schnelle* und *vollständige* Beseitigung des Stotters geht, streben Non-avoidance-Therapeuten in erster Linie danach, den Klienten zu einer

- Annahme seines Stotters und zu einem
 - veränderten Umgang mit den Stottersymptomen in Richtung auf ein
 - flüssiges Stottern
- zu befähigen.

2.2. Annahme des Stotters

»Annahme des Stotters« kann in diesem Zusammenhang z. B. bedeuten,

- daß der Klient sein Stottern und seine schwierigen Sprechsituationen weniger fürchtet, sie weniger haßt und sich ihretwegen weniger schämt;
- daß er seine unrealistischen Überzeugungen aufgibt, seine Symptome ständig ver-

meiden zu *müssen*, daß er also erkennt, daß die befürchteten Katastrophen, die in der Phantasie einem Sprechen mit Stottern folgen, ausbleiben;

- daß der Klient sein Sprechen in der Folge nicht mehr an alten Vermeidungshaltungen, sondern an den eigenen aktuellen Sprechabsichten orientiert, Sprechabsichten, die er nun erleben kann und die er sich als mögliche Handlungsimpulse zugesteht;
- daß dem Klienten nicht mehr wichtig ist, wie gut er spricht, sondern daß er überhaupt spricht, nicht die Qualität des Sprechergebnisses hat Bedeutung, sondern die Aktivierung zur Kommunikation;
- daß der Klient seine Sprechaktivitäten steigert, wenn er bisher sein Stottern passiv durch Schweigen vermeiden wollte;
- daß er ggf. aber auch seine Sprechaktivitäten da gezielt einschränkt, wo er dazu neigt, sein Stottern aktiv durch »Drumherum-Reden« (Flucht nach vorn) kaschieren zu wollen;
- daß der Klient die Art seines ursprünglichen spontanen Stotterns zuläßt, ohne die unterschiedlichen Anstrengungsreaktionen zu starten, um aus dem Stottern herauszukommen — denn das, was der Stotternde tut, um nicht zu stottern, so hat es *Johnson* (1961) einmal formuliert, ist das (auffällige) Stottern (d. h., der Stotternde lernt nun Anstrengungen, wie das Herausschleudern der Zunge oder das In-den-Nacken-Werfen des Kopfes, zu unterlassen, mit denen eine Flucht aus dem Symptom möglich wird, oder Anstrengungen, wie das Verwenden von Flickwörtern oder Synonyma, mit denen das Auftreten des Symptoms von vorneherein unterdrückt wird);
- daß sich der Klient als Person schätzen lernt und sich trotz seines Stotterns akzeptieren kann und
- daß er darüber hinaus beginnt, das Leben eines sogenannten Normalsprechenden zu führen, der konkrete Alltagssituationen und längerfristige Lebensziele nicht mehr weiter »unter dem Diktat des Stotterns« beläßt.

2.3. Veränderter Umgang mit dem Stottern

»Veränderter Umgang mit dem Stottern« bedeutet als Therapieziel im Rahmen des Non-avoidance-Konzepts,

- daß der Klient sein eigenes Stottern spielerisch erforscht, d. h., daß er — statt sich wie bisher vor stotterbezogenen Wahrnehmungen zu schützen — sich nun immer wieder auf die Suche begibt, um die Art und die Bedingungen des Stotterns zu erspüren und zu analysieren;
- daß sich der Klient selbst als Produzent des eigenen Stotterns begreift (»Ich bin der, der stottert!«) und den Ablauf des Stotterns (der für jede Person ja in einer sehr individuellen Weise erfolgt) bewußt zu spüren vermag;
- daß er in der Lage ist, auf den (bisher automatisierten) Symptombau abzuweichen, z. B. die Anstrengungen beim Pressen zu reduzieren, das Durchdrücken-Wollen eines Wortes blitzschnell abzustellen oder den Kopf zu heben, statt ihn zitternd gegen die Brust zu drücken;
- daß er beginnt, leichtere Arten des Stotterns zu erproben und sie flexibel, d. h. in unterschiedlicher Art über verschiedenartige Situationen hinweg, einzusetzen;
- und daß der Klient letztendlich zu einer immer flüssigeren Form des Stotterns gelangt.

Der Klient erwirbt durch die veränderte Art, auf sein Stotterverhalten (und sein Sprechverhalten allgemein) zu reagieren, eine sehr differenzierte sprechmotorische Steuerungsfähigkeit. Sie kann sich allerdings nur dann erfolgreich aufbauen, wenn der Klient zu einer drastischen Verminderung seiner Furcht vor dem Stottern gelangt ist und auf diese Weise immer wieder (ohne Scheu und mit Ausdauer) mit seinem Stotterverhalten experimentieren konnte.

2.4. Flüssiges Stottern

»Flüssiges Stottern« als ein zentrales Therapieziel der Non-avoidance-Ansätze bedeutet,

- daß der Stotternde sein verkrampftes, auffälliges, von Mitbewegungen begleitetes Stottern ersetzen kann durch ein

lockeres, unauffälliges und mitbewegungsfreies Stottern, wobei er sein Sprechen insgesamt flüssig und ohne Ausweichmanöver sowie sein Kommunikationsverhalten offen und zugewandt zu gestalten vermag;

- daß der Klient seine Sprechfreude und seine Kommunikationswünsche entfalten kann, ohne von dem Anspruch gebremst zu werden, stotterfrei sprechen zu müssen (Stottersymptome sind nicht mehr Sprechmißerfolge, die zu einer erhöhten Vorsicht oder zu einer disziplinierteren Kontrolle des Sprechens Anlaß geben, sondern tolerierte Ereignisse, an denen immer wieder eine Verflüssigung von Sprechabläufen möglich wird);
- daß der Klient das in diesem Sinne flüssige Stottern einem ungewollten, aber stotterfreien Schweigen vorzieht. (So gesehen charakterisiert für mich »flüssig« nicht nur die Art des Sprechens, sondern auch die Art, wie sich der Klient in Beziehung zu seinen Mitmenschen zu setzen vermag, signalisiert, daß auch die Gestaltung der Kommunikation nicht mehr verkrampt, gehemmt, heftig oder bruchstückhaft erfolgt.)

Non-avoidance-Therapeuten haben, wie andere Stottertherapeuten auch, den Anspruch, bei ihren Klienten eine weitestgehende Reduzierung der Symptome zu erzielen. »Flüssig-stottern-können« ist auf dem Weg dahin eines der zentralen Therapieziele. Wer flüssig stottert, stottert entspannt, was sich zwangsläufig in einer drastisch reduzierten Symptomatik zeigt, und zwar auf zweierlei Art: Der Schweregrad des Stotterns ist deutlich gemindert, weil z. B. Blocks durch weiche Wiederholungen verflüssigt oder harte (staccato) Iterationen durch Dehnungen ersetzt werden. Und der Klient kann den Stottermomenten, die in der insgesamt entspannteren Sprechweise sowieso bedeutend seltener auftreten, besser (präventiv) begegnen. Darüber hinaus wirkt die gewonnene Angstfreiheit und Ruhe in Kommunikationssituationen und die insgesamt positivere Selbstakzeptanz und Befindlichkeit des Stotternden als ein zusätzlich symptomreduzierender Faktor.

Das Therapieziel »Flüssig stottern« wird an dieser Stelle deswegen so hervorgehoben, weil es im Gegensatz zu dem im deutschen Sprachraum vorherrschenden (und wie ich meine fragwürdigen) therapeutischen Anspruch auf Heilung steht, ein Anspruch, der bereits kritisch hinterfragt wurde (vgl. *Wendlandt* 1980). Das Therapieziel »Flüssig stottern« impliziert — so paradox es auch klingen mag — eine »Befreiung vom Stottern durch mehr Freiheit zum Stottern« (vgl. *Segbers* und *Wellen* 1982). Als Therapeut »Stotterfreies Sprechen« als Therapieziel zu formulieren (oder als Betroffener Stotterfreiheit von sich selbst zu fordern), hieße hingegen, die bei Stotternden oft langjährig gehegten Ängste vor dem Stottern zu »konservieren«, sie nicht wirklich vollständig abbauen zu können und dem Fortbestand von Vermeidungshaltungen Vorschub zu leisten (siehe unten die ausführlichere Begründung zur Problematik von Sprechhilfen).

2.5. Behandlungsabschluß

Therapeuten, die nach dem Non-avoidance-Konzept arbeiten (aber auch solche mit einer ganz anderen theoretischen und methodischen Ausrichtung), gehen davon aus, daß bei Stotternden, zumindest bei der Mehrzahl der langjährig Stotternden, immer mit einer *Restsymptomatik* gerechnet werden muß: Vereinzelt treten noch »... kleinere Symptome auf, die von einem Laien u. U. gar nicht mehr als solche erkannt werden, oder es bleibt eine Bereitschaft zu einer etwas deutlicheren Stotterausprägung in belastenden Situationen bestehen. Oft scheint sich dieses Reststottern bei erwachsenen Klienten trotz der größten Anstrengungen von Therapeut und Stotternden nicht abbauen zu lassen. Nicht selten aber wollen die Klienten — und das scheint mir zumindest bei langjährig Stotternden häufig der Fall zu sein — sich gar nicht mehr einer weiteren, für sie so mühseligen Feinarbeit an den noch verbliebenen sprechmotorischen Symptomen widmen. Sie schätzen zu diesem Zeitpunkt den bereits erzielten Behandlungserfolg als völlig ausreichend ein« (*Wendlandt* 1984, S. 83 f.).

Nach dem Non-avoidance-Konzept könnte die Behandlung an dieser Stelle abgeschlossen werden, vorausgesetzt allerdings,

- daß der Klient nicht mehr nennenswert unter seinem restlichen Stottern leidet, wobei sein eigenes Urteil ausschlaggebend ist,
- daß der Klient die eigene Sprechabsicht nicht mehr wegen vereinzelt auftretender Stottersymptome zurückstellt,
- daß der Klient noch vorhandene Stottersymptome leicht »verflüssigen« und damit unauffällig gestalten kann (wenn er es möchte),
- daß der Klient gelernt hat, *trotz* seiner restlichen Sprechschwierigkeiten sozialen Anforderungen und den eigenen Wünschen nach zwischenmenschlichen Beziehungen nachzukommen (das kann heißen, daß der Klient nicht mehr an bisherigen Selbstbeschränkungen im Beruf festhält, sondern nun die Bereitschaft zeigt, z. B. an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen),
- daß »... er sich bereit und fähig fühlt, die Therapie von sich aus zu beenden und ... sich dabei von der Überzeugung leiten läßt, seinen Alltag ohne therapeutische Unterstützung nun allein meistern zu können« (Wendlandt 1984, S. 195),
- und daß er, wie Fiedler (1981) betont, auf einen möglichen Rückfall nach Behandlungsende vorbereitet ist und Kriterien kennt, wann noch einmal erneut die Hilfe eines Therapeuten in Anspruch zu nehmen ist.

Es sollte nicht übersehen werden, daß es im Therapiealltag oft ganz andere »Kriterien« sind, die dem Therapeuten und/oder dem Klienten einen Behandlungsabschluß nahelegen, z. B.:

- In der Behandlung konnte keine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Klient aufgebaut werden.
- Der Therapeut hat die ihm zur Verfügung stehende Zeit für eine Behandlung »verbraucht« oder den von der Krankenkasse bewilligten Kostenrahmen ausgeschöpft.
- Der Klient ist nach längerer Behandlungsdauer nicht mehr genügend motiviert (bzw. motivierbar).

— Die Hilfsmöglichkeiten des Therapeuten sind erschöpft, er weiß dem Klienten nichts wesentlich Neues mehr anzubieten.

— Die Hilfsbereitschaft des Therapeuten, seine Motivation (und Geduld) gehen zur Neige.

— Der Klient kann die Kosten für die Therapie nicht mehr tragen.

Der Anspruch, Klienten bis zur *völligen* und *ständigen* Symptommfreiheit therapieren zu müssen (siehe z. B. Richter 1983), wird in Non-avoidance-Therapien nicht als notwendige Bedingung von »Therapieerfolg« betrachtet.

Begnügt sich nun der Non-avoidance-Ansatz prinzipiell damit, daß die Symptomatik des Klienten bis auf ein unauffälliges Reststottern abgebaut wird? Nein! Wie die oben aufgeführten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Behandlungsabschluß gezeigt haben, zielt der Non-avoidance-Ansatz nicht nur auf einen Erfolg hin, der auf der Ebene des unmittelbaren sprechmotorischen Handelns liegt, sondern der sich auch auf anderen Veränderungsdimensionen zeigt. Obwohl an dieser Stelle schwerpunktmäßig nur das symptomorientierte Vorgehen des Non-avoidance-Ansatzes besprochen wurde, dürfte deutlich geworden sein, daß dabei emotionale und kognitive Prozesse wesentlich in die therapeutischen Veränderungsschritte einbezogen sind und ein Abbau der Stottersymptomatik um so eher gelingen kann, wenn eine umfassende Veränderung der Person des Stotternden zum gemeinsamen Behandlungsanliegen geworden ist. (Anregungen darüber, welche anderen Dimensionen der Veränderung in der Therapie des Stotternden zu berücksichtigen sind, habe ich an anderer Stelle gegeben: »Stottern — wie wird es behandelt?«, Wendlandt 1984, S. 18 ff.).

3. Non-avoidance-Therapien und Sprechhilfen

Dem Einsatz von Sprechhilfen kommt im Rahmen von Non-avoidance-Therapien längst nicht die Bedeutung zu, die ihm in der traditionellen deutschsprachigen Sprach-

heilpädagogik und Logopädie beigemessen wird. Ihr Einsatz in der Behandlung des Stotterns wird — zum Teil sehr heftig — kritisiert.

3.1. Unterschiede in der Verwendung von Sprechhilfen

Im deutschen Sprachraum ist die Arbeit mit Sprechhilfen die wohl bekannteste Vorgehensweise in der Behandlung des Stotterns: Die individuelle Art des Sprechens eines Stotternden wird so verändert, daß es zu einer deutlichen Abnahme der Stotterhäufigkeit und -stärke kommt. Dazu werden neue Sprechmuster erlernt, neue Gestaltungsprinzipien für das eigene Sprechen trainiert, die weitestgehend unvereinbar mit Stottern sind. Auch in Non-avoidance-Therapien kommt es zum Einsatz von Sprechhilfen (z. B. bei *Van Riper* 1973). Allerdings wird diese Behandlungsmaßnahme vom Therapeuten ganz anders als bei uns gehandhabt: Er führt sie — wenn überhaupt — ausdrücklich erst dann durch, wenn der Klient seine Ängste vor einem Sprechen mit Symptomen abgebaut hat, sprachliches und soziales Vermeidungsverhalten (das ehemals an das Stottern gebunden war) nicht mehr auftritt und wenn er die Fähigkeit zum flüssigen Stottern bereits besitzt. Während bei uns Sprechhilfen in der Regel also in der anfänglichen Phase einer Behandlung eingesetzt werden, kommen sie in Non-avoidance-Therapien — wenn überhaupt — erst in der Schlußphase der Therapie zur Anwendung. Sie dienen dann einem noch umfassenderen Abbau der Stotter-symptome bzw. einer Stabilisierung des bereits erzielten Behandlungserfolges. (Zum Einsatz von Sprechhilfen nach dem Non-avoidance-Konzept siehe mein eigenes therapeutisches Vorgehen: Teil 2.)

3.2. Sprechhilfen als Vermeidungsverhalten — grundsätzliche Kritik an traditionellen Konzepten

Sprechhilfen werden im deutschen Sprachraum von Therapeuten empfohlen bzw. von Klienten benutzt, um Stotter-symptome *auszuschalten*. Therapeut und Klient wenden sich von vornherein dem Bemühen um »Nicht-Stottern« zu — einem Bemühen, dem der jugendliche und erwachsene Klient seit

Jahren nicht entsprechen konnte und das ihn nun zur Therapie gebracht hat.

Demgegenüber betrachtet der Therapeut, der nach dem Non-avoidance-Konzept arbeitet, dieses Bemühen des chronisch stotternden Klienten als therapiehinderlich und als einen wesentlichen aufrechterhaltenden Anteil der Stotterproblematik: Durch das Bemühen, sprachlich nicht auffallen zu wollen, manövriere sich der Stotternde immer wieder in eine stärkere Stotter-symptomatik hinein. Die Angst vor dem Stottern, vor einem unflüssigen Sprechen und das in der Folge einsetzende Vermeidungsverhalten sei das vorrangige Problem des Klienten. Der Einsatz von Sprechhilfen führe zur Etablierung der Norm »stotterfrei sprechen!«. Damit komme der Gebrauch spezifischer Sprechtechniken — aus der Perspektive des Non-avoidance-Konzeptes — einer Flucht vor dem Stottern gleich, die nun allerdings, im Gewande von Sprechhilfen, erlaubt sei. Stottern werde vom Klienten weiterhin als etwas »Schlechtes« erlebt, das störe und zu unterdrücken sei.

Mir ist in der Tat immer wieder aufgefallen, daß Klienten, die mit Sprechhilfen arbeiten, auf die (natürlich weiterhin) zwischen den Therapiesitzungen auftretenden Symptome mit Selbstvorwürfen reagieren. Ihre Selbstachtung und die so notwendige Therapiemotivation werden durch die »Stottermißerfolge« untergraben, sie fühlen sich angesichts der therapeutischen Forderung nach stotterfreiem Sprechen als Versager (»ich bin zu doof dazu«, »ich bin wahrscheinlich ein zu schwacher Mensch«, »ich scheine ein besonders schwerer Fall zu sein« usw.). Der vom Therapeuten direkt geäußerte oder durch die Arbeit mit Sprechhilfen indirekt vermittelte Anspruch nach Symptomfreiheit signalisiert gleichzeitig ein Nicht-Annehmen der Sprechstörung durch den Therapeuten, was sich des öfteren bei Klienten in dem Gefühl niederschlägt, als könne der Therapeut einen bedeutsamen Teil der Person des Stotternden nicht wirklich vorbehaltlos akzeptieren. Und ist nicht manchmal etwas Wahres daran, daß sich der Stottertherapeut vor dem Stottern schützt, einem Stottern, das ihn »... beklommen macht, ihn bedrückt oder

ängstigt, ... ihn unruhig oder ungeduldig werden« läßt und ihn dazu (ver)führt, »... sich der Quelle des Unbehagens so schnell wie möglich (zu) entledigen — durch Anbieten professioneller Techniken, die schnell einen flüssigen Redefluß bewirken sollen« (Wendlandt 1984, S. 30)?

Der zu Behandlungsbeginn mit Sprechhilfen operierende Stottertherapeut verstärkt in diesem Sinne die symptomhaltenden schädlichen Vermeidungstendenzen des Klienten (Sprechhilfe = Vermeidung des Stotterns) und verweigert eine grundlegende Auseinandersetzung mit der tief verwurzelten Angst vor dem Stottern und den Peinlichkeits- und Schamgefühlen. Durch wiederauftretende Symptome (zwischen den Sitzungen, in späteren Behandlungsphasen, nach Therapieende) werden die ursprünglichen Ängste, Vermeidungshaltungen und Selbstzweifel immer wieder aktiviert und stehen einem überdauernden Therapieerfolg entgegen.

In diesem Zusammenhang stehen auch Überlegungen zu einer angemessenen Prophylaxe von Behandlungsrückfällen: Rückfälle treten fast in jeder Stottertherapie auf. Therapeuten müssen lernen, damit zu leben. Wenn Rückfälle nach Abschluß der Behandlung vom Stotternden eigenständig verarbeitet werden sollen (nur so kann der erzielte Therapieerfolg überhaupt Bestand haben), wird das lediglich unter der Voraussetzung gelingen, daß sich der Stotternde ohne Panik, ohne von Angst und Schuldgefühlen gepeinigt zu sein, ruhig und überlegt seinen Stottersymptomen und den Bedingungen ihres Auftretens zuwenden kann. Dazu muß er in der Therapie gelernt haben, sein Stottern zu dulden, um aus dem neurotisierenden Teufelskreis von Angst, Selbstvorwürfen und Kommunikationsrückzug herauszukommen.

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, warum der Einsatz von Sprechhilfen am Anfang einer Stotterbehandlung (aus der Sicht des Non-avoidance-Konzeptes) als ein therapeutischer Kunstfehler betrachtet wird. Die sogenannte symptomorientierte Arbeit traditioneller Therapiekonzepte ist nicht wirklich (nicht im eigentlichen Wortsinn) »symptomorientiert«, sondern *symptomver-*

deckend. Sie vermittelt dem Klienten keine positiven Einstellungen und Fähigkeiten für den unmittelbaren Umgang mit den auftretenden Stotterereignissen selbst (siehe oben). Statt emsig an unterschiedlichen Tricks und Techniken zur Veränderung des Sprechens zu arbeiten, wendet sich der Non-avoidance-Therapeut (bei seinem symptomorientierten Vorgehen) gezielt dem Stottern zu, tut dies gleich zu Behandlungsbeginn und für einen sehr umfangreichen Therapiezeitraum.

Verwiesen sei hier auf die Forderung von *Kopf-Mehnert* und *Kellner* (1976), daß grundsätzlich in jeder Stottertherapie zuerst eine Therapie der Sprechangst und der Angst vor dem Stottern zu erfolgen habe, bevor eine Therapie der sprechmotorischen Anteile des Stotterns erfolgen dürfe.

4. Therapiebeispiel

Non-avoidance-Therapien sind symptomorientierte Therapien. Das Stottern ist Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit. Es verweist den Therapeuten unmittelbar und immer wieder auf die Person des Stotternen, auf die Person, die das Stottern produziert: So werden »Stottern« und »Person« zum Gegenstand der Veränderungsbestrebungen. Denn das Stottern wird nicht nur als ein spezifisches Sprechverhalten betrachtet, sondern immer auch als eine spezifische Reaktionsweise (bzw. Verarbeitungsform) der Person, auf die eigenen Unflüssigkeiten und die vermuteten oder realen Reaktionsweisen im sozialen Feld, die sich auf die Symptomatik und/oder die Person des Stotternden beziehen.

In diesem Sinne wirke ich in meinen eigenen, symptomorientierten Stottertherapien auf die Persönlichkeit des Stotternden ein. Ein Ausschnitt aus einer der letzten Sitzungen einer von mir durchgeführten Non-avoidance-Therapie mit einem stotternden Erwachsenen soll abschließend illustrieren, daß ein überdauernder Behandlungserfolg beim Klienten Veränderungen der Einstellung und des Erlebens voraussetzt:

Th.: Wenn Sie sich an das erinnern, wie Sie damals waren, und dann, wie Sie heute sind, ist

- da eine Diskrepanz: Herr H. damals und Herr H. heute?
- H.: Ja. Der H. ist menschlicher geworden. Und zwar dergestalt, daß er sich mehr zu Menschen hingezogen fühlt. Daß er den Mitmenschen nicht mehr abstrakt betrachtet als ein Unikum, als einen Störfaktor, der das Leben des H. behindert, sondern jetzt habe ich die Erkenntnis, daß es auch ein Miteinander gibt. Und die Erkenntnis, daß man auch als Stotterer mit Mitmenschen tadellos zusammenleben kann.
- Th.: Ja.
- H.: Das ist die Erfahrung. Daß ich mich aus meiner Isolationshaft herausmanövriert habe. Und auch sehr viele meiner selbst auferlegten Verhaltensweisen abgebaut habe.
- Th.: Zum Beispiel?
- H.: »Nur reden, wenn man gefragt wird!«, »Nur Sinnvolles sagen!«, »Sich der Umwelt möglichst profiliert mitteilen!«.
- Th.: Hm.
- H.: Und daß ich den daraus entstandenen Egoismus abgebaut habe: »Ich lebe für mich, die Umwelt ist schlecht.« Bin mehr aus mir herausgegangen.
- Th.: Sie können nun auf die anderen zugehen.
- H.: Habe mehr Spaß an den anderen, mit den anderen. Das ist die wichtigste Erfahrung. Das Sprachliche ist dabei nicht so wichtig. Die sprachlichen Erfolge sind dabei beinahe bloß noch eine Nebenerscheinung.
- Th.: Und doch haben Sie große sprachliche Fortschritte gemacht. Wegen des Stotterns sind Sie gekommen.
- H.: Ja, wäre der sprachliche Mißerfolg nicht dagewesen, von dem ich mich lösen wollte, dann hätte ich wahrscheinlich auch nicht diese Qual auf mich genommen, aus dem alten Lebensbereich auszubrechen.
- Th.: Da hat Sie das Stottern vorangetrieben, war Motivation, sich zu verändern, nicht nur sprachlich, sondern auch insgesamt.
- H.: Ja. Denn speziell die ersten Sitzungen zeigten ja doch recht schamlos meine Vermeidungsängste auf. Über die Vermeidung bin ich ja erst an neue Dinge herangekommen. Je mehr man in die neuen Bereiche vorstößt, also, das zog das Sprachliche nach sich.
- Th.: Das Sprachliche hat sich mitverändert?
- H.: Im Endeffekt war das ja auch Ziel dieser Therapie: Wenn man unter dem momentanen sprachlichen Ist-Zustand sich in völlig neue Lebensbereiche begibt, wird dann durch die neuen Lebenserfahrungen die Sprache besser. Denn, ich kann das nur laienhaft wiedergeben, sonst hätte man ja vorher an der Sprache arbeiten müssen und dann mit einer neuen Sprache in einen neuen Lebensbereich gehen sollen. Aber ich bin mit der alten Sprache in neue Lebensbereiche hineingegangen.
- Th.: Und in der Folge hat sich auch das Sprechen verbessert.
- H.: Ja! So würde ich das sehen.

5. *Schlußbemerkungen*

Im vorliegenden Artikel sind wesentliche Grundpositionen und Arbeitsprinzipien des Non-avoidance-Ansatzes dargestellt worden. Im zweiten Teil (siehe Heft 5/1987) stelle ich symptomorientierte Behandlungsmaßnahmen aus meinem eigenen Therapiekonzept vor, die deutlich Non-avoidance-Prinzipien repräsentieren und in meiner Behandlungspraxis mit Stotternden im Laufe der letzten Jahre zunehmend eine zentrale Bedeutung gewonnen haben. Bei der Darstellung geht es mir vor allem darum, das praktisch-therapeutische Tun zu erhellen und durch Behandlungsbeispiele nachvollziehbar zu machen.

Literatur

- Bloch, V.: Zur Behandlung des Stotterns in Dänemark. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Stottern — Poltern. Tagungsbericht 1974. Hamburg 1975, S. 35—40.
- Cohn, R.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart 1981⁵.
- Der Kieselstein: Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen. Hrsg.: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., Weyerstraße 245, 5650 Solingen 19.
- Fiedler, P.: Kombination sprech- und sozialtherapeutischer Maßnahmen in der Behandlung erwachsener Stotternder. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 81—90.
- Hambeck, G.: Lieber stotternd reden als flüssig schweigen. In: Junkers, G., u. a. (Hrsg.): Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern. Tübingen 1982, S. 33—37.

- Heidemann, B.: Erfahrungen mit einer Stotterangst reduzierenden Methode nach Sheehan. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Stottern — Poltern. Tagungsbericht 1974. Hamburg 1975, S. 57—70.
- Heidemann-Tagmann, B.: Diagnostik und Therapie junger chronisch Stotternder unter besonderer Berücksichtigung der »Non-avoidance-Therapien«. Sprache Stimme Gehör 2 (1978), S. 99—104.
- Heidemann, B., Kellner, J., und Kopf-Mehnert, Ch.: Erste Erfahrungen mit einer Stotterangsttherapie nach Sheehan bei jugendlichen Stotternden. Folia phoniatica 27 (1975), S. 133—153.
- Hood, S. (Hrsg.): An einen Stotterer. Düsseldorf 1978.
- Johnson, W.: Stuttering and what you can do about it. Minneapolis 1961.
- Kopf-Mehnert, Ch., und Kellner, J.: Ein vierdimensionales deskriptives Modell für die Diagnose und Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotternder. In: Loebell (Hrsg.): XVI Intern. Congress Logopedics and Phoniatrics. Interlaken 1974. Basel 1976, S. 264—268.
- Preuss, A.: Prinzipien der Stottertherapie nach Van Riper. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 69—85.
- Preuss, A.: Zur Behandlung von Stotterern in Norwegen. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Stottern — Poltern. Tagungsbericht 1974. Hamburg 1975, S. 41—56.
- Richter, E.: Eine Auseinandersetzung mit Van Ripers Therapie bei jugendlichen Stotterern. Der Sprachheilpädagoge 15 (1983), S. 48—61.
- Segbers, B., und Wellen, R.: Freiheit zum Stottern — Befreiung vom Stottern. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 234—239.
- Sheehan, J.: Stuttering. Research and Therapy. New York 1970.
- Van Riper, Ch.: The treatment of Stuttering. Englewood Cliffs 1973; in deutscher Übersetzung: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986 (Hrsg.: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.).
- Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1975².
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Denksätze, Zielsetzungen, Behandlungsmethoden. Weinheim 1980.
- Wendlandt, W.: Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag. München 1984.

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt
 Sembritzkistraße 31
 1000 Berlin 41

Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt ist als Hochschullehrer an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie/ Beratung und Therapie und in der Fort- und Weiterbildung psychosozialer Berufsgruppen tätig. In freier Praxis forscht und arbeitet er darüber hinaus als Psychotherapeut und Supervisor vor allem auf dem Gebiet des Stotterns.

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.



Heinz Naeckel, Freudenberg, und
Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren

Die Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer nach der Methode Georg H. Naeckel

Zusammenfassung

Zur Behandlung des Stotterns ist in der Literatur eine Vielzahl von Theorien und Methoden zu finden, die sich hinsichtlich der Theorie und der Behandlung des Stotterphänomens häufig konträr gegenüberstehen.

Bei der hier dargestellten Methode von Georg Naeckel wird der am Stotterproblem Interessierte sicherlich Parallelen zu heute noch gültigen und empfehlenswerten Therapien der Stottererbehandlung finden, obwohl die Grundgedanken von Naeckels Theorie und die Art seiner Therapie vor über 70 Jahren entwickelt und in den darauffolgenden Jahrzehnten vervollkommen wurden.

In dieser ersten Veröffentlichung über die Methode Naeckel, seine Theorie zum Stotterproblem und die Art der Behandlung sollte der interessierte Therapeut weitere Anregungen für seine Arbeit mit jugendlichen und erwachsenen Stotterern finden.

1. Einleitung (H. Naeckel)

Georg H. Naeckel wurde 1886 in Berlin geboren. Im Kindesalter begann er zu stottern. Er bezeichnete sich als sehr schweren Stotterer und besuchte im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts viermal die damals größten Sprachheilanstalten in Deutschland, zu denen auf jeden Fall diejenigen von *Dehnhardt* und *Hausdörfer* zählten. Trotz energischer Bemühungen gelang es ihm aber nicht, das Stottern zu verlieren.

Naeckel resignierte nicht, er bemühte sich nun selbst, an die »Wurzel des Leidens« heranzukommen. Als Autodidakt studierte er psychologische und psychotherapeutische Literatur, beobachtete eingehend den normalsprechenden Menschen und besuchte Veranstaltungen, in denen ihn die Redner faszinierten. In dieser Weise entwickelte Naeckel seine Theorie über die Entstehung

und seine Methode zur Beseitigung des Stotterns.

Im Jahre 1914 erschien im Selbstverlag seine erste Schrift: »Der allein richtige Weg zur vollständigen Beseitigung des Stotterns« (Untertitel: Eine praktische Anleitung zur Selbstheilung durch psychotherapeutische Behandlung).

Ob vor und während des Ersten Weltkrieges bereits eine persönliche Behandlung bei ihm möglich war, entzieht sich meiner Kenntnis. In den zwanziger Jahren führte er in Berlin persönliche Kurse durch, dies jedoch nicht in großem Rahmen, sondern stets in kleinerem Kreis in privater Atmosphäre. Diese sollte auf den Stotterer einen zwanglosen Einfluß ausüben. Andererseits gehörte es mit zu seiner Therapie, gemeinsam mit seinen »Schülern« Ausflüge in und um Berlin zu unternehmen, wo sie sich nicht nur unter ihresgleichen befanden, sondern im Kontakt mit anderen Personen sprachliche Übung erlangen sollten. Diese persönlichen Kurse bei Naeckel waren für die von auswärts anreisenden Klienten als Intensivkurse mit einer Dauer bis zu etwa drei Wochen bei täglich etwa vier Behandlungsstunden konzipiert.

Die Klientel reichte altersmäßig vom schulpflichtigen Kind bis hin zum älteren Erwachsenen. Sie erfaßte alle Berufsschichten, Arbeiter, Angestellte, Akademiker und deren Kinder. Auch aus dem Ausland kamen Patienten. Zu bemerken wäre auch, daß stets ein Teil der Klientel durch Empfehlung den Weg zu Naeckel fand.

Neben diesen Kursen in Berlin, die bis in die fünfziger Jahre abgehalten wurden, befand sich Georg Naeckel zwischendurch auf

Vortragsreisen in Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland.

Im Jahre 1929 erschien seine zweite Schrift, ebenfalls im Selbstverlag, mit dem Titel: »Vom Stotterer zum freien Redner« (Untertitel: Die grundlegende Ursachenbeseitigung des Stotterns — Eine praktische Anleitung zur gründlichen Selbsthilfe durch Entwicklung des freien normalen Sprechgefühls). Seine letzte Schrift erschien 1934, wiederum im Selbstverlag, mit dem Titel: »Die naturgemäße Beseitigung des Stotterns und ähnlicher Sprechhemmungen, schweres Sprechen, Sprechangst usw. nach eigenen Erfahrungen.«

Aus Altersgründen zog sich *Naeckel* Ende der fünfziger Jahre von der aktiven Tätigkeit zurück. Sein Sohn Heinz führte die Arbeit seines Vaters weiter. Georg *Naeckel* verstarb 1963 in Berlin.

2. *Naeckels* Theorie — Annahmen über das Stottern

2.1. Ätiologie

Naeckel geht davon aus, daß der Stotterer keine organisch bedingten Fehler aufweist, daß er in bestimmten Situationen völlig frei sprechen, in jedem Fall aber singen kann. Die Hauptursache des Stotterns ist im gestörten Gefühlsleben (Sprechgefühl) zu suchen, da das freie Sprechen nicht allein ein organischer Vorgang ist, sondern hauptsächlich von psychischem (seelisch-gefühlsmäßigem) Einfluß abhängig ist.

Da der Stotterer sein Unvermögen kennt, kommt es zu der Zwangsvorstellung »ich kann nicht fließend sprechen«, und je mehr er sich dazu zwingt, »ordentlich zu sprechen«, um so stärker treten die Sprechhemmungen auf. Insofern leidet der Stotterer unter einem Hemmungsgefühl, das seinen Sitz im Nervus sympathicus (Sonnengeflecht) hat. Von hier aus treten dann die Erregungs- und Spannungszustände auf, die das Stottern erzeugen und die Gedanken auf das Stottern konzentrieren. Der Stotterer fühlt genau und lange, bevor er etwas sagen will, daß er nicht ohne Hemmungen wird sprechen können.

Dadurch wiederum kann sich eine Sprechangst manifestieren.

Die frühere Annahme *Naeckels*, daß die Nervosität die eigentliche Grundlage des Stotterns sei, wird später von ihm revidiert. Weder sei der Stotterer willensschwach oder energielos, noch beruhe das Stottern auf nervöser Grundlage, da es Stotterer gäbe, die keinesfalls nervös seien, andererseits nervöse Menschen frei sprechen könnten.

Da der Ursprung des Stotterns psychologischer Natur ist, das Stottergefühl Hemmungen und Spannungen erzeugt, muß die Beseitigung des Stotterns auf psychosomatischer Grundlage durch das Gefühlsleben, das beim Stotterer besonders empfindsam ausgeprägt ist, erfolgen. Dem Stotterer muß der normale freie Sprechablauf wieder bewußt gemacht werden, er muß fühlen lernen, wie seine Sprache sich ohne Verkrampfungen, Atemnot usw. natürlich bildet. Auf keinen Fall sind Stimm-, Artikulations-, Wort- oder Atemübungen notwendig, auch nicht das Anerziehen einer akzentuierten oder taktmäßigen Ausdrucksweise, die den Stotterer wiederum von seiner Umwelt abheben würde.

2.2. Pathogenese

Auch *Naeckel* vertritt die Meinung, daß sich die ersten Anfänge des Stotterns zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr zeigen. Die Anlage zum Stottern kann vererbt werden, wobei bei einem Anlageträger das Stottern nicht hervortreten muß. Weitere Entstehungsursachen können sein: Schreck, Fall, Nachahmung, strenge Erziehung, unruhige Umgebung und bestimmte Kinderkrankheiten. Eine Verschlimmerung des Stotterns tritt meist bei Schulbeginn ein, wenn das Kind in eine andere Umgebung kommt und es oft kein Verständnis bei Mitschülern und Lehrern findet. Eine weitere Steigerung zeigt sich beim Eintritt in das Berufsleben, wenn der Stotterer auf den häufigen Verkehr mit Fremden angewiesen ist. Im Laufe der Zeit kann sich eine immer größer werdende Sprechunsicherheit und Menschenscheu einstellen, die bis zur Depression führen kann.

Nur selten kommt es vor, daß sich das Stottern von selbst verliert. Andererseits gelingt es Stotterern auch, ihre Sprache »in den Griff« zu bekommen, indem sie schwierige Worte oder Laute umgehen, soweit dies möglich ist. Dadurch können sie ihre Sprechunsicherheit zu einem gewissen Maße kaschieren, innerlich jedoch bleibt stets ein Unruhegefühl vorhanden, das sie nicht gänzlich frei werden läßt.

3. Naeckels Methode — Art der Therapie

Die Methode *Naeckel* basiert auf dem Grundgedanken, daß der Stotterer normale Sprechwerkzeuge besitzt, er beim Alleinsein und auch in bestimmten Situationen frei sprechen kann. Die Art der Therapie stützt sich zwar weitgehend auf diese Grundvorstellung, unterliegt aber doch der Weiterentwicklung und Wandlung. Deswegen soll auf die Methode *Naeckel* in chronologischer Folge näher eingegangen werden.

3.1. Die psychotherapeutische Behandlung *Naeckels* erste Schrift von 1914, als praktische Anleitung zur Selbstheilung gedacht, ist psychotherapeutisch ausgerichtet. Sie hebt stark eine Autosuggestionstherapie hervor, beinhaltet auch Formen der Verhaltens- sowie der Entspannungstherapie. Die Suggestion bezieht sich immer wieder auf die Termini: »Ich kann normal sprechen — ich habe keinen Sprachfehler — nur das Sprechgefühl ist gestört.« Als Verhaltensänderung sind vor allem der Abbau von Furcht und Angst sowie des Gedankens an das Stottern müssen zu nennen. Der Stotterer muß Selbstvertrauen zu sich und seiner vorhandenen freien Sprache aufbauen. Außerdem soll er alle seine Tätigkeiten und Handlungen ruhig und völlig bewußt verrichten. Große Bedeutung mißt *Naeckel* in seiner Therapie der Entspannung (Relaxation) zu. Der gesamte Körper soll in einer Teilrelaxation möglichst entspannt sein und nur soviel Kraft brauchen, wie unbedingt nötig ist. Beim Sprechen wird gar keine Kraft benötigt. Der Stotterer dagegen setzt physische und psychische Kraft beim Sprechen ein. Deswegen muß eine bewußte Entspannung als Gegenspieler

zur inneren Unruhe durchgeführt werden. In der Entspannung sind Suggestivformeln, die grundlegende Thesen des ganzen Übungssystems beinhalten: 1. in Gedanken, 2. im Flüsterton und 3. laut zu sprechen. Diese Thesen sollen immer wieder gedanklich auftreten und suggestiv wirken.

Sprech- und Redeübungen sind bei *Naeckel* nur Mittel zum Zweck, es sollen in engerem Sinne keine Sprechübungen sein. Der Stotterer soll auch hierbei erkennen, daß er wirkliche Sprechschwierigkeiten nicht kennt. Deswegen werden diese Übungen in ganz natürlicher Sprache, jedoch bei völliger Entspannung durchgeführt. Vor dem Sprechen ist der Satz in Gedanken zu fassen, mit weichem Einsatz und unter ständiger Bindung der Wörter bei gleichmäßigem Luftverbrauch zu sprechen. Die Atmung ist in *Naeckels* Methode einmal für die Sprechtechnik wichtig, zum anderen beeinflußt die Art der Atmung den Menschen innerlich. Der Stotterer sollte »Ruhe atmen«; eine gleichmäßige und regelmäßige Tiefatmung (Zwerchfellatmung) dient der inneren Ruhe. Einer langsamen Inspiration folgt eine kleine Pause, danach erfolgt die ruhige Expiration. In der ruhigen, fließenden Atmung wird gesprochen. Dabei hat der Stotterer auch seine Stimmlage zu beachten: Bei verkrampftem Sprechen ist die Stimmlage zu hoch, bei entspanntem Sprechen wird die Tonhöhe tiefer, die Sprache klangvoller. Diese natürliche Tonlage sollte stets beibehalten und im Sprechen mitgehört werden. So soll insgesamt die Sprache vokal- und klangreich sein, Konsonanten werden zum Vokal hineingehaucht. Ein Voreilen mit den Gedanken beim Erzählen bzw. das Voreilen mit den Augen beim Lesen ist auf jeden Fall zu unterlassen.

Immer wieder wird darauf hingewiesen, daß nur die unermüdliche Arbeit an sich selbst zum Erfolg führt. Hindernisse, Rückschläge und Enttäuschungen dürfen den Stotterer nicht entmutigen. Dauernde Heilung ist nur auf dem Wege der Psycho- und Suggestionstherapie möglich. Den Eltern stotternder Kinder gibt *Naeckel* den Rat, keine Erziehungsfehler zu machen, indem Kinder wegen sprachlicher Behinderung gestraft

werden. Eltern müssen Geduld aufbringen, mit gutem Beispiel vorangehen und selbst langsam und deutlich sprechen. Die Suggestionmethode kann ein Kind selbst nicht anwenden, jedoch können Eltern suggestiv einwirken, außerdem gute Sprache loben und schlechtes Sprechen einfach ignorieren.

3.2. Die sprach-psychische Behandlung nach Heilfaktoren

Eine Wandlung in der Behandlungsmethode tritt in der Mitte der zwanziger Jahre ein. *Naeckel* rückt von der Suggestionmethode teilweise ab; das in seiner ersten Schrift erwähnte »langsame Sprechen« wird verworfen; an seine Stelle treten »runde Empfindungen«. *Naeckel* gliedert seine Behandlungsmethode in Heilfaktoren auf, die erstmals in seiner zweiten Schrift (1929) und fünf Jahre später überarbeitet in seiner dritten Schrift (1934) dargestellt sind.

In dieser Schrift werden vier Heilfaktoren beschrieben, die jedoch — darauf legt *Naeckel* großen Wert — nicht jeder für sich getrennt, sondern als ein Ganzes zu sehen und anzuwenden sind. Nur dadurch kann dem Stotterer der Ablauf der ihm innewohnenden freien natürlichen Sprache bewußt werden; nur so kann das normale Sprachgefühl, das im Unterbewußtsein vorhanden ist, ins Bewußtsein geführt und wieder zur normalen Natur werden. Darin sieht *Naeckel* eine Behandlung, die auf einer sprach-psychischen Basis beruht. Er ist weiterhin davon überzeugt, daß der Stotterer nicht sprechen lernen muß, daß also nicht Erscheinungssymptome zu behandeln sind, sondern durch Beseitigung der Ursachen (gestörtes Sprechgefühl) die Symptome sich automatisch verlieren.

3.3. Die vier Heilfaktoren der Methode *Naeckel*

- 3.3.1. Erster Heilfaktor:
Die bewußte und gefühlsmäßige Entspannung aller beim Sprechen beteiligten Muskeln, speziell der Sprech- und Kopfmuskeln

Naeckel geht davon aus, daß die Sprechbewegungen von Lippen, Zunge und Unterkiefer nur leichte automatische Mitbewegungen

sind. Keinesfalls werden Laute durch Kraft oder Muskelanspannung gebildet. Beim Stotterer zeigen sich beim Sprechen Verkrampfungen innerhalb der Sprechmuskulatur. Er muß empfinden lernen, mit entspannter Sprechmuskulatur zu reden.

Dementsprechend sind die Lippen vollkommen locker zu lassen, sie fühlen sich weich an. Das lockere Gefühl der Lippen wird auch auf die Zunge übertragen. Ganz wichtig ist die Entspannung des Unterkiefers. Bei der Durchführung der Entspannung muß sich ein Schweregefühl empfinden lassen, Wärme wird gespürt, aus diesem Gefühl heraus dann gesprochen.

Die Entspannung der Kopfmuskulatur dient dazu, daß beim Sprechen keine Spannungen innerhalb der Stirn und Nasenwurzel (in Falten ziehen) auftreten, sie dient ferner der Entspannung der Augenlider in Hinblick auf einen ruhigen Blick beim Sprechen. Natürlich wird auch auf die Entspannung der Extremitäten verwiesen. Der ganze Körper sollte schließlich entspannt sein, denn die Spannung nur einer Muskelpartie kann weitere Spannungen erzeugen.

Entspannung läßt sich nicht mechanisch durchführen oder erlernen, sie muß erfüllt werden, nur das Mitfühlen heilt, nur dadurch erfolgt eine Vertiefung. Die Formel: »Ich fühle!« müßte dann bereits genügen, um die Entspannung herbeizuführen.

Die von *Naeckel* geforderte Entspannung hat nichts mit einer völligen Erschlaffung gemein. Man kann im Alltag, auch bei seiner Berufstätigkeit, immer in einem Gefühl der Entspannung leben, auch wenn eine Kraftanstrengung gefordert wird. Entspannung steht immer im Gegensatz zur Verkrampfung. Bin ich verkrampft, oder sind Teile meiner Muskulatur verkrampft, geht gar nichts mehr, bin ich zu keiner Tätigkeit fähig, geschweige denn zum fließenden Sprechen.

- 3.3.2. Zweiter Heilfaktor:
Freiatmung, rhythmische, erlösende Zwerchfellatmung

Naeckel beschreibt hier den natürlichen Atemvorgang und weist auf die fehlerhafte Atmung des Stotterers hin. Atmen darf nie-

mals stoßweise erfolgen. Schulter und obere Brust heben sich dabei nicht. Die Atmung geht in Richtung Magengrube (Zwerchfell) und ist dort als leichtes Heben und Senken sichtbar. Die Atmung wird leicht und ruhig ausgeführt, denn nur im leichten Ausatemstrom ist normales Sprechen möglich, nur dann können die Stimmbänder leicht schwingen. Da Atemtechnik auch Sprechtechnik bedeutet, sollten in der Ausatmung mindestens 100 Silben gesprochen werden. Die Atmung muß zum fließenden Sprechen genutzt werden: Nicht die Atmung während des Sprechens anhalten, nicht plötzlich ruckweise bzw. zu kräftig einatmen, keinesfalls beim Einatmen sprechen wollen.

Die Atmung sollte gefühlsmäßig mitempfunden werden, auch beim Nichtsprechen, so daß hier wiederum dem Gefühl eine gewisse Kontrollfunktion wie bei der Entspannung zufällt.

3.3.3. Dritter Heilfaktor:

Nur im schwingenden Klang der Stimmbänder sprechen

Die Stimmbänder sind die Grundlage zum freien Sprechen, hier entstehen die Schwingungen. Der Normalsprechende wird niemals versuchen, Worte mit einem Male sprechen zu wollen. Sprechen ist von Natur aus ein Schwingenlassen von Silben, eine Silbe reiht sich an die andere, eine Schwingung reiht sich an die andere. In jeder Silbe befindet sich ein Selbstlaut, dieser kann »selbst lauten«, Mitlaute können nur »mit lauten«. Jede Silbe hat eine für sich charakteristische Schwingung. Schwingendes Sprechen ist klangvolles Sprechen, nicht singend, aber auch nicht tönend oder dumpf.

In der Entspannung und bei ruhiger, gleichmäßiger Atmung läßt sich die freieste Schwingung erreichen. Der Stotterer soll sein ganzes Fühlen und Denken auf die Schwingungen konzentrieren, das Mitfühlen der Schwingungen (Vibration im Kehlkopf) ist ausschlaggebend.

Im schwingenden Sprechen lösen sich Hemmungen auf, das Stottern verliert sich. Dabei darf niemals an Laute, Worte oder Buchstaben gedacht werden. Man soll sich gänzlich

auf das Schwingenlassen von Silben konzentrieren und diesen Klang mit dem Gehör aufnehmen. Damit wird eine Kontrolle über das Sprechen erreicht, und gleichzeitig dringt durch das Gehör das schwingende Sprechen ins Unterbewußtsein.

3.3.4. Vierter Heilfaktor:

Rundes, bewegtes Sprechen.
Rhythmisches Sprechgefühl

Was für das Singen die Melodie, ist für die Sprache der Rhythmus. Sprechen kann melodisch (nicht singend) gestaltet werden. Dieser Sprechrhythmus ist eine wiederkehrende gleichmäßige Bewegung, er birgt in sich etwas Harmonisches, Wiegendes, Rundes. Im normalen Sprechen ist die Tonlage immer in Bewegung, sie hebt und senkt sich, ist leicht gleitend, vergleichbar mit den Wellen des Meeres. Würde man so drucken, wie der Sprechrhythmus verläuft, sähe es ungefähr so aus:

Ich spreche immer klangvoll bei ganz entspannten Muskeln



Zwei Rundungen (Rhythmen)

Meine Muskeln und Nerven halte ich in höchster Entspannung



Zwei Rundungen (Rhythmen)

Ich freue mich über meine leichte fließende Sprache



Drei Rundungen

Ich spreche vor jedem Menschen leicht, klangvoll und rund



Vier Rundungen

Dieser normale Sprechrhythmus ist bei einem gut und normal Sprechenden herauszuhören. Der Stotterer dagegen hat diesen Sprechrhythmus und das Gefühl dafür verloren. Er spricht stoßend und abgehackt.

Es kommt nun darauf an, daß diese eckigen, hemmenden Stotterempfindungen aufgelöst werden. Im runden Sprechen (rhythmisches Sprechgefühl) ist Stottern unmöglich. Demzufolge verschwindet auch die Sprechangst, die im Grunde eine Angst vor dem Auffallen, dem sprachlichen Versagen ist. Dafür baut sich eine Sprechsicherheit auf.

Das runde Sprechen kann durch eine leichte wiegende Körper- oder Handbewegung unterstützt werden, um dadurch leichter aus den eckigen Empfindungen, die sich auch häufig in der Motorik bemerkbar machen, herauszukommen. Dieses runde Empfinden muß sich allmählich auf das Gefühlsleben übertragen, das Denken und Handeln sollte sich diesem Rhythmus anpassen. Neben der gefühlsmäßigen Vorstellung ist das Mithören des Sprechrhythmus wichtig. Schwingung und Rhythmus werden mit dem Gehör wahrgenommen, das hier wiederum die Kontrollinstanz erlangt.

Der Stotterer muß versuchen, alle vier Heilfaktoren im Sprechen als ein Ganzes anzuwenden nach dem Leitsatz:

»Ich spreche jetzt in höchster Entspannung, in gleichmäßig, fließender Atmung, bei frei schwingenden Stimmbändern, im runden Gefühl!«

Die wichtigen Kontrollfunktionen: das Mitfühlen (der Entspannung und der Atmung) sowie das Mithören (der Schwingung und der Rundung) dürfen keinesfalls außer acht gelassen werden. Sie tragen mit dazu bei, das normale Sprechgefühl im Unterbewußtsein zu verankern.

Die am Ende der Schrift angesprochenen Nebenheilfaktoren weisen auf die Verhaltensmuster hin, die sich beim Stotterer ausgebildet haben und dringend einer Änderung in Richtung rationaler Lebensphilosophie bedürfen. Dies bedeutet eine Abkehr vom Negativ-Denken über sich und sein Sprechen hin zu einem Positiv-Denken, zu einem zielorientierten Verhalten unter Einschluß aller Heilfaktoren, die Denken und Handeln bestimmen sollen.

3.4. Darstellung und Ergänzungen aus der Praxis

Es würde in diesem Rahmen zu weit führen, auf die Durchführung der Übungsbehandlung ausführlich einzugehen. Deswegen beschränke ich mich auf einige durchgängige Prinzipien:

Die Übungsbehandlung von jugendlichen und erwachsenen Stotterern findet in Kleingruppen statt. In schweren Fällen oder ande-

ren Umständen kann der Therapeut vorübergehend eine Einzelbehandlung in sein Planungskonzept mit einbeziehen. Bei der Behandlung von Kindern ist man auf die Mithilfe der Eltern angewiesen, die Behandlung muß dabei mehr vom spielerischen Aspekt getragen sein.

Jeder Behandlung geht eine gründliche Anamnese voraus, aber auch innerhalb der Kleingruppe wird in einem Gesprächskreis über Art, Erscheinungsformen der Sprechhemmungen und über unterschiedliche Erfahrungen gesprochen. Der Therapeut schafft eine freundliche, zwanglose Atmosphäre. Er muß für jeden Verständnis aufbringen und auf jeden einzelnen eingehen können. Zu Beginn der Behandlung erklärt und begründet er sein Behandlungskonzept, er konkretisiert die Heilfaktoren, bringt Entspannung bei, erklärt die richtige Atemweise, verdeutlicht Schwingung und Sprechrhythmus.

Erste Übungen dienen dem Sprechansatz, er wird weiter zu einfachen Sätzen vervollkommen. Frage- und Antwortsätze schließen sich an. Weiterer Fortschritt wird durch Lesen erzielt, durch Ausnutzung und Einteilung der Atmung, richtige Betonung und guten Sprechrhythmus. Der Therapeut kann helfend eingreifen, kann mit mehr oder milderer Lautstärke mitlesen und dadurch Sicherheit vermitteln. Darüber hinaus wird freies Sprechen durch Nacherzählen bis hin zu Diskussionen geübt, wobei der einzelne auch vor der Gruppe reden sollte. Von Beginn der Übungsbehandlung an kann auch mittels Tonbandkontrolle gearbeitet werden. Prinzip ist aber stets: Es geht nicht darum, was ich spreche, sondern wie ich meinen Sprechablauf empfinde.

Die zu behandelnde Gruppe oder der Einzelpatient darf nicht isoliert gesehen werden. Deswegen sind auch außerhalb der Behandlungszeiten Aktivitäten durchzuführen, gemeinsame Unternehmungen zu planen und zu verwirklichen. Dabei werden Eltern, Ehepartner, Kinder und auch fremde Personen einbezogen.

Ein wichtiger Faktor ist die Nachsorge, da sich die Frage stellt: »Wann ist eine Behand-

lung wirklich abgeschlossen?« Wichtig sind auch weiterhin persönliche Kontakte zum Therapeuten und zu den Gruppenmitgliedern untereinander: Treffen mit der Gruppe, um (Sprech-)Erfahrungen aus dem Alltagsleben auszutauschen, auch um einzelnen Zuspruch und Hilfen zu geben.

Daran ist erkennbar, daß der Weg, den der Stotterer zum freien Sprechen zu gehen hat, nicht nur über eine »Sprechschulung« zu absolvieren ist. Beim Sprechgehemmten sind nicht Symptome zu behandeln, der Mensch wird in seiner Gesamtheit gesehen.

4. Wie aktuell ist Georg H. Naeckel? (W. Wertenbroch)

Es überrascht immer wieder, wie aktuell ältere Schriften über die Behandlung des Stotterns sind. Zu diesen aktuellen Schriften gehören auch die von Georg H. Naeckel, die er im Selbstverlag und nur für seine Klienten herausgegeben hat. Seine Ansichten sind heute noch bemerkenswert hilfreich. So sagt er den Stotternden keine negativen Eigenschaften nach, er hält sie weder für willensschwach noch energielos. Statt dessen stellt er sie positiv ein und sagt, daß sie selbstverständlich in der Lage sind, ihr Stottern zu überwinden. Damit will Naeckel das Denken der Stotternden über sich beeinflussen und verändern. Auch in anderer Hinsicht soll das Denken verändert werden: Der Stotternde hat sich nur darauf einzustellen, das Denken an Laute oder Worte auszuschalten. Statt dessen soll er sich allein auf das konzentrieren, was er sagen möchte. Zu Beginn der Therapie kann das Denken noch auf den fließenden und schwingenden Klang gerichtet sein; später sollte es dem Stotternden gelingen sein, das Denken an das Sprechen gänzlich auszuschalten (1929, S. 21). Diese Forderungen lassen an die Versuche denken, die Wirkung mancher Therapie mit Ablenkung bzw. Änderung der Konzentrationsrichtung zu begründen (z. B. Fransella 1967).

Naeckel gelangt u. a. zu seinen Aussagen, indem er Nicht-Stotterer beobachtet. Ihre Aufmerksamkeit ist allein auf den Sinn des zu Sprechenden gerichtet, nicht aber auf den Sprechvorgang; sie sprechen entspannt und

ohne Anstrengung. Dies sollen mit Hilfe der oben genannten Heilfaktoren auch die Stotternden erreichen — eine naturgemäße Art des Sprechens. Demgemäß nennt Naeckel auch seine Therapie eine naturgemäße Behandlung des Stotterns. Mit diesem Begriff würde er heute nicht allein stehen. Die größte Übereinstimmung besteht wohl mit Erwin Richter (1979) und seiner Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Die Therapie-Schwerpunkte sind allerdings verschieden. Richter sieht die psychisch verursachte Stimmhemmung als unmittelbar auslösende Ursache des Stotterensymptoms und entwickelt dementsprechend einen Therapie-Teil, um die Stimme zunehmend in den Sprechprozeß hineinnehmen zu können (S. 66 ff.). Naeckel hingegen stellt das rhythmische Sprechen in den Vordergrund seiner Therapie und bezeichnet es als den wichtigsten Heilfaktor in seinem Verfahren (1934, S. 16 ff.).

Naeckel praktiziert auch andere wichtige Methoden, die heute noch aktuell sind. Als ersten technischen Heilfaktor nennt er die Entspannung aller beim Sprechen beteiligten Muskeln. Seine Forderung, zunächst allein diese Muskeln zu entspannen, klingt plausibler als eine Entspannung des ganzen Körpers, die bei Naeckel erst später angestrebt wird.

Aus heutiger Sicht ist auch Naeckels Diätetik für die Seele bemerkenswert. »Es ist kein anderer diätetischer Rat als beim Wahrnehmen des auftretenden Gedankens, daß Sie Stotterer sind, die Aufmerksamkeit davon sofort abzuwenden« (1914, S. 26). Naeckel schlägt also das vor, was in der heutigen Psychotherapie als Gedanken-Stoppen bezeichnet wird (Wolpe 1972, S. 232 ff.). Seinen Vorschlag, vor einem schwierigen Wort zunächst abzubauen, finden wir auch heute (z. B. Self-Therapy ... 1978, S. 60): »... brechen Sie sofort ab, holen Sie ruhig und tief Atem, setzen sofort weich ein, dehnen Sie die erste Silbe und sprechen Sie in vokal- und klangreicher Sprache weiter« (1914, S. 47). Naeckels Vorschlag umfaßt selbstverständlich mehr als lediglich das Gedanken-Stoppen und ist wesentlich hilfreicher; er sagt, was der Stot-

ternde tun muß, um nicht sofort wieder zu stottern.

In weiterer Hinsicht erstaunlich sind *Naeckels* Hinweise für die Eltern stotternder Kinder. Er gibt u. a. den Rat, Kinder für langsames, ruhiges und fehlerfreies Sprechen zu loben und ansonsten das Stottern vollständig zu ignorieren (1914, S. 66). Erstaunlich ist die Effektivität und Aktualität dieses Hinweises; wie sich herausstellte, läßt sich damit in systematischer Anwendung eine effektive Behandlung stotternder Kinder gestalten (*Wertenbroch* 1978 und *Ortwig* 1986).

Hieran wird allerdings ein Problem deutlich, wenn man *Naeckels* spärliche Schriften aktuell interpretieren will: Vieles wurde lediglich kurzgefaßt angedeutet. Heute würde man zu jedem der *Naeckelschen* Heilfaktoren eine

ganze Reihe von Veröffentlichungen zusammentragen können, die seine Ausführungen wesentlich erweiterten und damit praktikabler gestalteten. Dies wird vor allem sichtbar, wenn man *Naeckel* mit *Richter* (1979) vergleicht: *Richter* geht insgesamt und vor allem in seinen Erklärungsversuchen weit über *Naeckel* hinaus; lediglich einige Schwerpunkte sind verschieden. Gerade diese Unterschiede sollten jedoch dazu motivieren, *Naeckels* Werk erweiternd so zu bearbeiten, daß Stotternde Gewinn daraus zu ziehen vermögen. Ich halte es ohnehin für sehr konstruktiv und hilfreich, sich in dieser Weise mit älteren Autoren zu befassen. Sie sollten nicht mehr nur als überholt in geschichtlichen Abrissen erscheinen, sondern wohlwollend daraufhin geprüft werden, was sie uns in heutiger Zeit bieten können.

Literatur (außer Naeckel)

- Fransella, Fay: Rhythm as a distractor in the modification of stuttering. *Behav. Research and Therapy* 5 (1967), S. 253—255.
- Ortwig, K.: Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung. *Die Sprachheilarbeit* 31 (1986), S. 9—20.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg 1979.
- Self-Therapy for the Stutterer. Memphis, Tennessee 1978.
- Wertenbroch, W.: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung. Hamburg 1978.
- Wolpe, J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Bern, Stuttgart, Wien 1972.

Anschriften der Verfasser:

Heinz Naeckel
Obere Schulstraße 5
5905 Freudenberg

Wolfgang Wertenbroch
Birkenstraße 3
4448 Emsbüren

Heinz Naeckel ist Sonderschulrektor an einer Schule für Lernbehinderte. Neben der unterrichtlichen Tätigkeit arbeitet er als Therapeut in der Sprachheilambulanz vorwiegend mit vorschulpflichtigen Kindern. Weiterhin behandelt er jugendliche und erwachsene Stotterer.

Wolfgang Wertenbroch ist Sprachbehindertepädagoge und Sonderschullehrer an einer Schule für Lernbehinderte. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt in der praktischen Arbeit mit stotternden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

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



Manfred Grohnfeldt, Köln

Dualismus von Unterricht und Therapie — Eine spezifische Aufgabenstellung in der Schule für Sprachbehinderte

Zusammenfassung

Die zweifache Aufgabenstellung von Unterricht und Therapie in der Schule für Sprachbehinderte ist eine konzeptionell bedingte Problematik, die seit der Gründung der ersten Sprachheilklassen beklagt wird und zu unterschiedlichen Formen einer denkbaren Auflösung geführt hat. Statt nach neuen Lösungsvarianten zu suchen, wird eine Möglichkeit diskutiert, mit der vorgegebenen Problematik in der Praxis umzugehen. Als grundlegend erweist sich hierbei die Reflexion zum Verhältnis von Teil und Ganzem. Vor dem Hintergrund einer ganzheitlich-interaktionalen Grundeinstellung werden Phasen einer therapieorientierten Unterrichtsgestaltung genannt. Dabei werden Prinzipien einer Bezugnahme pädagogischen und therapeutischen Handelns bedeutsam, die nicht nur in der Schule für Sprachbehinderte, sondern generell — unabhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen — wirksam sein können.

1. Problemstellung

Spätestens seit Hansen (1929) ist die »Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung« allgemein bekannt. Sie äußert sich in einer zweifachen Aufgabenstellung. Einerseits versteht sich die Schule für Sprachbehinderte als Ort der Schulpflichterfüllung bei einer Orientierung am Regelschullehrplan, andererseits sollen therapeutische Hilfestellungen angeboten werden, um die Sprachstörungen der Schüler aufzuheben oder zu mildern. Die damit verbundene Sonderstellung der Schule für Sprachbehinderte begründet die »Dualismusproblematik« (Orthmann 1969), die sich aus der Konzeption der Schule für Sprachbehinderte in dieser Form ergibt. Ein kurzer internationaler Vergleich zeigt, daß bei anderen Wissenschaften (Logopädie, Speech Pathology ...), die sich mit der Habilitation

und Rehabilitation Sprachbehinderter beschäftigen und nicht schulisch ausgerichtet sind, das genannte Problemfeld nicht auftritt (Grohnfeldt 1986).

Für die Sprachbehindertenpädagogik bedeutet die Dualismusproblematik eine zentrale Fragestellung, die sie seit Jahrzehnten begleitet und zu immer neuen Lösungsvarianten geführt hat, die sich je nach dem Vorverständnis der Autoren und den jeweiligen epochalen Rahmenbedingungen unterscheiden. In Auswahl sollen genannt werden:

- die »pädotherapeutischen Aspekte« von Orthmann (1976, 1977),
- Möglichkeiten der »Therapieintegration« und »Therapieimmanenz« von Werner (1972, 1975, 1977) bzw. Horsch/Werner (1982),
- die Aufteilung in Formen der additiven, isolierten, integrierten und immanenten Verbindung von Unterricht und Therapie bei Braun/Homburg/Teumer (1980),
- das Konzept des »sprachtherapeutischen Unterrichts« bei Braun (1980, 1983a),
- die »pädotherapeutischen Handlungsangebote« von Holtz (1983),
- die »Technik der therapieorientierten indirekten Unterrichtsakte« (Dannenbauer/Dirnberger 1981).

Insgesamt breitet sich ein Spektrum aus, das von der Legitimation der Schule für Sprachbehinderte über die Aufarbeitung der Dualismusproblematik bis zu ihrer prinzipiellen Unlösbarkeit führt. So konstatiert Heese (1973, S. 456), daß der Dualismus von Unterricht und Therapie »nicht aufhebbar, sondern allenfalls in seiner Widersprüchlichkeit zu mildern« sei, während Werner (1977, S. 175) postuliert: »Wir können (damit) dem Fortbe-

stand unseres Sonderschultyps nur unter der Prämisse zustimmen, daß es gelingt, beide Teilbereiche unserer erzieherischen und rehabilitativen Aktivitäten gleichermaßen zufriedenstellend auszufüllen.«

Im folgenden wird nicht der Anspruch einer neuen Konzeption erhoben, die von sich behauptet, das Problem eindeutig gelöst zu haben. Es wird lediglich aufgezeigt, welche Gedankengänge wichtig werden können, um mit dieser Aufgabenstellung umzugehen.

Dazu ist es nötig,

- eine terminologische Abklärung der Begriffe »Unterricht« und »Therapie« vorzunehmen,
- die theoretischen Grundlagen offenzulegen,
- Möglichkeiten der praktischen Umsetzung beispielhaft zu diskutieren.

2. Terminologische Abklärung

Jede genauere Beurteilung des Verhältnisses von Unterricht und Therapie hängt von der vorab getroffenen Definition der beiden Begriffe bzw. der damit verbundenen Vorgänge ab. Hier herrscht keine Einigkeit in der Literatur.

Noch vergleichsweise sicher scheint man sich mit der Abklärung des Begriffs »*Unterricht*« zu sein, der für die planmäßige und systematische Vermittlung von Bildungsinhalten steht. Inwieweit damit eine *Erziehungsaufgabe* verbunden ist, hängt letztlich primär vom jeweiligen Standpunkt des betreffenden Autors ab. An dieser Stelle wird die Weckung und Unterstützung der individuellen Handlungsfähigkeit, die Arbeit mit dem »ganzen Menschen« als eine ganz wesentliche Aufgabe der Schule für Sprachbehinderte angesehen.

Der Begriff »*Therapie*« wird uneinheitlich gebraucht. Häufig wird dabei auf mechanistische Vorstellungen zurückgegriffen, die auf einem linearen Ursache-Wirkung-Schema beruhen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht bei einer derartigen Grundeinstellung darin, auf der Basis einer möglichst genauen Diagnose eine gezielte Korrektur, eine auf das Einzelsymptom gerichtete Kompensa-

tion eines ausgewiesenen Defizites zu bewirken.

Therapie kann jedoch auch aus einem ganz anderen Grundverständnis heraus verstanden werden. Aus sozialwissenschaftlicher, gesprächs- und gestaltpsychologischer Sicht können bei der Erklärung eines Phänomens häufig Ursache und Wirkung nicht eindeutig voneinander unterschieden werden. Nicht mehr ein medizinischer Defekt, sondern der besondere Förderbedarf steht im Vordergrund. Die Aufgabe des Therapeuten besteht eher darin, die individuellen Selbstgestaltungskräfte des Kindes anzuregen. Dazu gilt es, in dem normalen Verhaltensrepertoire des Kindes therapeutisch wirksame Ansätze zu erspüren, das Interesse des Kindes darauf zu lenken und dementsprechend zu verstärken. Das Kind soll weniger behandelt, sondern vor allem in seinem Eigenhandeln unterstützt werden.

Ein derartiges Grundverständnis von Therapie rückt ganz in die Nähe einer erzieherisch-pädagogischen Aufgabenstellung. Im Prinzip stellt sich die Dualismusproblematik gar nicht, wenn der Pädagoge aus einem einheitlichen Menschenbild heraus wirkt und sein Handeln letztlich nur schwerpunktmäßig variiert. Andererseits stellt sich für den Lehrer die Problematik in der Schule täglich neu. Das Problem läßt sich nicht wegdefinieren, sondern ist in der Konzeption der Schule für Sprachbehinderte institutionell verankert.

3. Lösungswege und Menschenbilder

Meines Erachtens ist eine eindeutige *Lösung* der Dualismusproblematik im naturwissenschaftlich-exakten Sinne nicht möglich. Es gibt nicht *die* eine Lösung. Was möglich ist, ist eher eine *Antwort*, wie man persönlich die Problematik handhabt. Eine derartige Antwort ist immer Ausdruck der eigenen Person und damit etwas biographisch-historisch Gewordenes, kann aber auch Allgemeines beispielhaft aufzeigen.

3.1. Grundbausteine einer Theorie: Teil und Ganzes

Wesentlich für die Arbeit mit sprachgestörten Menschen erscheint mir, daß sich die Beein-

flussung nicht auf die Korrektur eines sprachpathologischen Oberflächensymptoms beschränken sollte. Das Aufgabenfeld des Sprachbehindertenpädagogen reicht weiter, ist vom Selbstverständnis her qualitativ anders. Es geht darum, den sprachgestörten Menschen in seiner *Ganzheit*, seinen *Teilen* und seinem *Kontext* zu erfassen, zu verstehen und umfassend zu beeinflussen. Wie ist das zu verstehen?

Zur Verdeutlichung möchte ich auf Gedankengänge verweisen, die in der Ganzheits- und Gestaltpsychologie, aber auch und vor allem aufgrund der Erkenntnisse in der Atomphysik bereits Anfang unseres Jahrhunderts zu einem grundlegenden Umdenken und einer fundamentalen Erweiterung der Weltanschauung geführt hatten. Es handelt sich um das Verhältnis von Teil und Ganzem, wie es *Heisenberg* (1969) in seiner Autobiographie benannt hat.

Die Erklärung dieses Zusammenhanges wird am Beispiel eines Rasterbildes anschaulich vor Augen geführt (Schaubild siehe *Grohnfeldt* 1987a). Ein gerastertes Zeitungsbild besteht aus einer Vielzahl einzelner Rasterpunkte. Bei einer Betrachtung der Einzelelemente aus kurzer Entfernung ergeben diese keinen sinnvollen Zusammenhang. Erst dann, wenn man aus einer gewissen Entfernung (eventuell mit zusammengekniffenen Augen) die Gesamtheit der Elemente zu erfassen versucht, so verbinden sich die Einzelteile zu einem Ganzen. Ein aus zahlreichen Einzelteilen zusammengesetztes System kann somit über Eigenschaften verfügen, die zwar dem System als Ganzem anhaften, nicht jedoch seinen Einzelteilen. Das Gesicht eines Zeitungsbildes ist kein Merkmal der einzelnen Punkte, sondern ihrer Gesamtheit, d. h. der Struktur ihrer Anordnung. Es zeigt sich als *neuaufretendes Merkmal*, das erst auf der Stufe der Gesamtstruktur erkennbar wird, auf der Stufe der Bestandteile jedoch noch nicht.

Weitere gängige Beispiele sind die eines Romans oder eines Musikstücks, deren affektive Wirkung sich eben nicht durch eine Ansammlung von Buchstaben oder Noten erklären läßt.

Um nicht mißverstanden zu werden. Dies ist kein wissenschaftlicher Beleg für Ganzheitlichkeit. »Die Beschreibung nach Bestandteilen widerspricht der ganzheitlichen nicht; beide Standpunkte sind einander komplementär, jeder von ihnen gilt auf seiner Stufe« (*Davies* 1986, S. 90). Von daher gibt es auch keine Dichotomie ganzheitlich oder mechanistisch, »weil es jeweils darauf ankommt, was man wissen möchte« (*Davies* 1986, S. 91).

Was bedeuten diese Gedankengänge für das Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik, speziell für die aufgezeigte Dualismusproblematik?

- Zum einen wirkt auf das sprachgestörte Kind eine Vielzahl an geplanten und zufälligen Maßnahmen ein: Unterricht in der Schule, indirekte und direkte Formen der Therapie, das Verhalten von Fremden, der Eltern usw. Es ist zu erwarten, daß das Kompendium dieser Einflüsse sich zu einer bestimmten persönlichkeitsbildenden Wirkung verdichtet, die in ihrer Gesamtheit mehr und etwas anderes als die Summe der Teilwirkungen darstellen kann.
- Zum anderen wirkt auf den sprachgestörten Menschen eine situativ variierende Gesamtheit an Umwelteinflüssen, deren Folgen in ihrem *subjektiven Erleben* beispielsweise als Störungsbewußtsein bei einer vorhandenen Sprachbehinderung oder als positives Selbstwertgefühl evident werden können. Das auslösende Einzelelement, der betreffende Anlaß für das Erleben der Gesamtsituation kann dabei nicht immer angegeben werden.

Das Ganze und seine Teile bestimmen sich offensichtlich wechselseitig. Beides ist wichtig! Dabei wird die Beschaffenheit eines jeden Einzelteils von der Beschaffenheit der übrigen Teile beeinflusst und bestimmt diese gleichzeitig mit. Darüber hinaus kann jedes Einzelteil bereits den Charakter des Ganzen tragen. *Koestler* (1978) prägte dazu den Begriff »Holon«, der aus dem griechischen Wort »holos« (ganz) abgeleitet wird, wobei die Nachsilbe »on« auf den Teilcharakter (wie z. B. bei Neutron) hindeutet. Jedes Holon ist sowohl Ganzes als auch Teil.

Vermag diese zunächst verblüffende und zumindest ungewohnte Aussage einen Einfluß auf das Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik in Theorie und Praxis auszuüben? In der Familientherapie werden damit erprobte Formen der Therapie begründet (Minuchin/Fishman 1983). Inwieweit wird das Verhältnis von Therapie und Unterricht dadurch transparenter?

3.2. Stufen einer therapieorientierten Unterrichtsgestaltung

Die Dualismusproblematik war aufgrund des institutionell vorgegebenen Anspruchs der Schule für Sprachbehinderte entstanden. Eine Lösung in Form einer Wesensgleichheit erscheint nicht denkbar, wenn Therapie nach einem mechanistischen Weltbild, Unterricht dagegen ganzheitlich verstanden wird (Grohnfeldt 1987, siehe Abbildung 1).

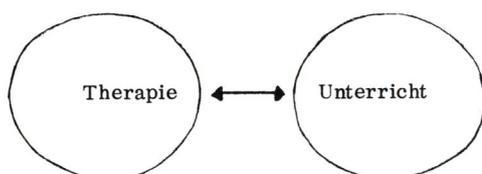


Abbildung 1

Es kann sogar zu einem Bruch im persönlichen Handeln kommen, wenn das Kind den Pädagogen im Unterricht anders als in der Therapiestunde erlebt. Noch ungünstiger gestaltet sich die Gesamtaufgabe, wenn Therapie und Unterricht durch zwei verschiedene Personen durchgeführt werden. Die Schule für Sprachbehinderte vergibt sich in diesem Fall viel von ihren Möglichkeiten. Zusätzlich zum Unterricht angebotene Therapie kann letztlich auch in der Regelschule erfolgen.

Wesentlich ist also eine einheitliche Einstellung, die sich in einem einheitlichen Handeln in variierenden Situationen mit verschiedenartigem Anforderungscharakter äußert. In Anlehnung an Vester (1975) möchte ich als Vergleich ein *Hologramm* wählen, bei dem eine Zerschneidung in Stücke erfolgen kann, ohne daß das Wesentliche verlorengeht, wobei aus jedem Teilstück sich wieder das Gesamtbild projizieren läßt. Das Wesentliche wäre hier die Einstellung, die Grundhaltung

des Pädagogen, die vom Kind bei einer tragfähigen Beziehung als *widerspruchsfrei* erlebt werden sollte. Eine ganzheitlich orientierte Grundhaltung wird dabei im konkreten Umgang mit Menschen evident, so daß im folgenden von einer *ganzheitlich-interaktionalen* Anschauung gesprochen werden soll. Ganzheitlichkeit äußert sich damit weniger in einer spezifischen (»neuen«) Methode, sondern eher in einer bestimmten Einstellung dem Menschen gegenüber, aus der sich pädagogisches Handeln individuell vollzieht. Diese Sichtweise zeigt sich

- bei der mittel- und langfristigen Verlaufsplanung,
- bei der Planung und Durchführung einzelner Unterrichts- und Therapieeinheiten,
- letztlich im gesamten Verhalten und Handeln des Pädagogen beim Umgang mit Menschen.

Im folgenden werden Phasen einer therapieorientierten Unterrichtsgestaltung vorgestellt, wobei das Verhältnis von Therapie und Unterricht innerhalb eines einheitlichen Bezugsrahmens insgesamt auf Ergänzung angelegt ist (*komplementär*). Es handelt sich um ein sprachtherapeutisches Einwirken im Unterricht durch unterschiedliche Formen der *Binnendifferenzierung* sowie im Bedarfsfall durch zusätzliche unterrichtsbezogene einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen. Je nach dem Anforderungscharakter des Sachinhalts, den individuellen Lernvoraussetzungen der Schüler sowie dem didaktisch-methodischen Gesamtkonzept können Unterricht und Therapie nebeneinander, miteinander und ineinander erfolgen.

(a) *nebeneinander*

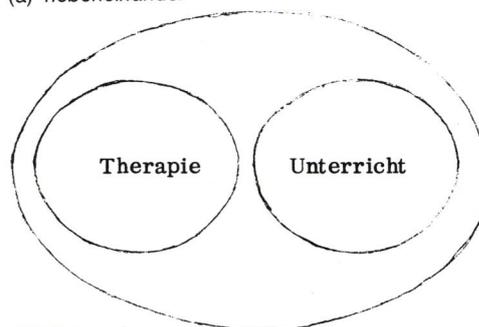


Abbildung 2

Therapie und Unterricht werden als Teilelemente einer übergeordneten Erziehungsaufgabe verstanden, die wiederum Teilelement des Therapie- und Unterrichtsgeschehens sein kann (»Holon«). Therapiebezogene Schwerpunkte ordnen sich ein, wenn sie aus einem gleichen Selbstverständnis heraus betrieben werden. Sie verstehen sich vorrangig als geplante oder situativ gestaltete Differenzierungsmaßnahmen. Unterrichts- und Therapieinhalte sollten dabei als kooperativer Arbeitsvollzug aufeinander bezogen werden und sich an der gleichen Sachaufgabe orientieren.

Beispiel: Im Unterricht erfolgt eine Erarbeitung von neuen Begriffen zur Lösung einer Sachaufgabe. Im Rahmen der Wortschatzerweiterung gibt es bei einigen Kindern artikulatorische Probleme. Der Lehrer gibt individuelle Hilfestellungen durch optische Zeichensysteme, Sprechhilfen oder gezielte einzeltherapeutische Maßnahmen.

(b) *miteinander*

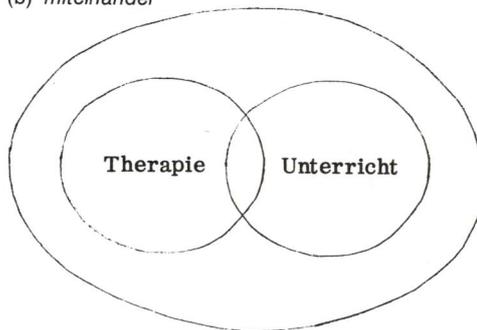


Abbildung 3

Es erfolgt eine unmittelbare Verbindung des Unterrichtsgegenstandes mit sprachtherapeutischen Rückmeldungen, indem therapeutische Anteile in das Unterrichtsgeschehen entweder als konkretes sprachtherapeutisches Handeln oder im Sinne einer therapeutischen Grundhaltung einfließen. Umgekehrt ist auch eine Aufnahme von Unterrichtsinhalten während des Therapieablaufes möglich. Als wesentlich erweist sich dabei die Lehrersprache, die durch eine Anpassung an das individuelle und kollektive Sprachniveau der Schüler gekennzeichnet sein sollte.

Beispiel: Anlässlich einer Bildgeschichte erfolgt ein Unterrichtsgespräch. Der Lehrer nimmt die Äußerungen der Kinder auf und verbessert sie im Sinne »korrigierender Rückmeldungen« (Beispiele zur Expansion, Imitation usw. bei Grohnfeldt 1985, S. 48 ff.). Die vorgegebenen Bilder erleichtern die Einhaltung und Übung bestimmter Satzstrukturen.

(c) *ineinander*

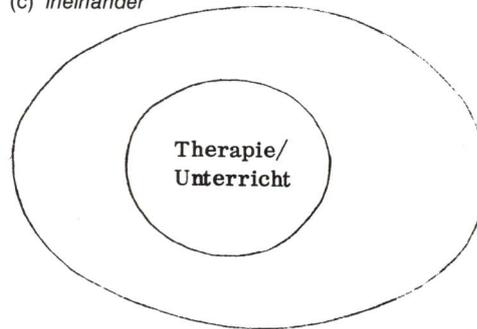


Abbildung 4

Therapie und Unterricht können nicht eindeutig voneinander anteilmäßig getrennt werden. Sie werden vom Schüler als einheitliches Ganzes erlebt, als »Holon«, das als Teil und Ganzes gleichzeitig zu verstehen ist. Der Unterrichtsinhalt selbst wird dadurch therapeutisch wirksam, bzw. es wird Therapie mit Hilfe von Unterrichtsinhalten betrieben. Im Sinne eines Kippbildes kann der Gesamtverlauf als Unterricht, Therapie oder beides gedeutet werden.

Beispiel: In einem Rollenspiel, das aus dem Unterrichtsgeschehen erwächst, werden gleichzeitig sprachtherapeutische Elemente zur Erweiterung der kommunikativen Kompetenz angesprochen. Denkbar wäre die Anwendung vorher geübter Satzstrukturen und Rituale in Verbindung mit dem spontanen Sprachgebrauch.

Es versteht sich, daß diese idealtypisch herausgestellten Formen des Verhältnisses von Unterricht und Therapie in der Praxis häufig als Mischformen auftreten. Letztlich handelt es sich um Prinzipien, die nicht nur auf die Verbindung von Unterricht und Therapie in der Schule für Sprachbehinderte, sondern auf generelle Fragen zum Verhältnis pädago-

gischer und therapeutischer Prozesse anwendbar sind. Sie wirken sich ebenso bei der Arbeit mit Sprachbehinderten in der Regelschule sowie in (teil-)integrierten und eigenständigen vor- und nachschulischen Einrichtungen aus und können auch bei einer systemtheoretischen Ausweitung des Aufgabenbereiches von Sprachbehindertenpädagogen durch eine vermehrte Einbeziehung der Familie (bzw. Umwelt) bedeutsam werden.

4. Schluß

Der Dualismus von Therapie und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte erweist sich als eine Problematik, die sich nicht eindeutig und dauerhaft lösen läßt. Vielmehr handelt es sich um eine Aufgabenstellung, die sich täglich neu stellt und immer wieder neu überbrückt werden muß. Wer den Dualismus total abschaffen will, muß letztlich die Schule für Sprachbehinderte in ihrer bisherigen Form abschaffen. Dabei wäre zu fragen,

inwieweit die derzeitigen Alternativen für Kinder ausreichen, deren Behinderung sich in einem Syndrom sprachlicher, kognitiver und sozialer Störungen zeigt.

Die Institution der Schule für Sprachbehinderte als *eine* Form der Förderung sprachgestörter Kinder in einem Verbundsystem separierter und integrativer Einrichtungen erweist sich einerseits als ursächlich für die Dualismusproblematik, andererseits aber auch als besondere Chance bei der Förderung eines ausgewählten Personenkreises komplex sprachbehinderter Kinder. Ihre besondere Möglichkeit liegt darin, daß aufgrund der kleinen Klassenfrequenz und der zumeist guten fachpädagogischen Ausbildung der Lehrer und Sachausstattung die Bedingungen für eine *Individualisierung, Differenzierung* und tragfähige *Gemeinschaft* als gute Voraussetzung für jede pädagogisch-therapeutische Arbeit gegeben sind bzw. sein müßten. Die Schule für Sprachbehinderte sollte diese Chance nutzen, um ihrem Anspruch gerecht zu werden!

Literatur

- Braun, O.: Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 135—142.
- Braun, O.: Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983, S. 15—25.
- Braun, O.: Sprachtherapeutischer Unterricht in Theorie und Praxis — Bestandsaufnahme und Diskussion. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983a, S. 167—178.
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 1—17.
- Capra, F.: Das Tao der Physik. Bern/München 1984.
- Dannenbauer, F. M., und Dirnberger, W.: Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte — Kriterien und Realisierungsmöglichkeiten für die Grundstufe. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 313—325.
- Davies, P.: Gott und die moderne Physik. München 1986.
- Grohnfeldt, M.: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin 1985.
- Grohnfeldt, M.: Systeme der Sprachtherapie im internationalen Vergleich. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 179—189.
- Grohnfeldt, M.: Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 32 (1987), S. 1—9.
- Grohnfeldt, M.: Zur Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder aus pädagogischer Sicht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen. Hamburg 1987a, S. 148—164.
- Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle (Saale) 1929.

- Heese, G.: Die Schule für Sprachbehinderte. Z. Heilpäd. 24 (1973), S. 452—459.
- Heisenberg, W.: Der Teil und das Ganze. Gespräche im Umkreis der Atomphysik. München/Zürich 1969.
- Holtz, A.: Themen, Thesen, Theorien in der Sprachbehindertendidaktik. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 69—78.
- Homburg, G.: Integration — die falsche Priorität? Thesen zu einem aktuellen Problem aus der Sicht der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 208—213.
- Horsch, Ursula, und Werner, L.: Kommunikationstheoretische Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 138—148.
- Knura, Gerda: Grundfragen der Erziehung, des Unterrichtens und der Therapie in der Schule für Sprachbehinderte. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Sprachbehinderten. Bd. 7, Berlin 1980, S. 413—421.
- Koestler, A.: Der Mensch — Irrläufer der Evolution. Bern/München 1978.
- Minuchin, S., und Fishman, H. Ch.: Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg 1983.
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.
- Orthmann, W.: Sprachbehindertenpädagogik. In: Kluge, K.-J.: Einführung in die Sonderschuldidaktik. Darmstadt 1976, S. 213—236.
- Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 37—49.
- Vester, F.: Denken, Lernen, Vergessen. Stuttgart 1975.
- Werner, L.: Zur Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in das Planungsmodell für Unterricht der Berliner Schule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 87—92.
- Werner, L.: Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 77—83.
- Werner, L.: Zur Theorie einer fachspezifischen Unterrichtsgestaltung an der Schule für Sprachbehinderte unter therapieimmanentem Aspekt. In: Bürli, A. (Hrsg.): Sonderpädagogische Theoriebildung — Vergleichende Sonderpädagogik. Luzern 1977, S. 175—181.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Frangenheimstraße 4
5000 Köln 41

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt ist Direktor des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln und Inhaber des Lehrstuhls »Pädagogik der Sprachbehinderten«.

Für unsere Integrative Tagesstätte Kindernest mit insgesamt 40 Plätzen und für unseren ambulanten Sprachheildienst suchen wir zum nächstmöglichen Termin

**eine/n Logopädin/en oder
Sprachheilpädagogin/en**

mit wöchentlich 20 bis 40 Stunden.

Der Aufgabenbereich umfaßt die Versorgung der Kinder in der Einrichtung und die sprachheiltherapeutische Beratung und Therapie der Ambulanz.

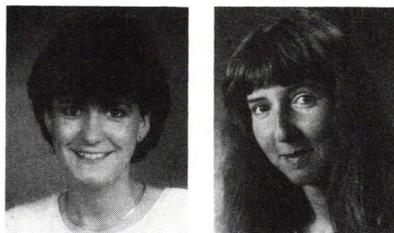
Wir setzen selbständiges Arbeiten und den Einsatz im mobilen Dienst voraus.

Die abwechslungsreiche Tätigkeit bietet u. a. die Möglichkeit zu Arbeits- und Fallgesprächen mit Kolleginnen und anderen Therapeuten.

Die Vergütung erfolgt nach-BAT Vb/IVb. Arbeitszeit und Urlaub regeln sich nach den im öffentlichen Dienst geltenden Vereinbarungen.

Bewerbungen sind zu richten an:

Integrative Tagesstätte Kindernest, Auf der Leer 22, 6110 Dieburg, Telefon (06071) 12 22.



Bärbel Triffterer, Dörpen, und
Angela Böhl, Wilhelmshaven

Computereinsatz in der Aphasietherapie

Zusammenfassung

Im Rahmen ihres Studiums im Fachbereich Sonderpädagogik an der Universität Dortmund führten die Autoren eine Explorationsstudie über den Einsatz des Sprachtherapiesystems nach *Stachowiak* (1985) innerhalb der sprachlichen Rehabilitation aphasischer Patienten durch. Es sollte geklärt werden, inwieweit die Anwendung neuer Technologien im Bereich der Aphasietherapie wirklich als Durchbruch zu bezeichnen ist. Durch eine Akzeptanzuntersuchung wurde versucht aufzuzeigen, ob die mikroprozessorgesteuerte Sprachtherapie adressatengerecht entwickelt wurde, d. h., den speziellen Bedürfnissen der Aphasiker entspricht. Zeigte sich im Hinblick auf eine Akzeptanz des Hardware-Designs eine nahezu eindeutig negative Tendenz, so zeichnete sich bezüglich der Akzeptanz des Software-Designs ein eher heterogenes Bild ab.

1. Einleitung

Das Sprachtherapiesystem von *Stachowiak* (1985) beruht auf einem synchronisierten schriftlichen, bildlichen und akustischen Trainingsverfahren, das zu einer Deblockierung gestörter Sprachleistungen führen soll. Aphasischen Patienten soll damit ermöglicht werden, interaktive Sprachübungen am Bildschirm durchzuführen. Wörter und Sätze lassen sich auf dem Bildschirm mit Hilfe einer speziellen Bedienungseinheit verschieben, so daß z. B. Satzkonstruktionsaufgaben, semantische Zuordnungsaufgaben, Wort- und Satzverständnisübungen usw. durchführbar sind. Die Bildschirmarbeit wird akustisch durch eine synthetische Sprachausgabe hoher Qualität unterstützt. So können die Patienten z. B. auf Bildern einzelne Ausschnitte mit dem Cursor ansteuern (z. B. auf dem Bild eines Hauses den Schornstein oder die Tür

und durch Knopfdruck die entsprechende Benennung sowohl schriftlich als auch akustisch abrufen.

Die Programme basieren auf neurolinguistischen Erkenntnissen und den Erfahrungen der herkömmlichen Sprachtherapie. Der Computer soll jedoch einige neue Vorteile bieten. Mit Hilfe animierender Graphik können spielerische Elemente in die Programme aufgenommen werden, z. B. bei der Darstellung von Bewegungen und Richtungsänderungen (z. B. der Ball fliegt in/über/unter den Korb). Stilisierete Darstellungen etwa beim Üben der Präpositionen sollen sich in methodischer Hinsicht als vorteilhaft gegenüber herkömmlichen Zeichnungen oder realistischen Übungsformen, in denen tatsächliche Gegenstände wie Bälle benutzt werden müssen, erweisen. In technischer Hinsicht handelt es sich um einen für den speziellen Zweck hardware- und softwaremäßig erstellten Personalcomputer mit IBM-Kompatibilität.

2. Zentrale Fragestellung

Für die geplante Untersuchung ergab sich primär folgende Fragestellung: Wie akzeptieren Aphasiker den Einsatz mikroprozessorgesteuerter Sprachtherapie? Diese zunächst globale Frageformulierung ließ sich in vier Teilfragen zergliedern:

1. Welche Erwartungen/Einstellungen der Aphasiker bestehen dem Computer gegenüber
 - a) vor Beginn der mikroprozessorgesteuerten Sprachtherapie?
 - b) nach erfolgtem Einsatz des Computers?

2. Wie ist die Zufriedenheit mit der technischen Ausgestaltung des Computers?
 3. a) Wie werden die Programme insgesamt beurteilt?
b) Lassen sich hinsichtlich der Akzeptanz der einzelnen Programme Unterschiede feststellen?
 4. Von welchen Faktoren (im Sinne von Tendenzaussagen) wird die Akzeptanz möglicherweise beeinflusst?
- b) motivationsfördernde Wirkung der Programme,
 - c) emotionales Befinden während bzw. nach der Beschäftigung mit einem Programm,
 - d) Zufriedenheit mit den Programmen,
 - e) Schwierigkeitsgrad der Aufgaben.
4. *Anmerkungen zur Durchführung der Untersuchung*

In der Untersuchung wurden als methodische Techniken die teilnehmende Beobachtung und die halbstrukturierte Befragung gewählt. Die Anwendung beider Explorations-techniken sollte einen Vergleich zwischen Beobachtungsdaten und Befragungsergebnissen ermöglichen, so daß eine weitestmögliche Annäherung an eine Objektivität der Ergebnisse gewährleistet war.

3. Dimensionen der Akzeptanz

Da die Akzeptanz mikroprozessorgesteuerter Sprachtherapie keine direkten Entsprechungen in beobachtbaren Ereignissen hat, mußten präzise Anweisungen für Forschungsoperationen gegeben werden, mit deren Hilfe entscheidbar war, ob ein mit dem Begriff Akzeptanz bezeichnetes Phänomen vorliegt oder nicht.

Ohne im einzelnen näher auf diese dimensionale Auflösung der Akzeptanz und die damit verbundenen Schwierigkeiten einzugehen, sollen nachfolgend die im Rahmen unserer Untersuchung abgeleiteten Dimensionen dargestellt werden:

1. Zufriedenheit mit dem Hardware-Design
Diese Dimension sollte sich zeigen in den Unterdimensionen
 - a) positive Einstellung dem Computer gegenüber,
 - b) Zufriedenheit mit der technischen Ausgestaltung (Tonqualität, Schriftbild, leichte Handhabung usw.).
2. Zufriedenheit mit dem Software-Design
Diese Hauptdimension wurde unterteilt in die Unterdimensionen
 - a) Aufmerksamkeit des Aphasikers während der Arbeit am Computer,

Die mikroprozessorgesteuerte Sprachtherapie wurde zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von drei Monaten in der Praxis eines an der Universität Dortmund tätigen Dozenten durchgeführt. Die Patientengruppe bestand aus drei männlichen und zwei weiblichen Aphasikern im Alter von 49 bis 78 Jahren. Bei vier Probanden lag eine Aphasie aufgrund vaskulärer Ätiologie vor; bei einem Aphasiker bestanden die aphasischen Beeinträchtigungen seit der operativen Entfernung eines gutartigen Hirntumors. Aufgrund des Aachener Aphasie Tests (Huber et al. 1983) konnte bei drei Patienten eine amnestische Aphasie, bei einer Probandin eine schwere Broca-Aphasie und bei einer weiteren eine Wernicke-Aphasie mittleren Schweregrades festgestellt werden.

5. Ergebnisse der Untersuchung

Eine Betrachtung der Gesamtergebnisse legte die Tendenzaussage nahe, daß hinsichtlich des Hardware- und Software-Designs des Sprachtherapiesystems eher eine Reakzeptanz als eine Akzeptanz seitens der Aphasiker konstatiert werden konnte. Zeigte sich im Hinblick auf eine Akzeptanz des Hardware-Designs eine nahezu eindeutig negative Tendenz, so zeichnete sich bezüglich der Akzeptanz des Software-Designs ein eher heterogenes Bild ab.

Obwohl die Beobachtungs- und Befragungsergebnisse auf eine tendenzielle Bestätigung dieser Aussagen hindeuteten, sollte man sich vor simplifizierenden Aussagen hüten, nicht zuletzt deshalb, weil eine Generalisierung der Ergebnisse aufgrund des zu geringen Erhebungsumfanges ($n = 5$) und des explorativen Charakters der Untersuchung nicht möglich war.

a) Zufriedenheit mit dem Hardware-Design

In bezug auf eine Akzeptanz des Hardware-Designs stellte sich heraus, daß anfänglich positive Erwartungen der Aphasiker dem Computer gegenüber nach Beendigung der dreimonatigen Therapie zu negativen Einstellungen hin modifiziert wurden. Obwohl noch vier der fünf Probanden dem Einsatz von Computern aufgeschlossen gegenüberstanden, waren alle Aphasiker der Meinung, daß mit dem Computer die zwischenmenschlichen Beziehungen verkümmern. Fast übereinstimmend wurde außerdem die Auffassung vertreten, daß Computer den persönlichen Kontakt zum Therapeuten einschränken. Weiterhin glaubten alle Probanden, daß der Computer den Therapeuten nicht ersetzen kann. Ein recht heterogenes Antwortverhalten wurde allerdings bezüglich der Auffassung deutlich, ob die Therapie durch den Computer interessanter wird. Sehr unterschiedliche Antworten wurden ebenfalls darüber geäußert, ob der Computer in der Therapie sprachliche Schwierigkeiten abbaut. Wei-

tere Uneinigkeit herrschte darüber, ob der Computer Angst hervorruft. Mehr als die Hälfte der Probanden schließlich vertraten den Standpunkt, daß der Computer die Sprachtherapie nicht erleichtert. Im Hinblick auf eine Zufriedenheit mit der technischen Ausgestaltung des Computers konnten ebenfalls überwiegend negative Reaktionen der Aphasiker ermittelt werden.

Während der Beschäftigung mit dem Computer traten bei den Aphasikern wiederholt Schwierigkeiten auf. So mußten sich die Patienten sehr konzentrieren, um an dem kleinen Bildschirm zu arbeiten. Weiterhin war das auf dem Bildschirm präsentierte Schriftbild zu klein; die Aphasiker hatten große Mühe, die oft langen und schwierigen Instruktionen optisch zu erfassen und dem schnellen Bildwechsel zu folgen. Einigen Probanden fiel es oftmals schwer, auf dem ohnehin kleinen Bildschirm den Cursor zu finden, den sie zur Bewältigung der Aufgabe zu steuern hatten. Tabelle 1 stellt die Zufriedenheit mit dem Hardware-Design insgesamt zusammenfassend dar.

Dimensionen	Antworten		
	Akzeptanz ¹	Weder Akzeptanz noch Reakzeptanz	Reakzeptanz
Positive Einstellungen dem Computer gegenüber	1,4	0,9	2,7
Zufriedenheit mit der technischen Ausgestaltung	1,6	0,9	2,5
Durchschnittsangaben	1,5	0,9	2,6

¹ Das der Explorationsstudie zugrundeliegende Verständnis von Akzeptanz kann global umschrieben werden als *positive Einstellung der Aphasiker der mikroprozessorgesteuerten Sprachtherapie gegenüber*.

Tabelle 1: Zufriedenheit der Aphasiker mit dem Hardware-Design

Die in der Tabelle angegebenen Zahlen stellen jeweils Durchschnittswerte der verbalen Reaktionen aller fünf Probanden dar.

b) Zufriedenheit mit dem Software-Design

In bezug auf eine Akzeptanz des Software-Designs zeigte sich, daß trotz positiver Reaktionen hinsichtlich Aufmerksamkeit und Motivation der Aphasiker während der Benutzung des Computers negative affektive Auswirkungen sichtbar wurden (vgl. Tabelle 2).

Die in der Tabelle angegebenen Zahlen stellen Durchschnittswerte für die nonverbalen/

verbalen Reaktionen der fünf Probanden dar, die auf Akzeptanz in der jeweiligen Kategorie schließen lassen.

So konnten im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung Gefühlsreaktionen wie Enttäuschung, Erschöpfung, Resignation und Unsicherheit festgestellt werden. Darüber hinaus wurden während der Beobachtungen gewisse Schwerpunkte sichtbar, die eindeutig darauf hinwiesen, daß die Beschäftigung mit den Programmen als Belastung bzw. Überforderung empfunden wurde. Es zeigten sich neben Gefühlsreaktionen wie Ungeduld, An-

Dimensionen \ Programme	Benennen	Präpositionen	Wörterfresser	Satzbau	Durchschnittswerte
Aufmerksamkeit der Aphasiker während der Arbeit am Computer	4,75	4,5	3,9	3,4	4,1
Motivationsfördernde Wirkung der Programme	4,5	4,5	2,75	2,16	3,4
Schwierigkeitsgrad der Programme	3	2,5	2	2,5	2,5
Positives emotionales Befinden während der Beschäftigung mit einem Programm (Gesamteinschätzung)	3,1	0,8	1,2	1,4	1,6
Zufriedenheit mit den Programmen	4,25	2,75	1,16	1,5	2,4
Akzeptanz des jeweiligen Programms	3,97	3,01	2,2	2,29	

Table 2: Gesamtergebnisse der Akzeptanz des Software-Designs

gespanntheit und Hilflosigkeit Reaktionen wie Unruhe und Verwirrung.

Diese Ergebnisse legen nahe, daß die Beschäftigung mit dem Mikrocomputer von den Aphasikern weniger als angenehme, lustvolle Sprechsituation empfunden wurde. Würde sich diese Tendenzaussage an einer erheblich größeren Stichprobe bestätigen, könnte das bedeuten, daß ein alleiniges Beschäftigen der Aphasiker mit dem Computer (z. B. als »Hometrainer«) zu nicht abschätz-

baren Konfliktsituationen führen kann, die bei der bestehenden emotionalen Labilität von Aphasikern (vgl. Leischner 1979, Birchmeier 1984) generalisiert werden können und damit die Rehabilitation gefährden.

Abgesehen von den bisher skizzierten Ausführungen ging aus den Gesamtergebnissen eine Abnahme der Akzeptanz des Software-Designs hervor. Diese Abwärtstendenz soll im folgenden graphisch veranschaulicht werden.

Anzahl der Probanden (n = 5)

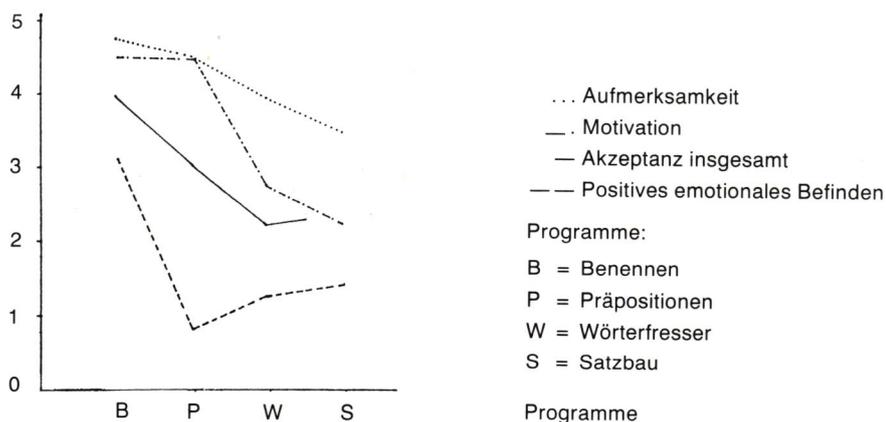


Abbildung 1: Graphische Darstellung der Akzeptanz des Software-Designs

Bei der Suche nach möglichen Erklärungsgründen für die oben dargestellte »Abwärtstendenz« läßt sich einerseits der sogenannte Hawthorne-Effekt anführen (vgl. *Kallenbach* 1973), d. h., die Aphasiker reagierten zunächst positiv, weil man »sich um sie kümmerte« oder weil die Erwartung von etwas Neuem ihre Bereitschaft und Aktivität zunächst positiv veränderte. Später verebbte dieser »Innovationseffekt« dann schnell (vgl. auch *Lehmann* und *Lauterbach* 1985, S. 26). Andererseits stellte sich die Frage, ob die abnehmenden positiven Reaktionen der Aphasiker auf den zunehmenden Schwierigkeitsgrad und die ansteigende Komplexität der Programme zurückzuführen sind.

Um diese Frage zu beantworten, bedarf es jedoch einer Überprüfung dieser Hypothese an einer erheblich größeren Stichprobe. In diesem Zusammenhang müßte dann geklärt werden, ob sich durch eine Umstellung innerhalb der Reihenfolge der einzelnen Programme die oben dargestellte »Abwärtstendenz« ändert.

Ein Vergleich der einzelnen Programme unter dem Aspekt der Akzeptanz ließ durchaus Unterschiede erkennen, wobei bezüglich der Programme »Wörterfresser« und »Satzbau« eher eine Tendenz zur Reakzeptanz konstatiert werden konnte. Dies wurde einerseits darauf zurückgeführt, daß das Sprachtherapie-system nach *Stachowiak* (1985) gewisse Voraussetzungen vernachlässigt, die vor einem Einsatz des Mikrocomputers bei Aphasikern zu berücksichtigen sind. So stellt *Kotten* (1985, S. 110) heraus, daß als Begleiterscheinungen von Aphasien häufig einschränkende Lernbedingungen anzutreffen sind, die sowohl die Auswahl der Therapiemethoden als auch die Auswahl der Therapiematerialien entscheidend determinieren. Des wei-

teren ist für das sprachtherapeutische Handeln mit Aphasikern das Phänomen der sogenannten »Hirnleistungsschwäche« zu berücksichtigen. »Unter dieser Sammelbezeichnung werden eine Anzahl von Störungen zusammengefaßt« (*Peuser* 1978, S. 371), die die Therapie u. U. erheblich beeinträchtigen können. Zudem deuten die Ergebnisse auf die Schwierigkeit hin, die Verschiedenheit und Vielfältigkeit der klinischen Bilder von aphasischen Störungen alle in der gleichen standardisierten Weise behandeln zu wollen.

6. Schlußfolgerungen/Fazit

Die im Rahmen der Untersuchung gesammelten Erfahrungen lassen darauf schließen, daß der Einsatz des Sprachtherapie-systems im Sinne eines »Drill and Practise«, d. h. einer Ergänzung, Wiederholung und Übung formaler Sprachäußerungen, denkbar ist. Um jedoch das Sprachtherapie-system nach *Stachowiak* (1985) pädagogisch sinnvoll und kostenmäßig effektiv einsetzen zu können, schlagen die Autoren die Entwicklung eines Kriterienrasters vor, anhand dessen für den individuellen Fall, gemäß den individuellen Bedürfnissen, der Einsatz der mikroprozessorgesteuerten Sprachtherapie überprüft werden kann.

Darüber hinaus legen die Untersuchungsergebnisse den Schluß nahe, daß eine bloße Computer-Euphorie ebenso unangebracht erscheint wie eine Computer-Phobie (vgl. *Brunnstein* 1985, S. 88). Wie jedes andere »Werkzeug« impliziert auch der Mikrocomputer neben gewissen Vorteilen zugleich die Grenzen seiner Einsatzfähigkeit, die allzuoft übersehen werden. Neue Technologien dürfen nicht einfach in technisch möglichem Umfang in die Therapie eingesetzt werden, nur um den internationalen Anschluß nicht zu versäumen. Sie sollten erst dann eingesetzt werden, wenn geklärt ist, wer und mit welchen subjektiven Beweggründen welche Medien nutzt bzw. wie hoch die Bereitschaft ist, sich darauf einzulassen. Sie sollten erst eingeführt werden, wenn ihnen ein Bedarf der Empfänger entspricht und ihre Auswirkungen erprobt sind.

Literatur

- Birchmeier, Annette K.: Aphasie. Therapie und Rehabilitation im kulturgeschichtlichen Zusammenhang. Berlin 1984.
- Brunnstein, K.: Was kann der Computer? In: Praxis Deutsch, Jahresheft III. Velber 1985, S. 88—92.
- Huber, W., Poeck, K., et al.: Aachener Aphasie Test (AAT). Göttingen 1983.
- Kallenbach, K.: Hawthorne-Effekt. In: Wehle, G. (Hrsg.): Pädagogik aktuell. Lexikon pädagogischer Schlagworte und Begriffe, Bd. 3. München 1973, S. 48—49.
- Kotten, Anneliese: Sprachübungen zur Aphasiebehandlung. In: Springer, L., und Kattenbeck, G. (Hrsg.): Aphasie. München 1985, S. 109—141.
- Lehmann, J., und Lauterbach, R.: Die Wirkungen des Computers in der Schule auf Wissen und Einstellungen. In: Log In (1985), S. 24—27.
- Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.
- Peuser, G. (Hrsg.): Aphasie. Eine Einführung in die Patholinguistik. München 1978.
- Stachowiak, F. J.: Sprachtherapie mit dem Mikrocomputer. Unveröffentlichtes Manuskript. Bonn 1985.

Anschriften der Verfasserinnen:

Bärbel Triffterer
Hauptstraße 138, 2992 Dörpen-Ems

Stud. Dipl.-Päd. Universität Dortmund,
Schwerpunkt Sprachrehabilitation, Abschluß des
Studiums im Oktober 1986.

Angela Böhl
Ölhafendamm 13, 2940 Wilhelmshaven

Stud. Dipl.-Päd. Universität Dortmund,
Schwerpunkt Sprachrehabilitation, Abschluß des
Studiums im Frühjahr 1987.

Umschau

19. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik führte vom 22. bis 24. Mai 1987 ihre 19. Mitgliederversammlung am Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich durch.

Einen zentralen Bearbeitungsschwerpunkt bildeten Aspekte einer Vergleichenden Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie. Zunächst erfolgte dabei eine Information über das Sonderschulsystem und die Ausbildung zum Logopäden in der Schweiz (Heese/Motsch/Wettstein). Hier zeigen sich erhebliche Unterschiede im Vergleich zu den Verhältnissen in der Bundesrepublik im Hinblick auf die Finanzierung über die Invalidenversicherung, die Institutionalisierung über Ambulatorien sowie die Konsequenzen für eine praxisorientierte Ausbildung.

Im weiteren wurde ein Arbeitspapier zu Grundfragen einer Vergleichenden Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie (Grohnfeldt) diskutiert. Im

Vordergrund stand die Methode des internationalen Vergleichs, die sich nicht auf eine reine Beschreibung von Oberflächenphänomenen beschränkt, sondern zugrundeliegende Menschenbilder aufdeckt und die Einbettung des Entstehungsverlaufs einer fachwissenschaftlichen Disziplin in einen größeren (bildungs-)politischen Rahmen offenlegt.

Eine weitere Fragestellung bildeten Möglichkeiten und Grenzen der Elternarbeit bei stammelnden, polternden und stotternden Kindern (Hardmeier/Katz-Bernstein/Guldenschuh). Die Referentinnen arbeiteten dazu die theoretische Grundlage ihres Vorgehens heraus und gingen auf praktische Beispiele der Verwirklichung ein.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Teilnehmer von den atmosphärischen Rahmenbedingungen des Instituts sowie von der Stadt Zürich sehr beeindruckt waren.

M. Grohnfeldt

»Pflichtenheft . . .«

Die Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden veröffentlichte im April dieses Jahres ein »Pflichtenheft für Logopädinnen/Logopäden zur interdisziplinären Zusammenarbeit«.

Zur Entstehungsgeschichte des Pflichtenheftes: 1978 bis 1981 ging ein »Pflichtenheft der ORL-Ärzte, Phoniater und Kinder- und Jugendpsychiater, die beauftragt sind, sich um Patienten mit Sprachgebrechen zu bemühen« in die Vernehmlassung. 1980 genehmigte die Delegiertenversammlung des Schweizerischen Berufsverbandes der Logopäden ein »Reglement betreffend die Ausübung des Logopädenberufes«, welches den Logopädenberuf definiert sowie die Berufspraxis und die Kompetenz und Verantwortung des Logopäden umschreibt. Die genannten Ärztegruppen erklärten sich mit diesem Entwurf nicht einverstanden. Nach einer ersten Stellungnahme zum Pflichtenheft der Ärzte im Rahmen der Arbeitsgruppe »Logopädie« der »Vereinigung Heilpädagogischer Ausbildungsinstitute« beauftragte die sogenannte »commission mixte« der Mediziner den Berufsverband der Logopäden, ein Dokument über die Berufsausübung des Logopäden auszuarbeiten. Nach verschiedenen Entwürfen wurde ein definitives Pflichtenheft 1986 von den drei sprachregionalen Verbänden genehmigt.

Im vorliegenden Pflichtenheft werden die allgemeinen Grundsätze der Zusammenarbeit mit allen anderen Berufsgruppen, die sich mit Sprachbehinderten befassen, festgehalten. Das Dokument umschreibt ferner die Aufgaben des Logopäden im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung und Optimierung der Maßnahmen.

Das Pflichtenheft ergänzt das »Reglement zur Berufsausübung«, die bestehenden Reglemente der Berufsausbildung der Logopäden und das Berufsethos. Es ist auch ein nützliches Arbeitspapier für die tägliche Praxis. Das Pflichtenheft kann bezogen werden bei: K/SBL, Zentralsekretariat, Mme S. Bondallaz, Thunstraße 96, CH-3006 Bern.

Berichtersteller: Dipl.-Logopäde Thomas Heller, Steinstraße 28 c, CH-Baden-Rütihof.

10 Jahre Grazer Sprachheilschule

Im Rahmen einer festlichen Veranstaltung gedachten am 12. Juni 1987 Lehrerkollegium, Eltern, Schüler, Vertreter der Behörden von Stadt und Land und viele Freunde des zehnjährigen Bestehens der Volksschule für sprachbehinderte Kinder in Graz.

Aus kleinen Anfängen heraus entwickelte sich die Schule zu einem bedeutenden Sprachheilzentrum, das über die steirischen Landesgrenzen hinaus für die Betreuung der Sprachbehinderten und für die Aus- und Fortbildung der Sprachheilpädagogen besondere Bedeutung erlangte.

Der Umsicht und Tatkraft von Frau Sonderschuldirektor Oberschulrat Gertraud Pechel, die mit einigen wenigen Sprachheillehrerinnen im Jahre 1952 begann, das Grazer und steirische schulische Sprachheilwesen aufzubauen, ist es zu verdanken, daß die Gründung der Grazer Sprachheilschule im Jahre 1977 möglich wurde.

Heute umfaßt die Schule eine Vorschulklasse, vier Volksschulklassen und eine Vielzahl von Sprachheilkursen, mit denen die Grazer Schulen flächendeckend sprachheilpädagogisch betreut werden.

Hannes Aschenbrenner

Tagungen und Kongresse

Herbsttagung der Landesgruppe Niedersachsen — Vorankündigung

Vom 22. bis 24. Oktober 1987 findet in Osnabrück (Hotel Ibis) eine Arbeits- und Fortbildungstagung statt. Das vorläufige Programm sieht vor, am 22. Oktober ein Kolloquium mit an der Versorgung Sprachbehinderter verantwortlichen Personen durchzuführen; am 23. Oktober werden nach dem Eröffnungsvortrag verschiedene Workshops bzw.

eine Exkursion angeboten, an die sich die Mitgliederversammlung anschließt. Die Veranstaltung endet am 24. Oktober mit einer gemeinsamen Arbeitsgruppe.

Es werden prominente Referentinnen und Referenten erwartet! Weitere Einzelheiten sind der Einladung zu entnehmen, die demnächst allen Landesgruppenmitgliedern zugeht.

7. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Wir machen noch einmal auf den vom 7. bis 10. Oktober 1987 in Linz/Oberösterreich stattfindenden 7. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik aufmerksam.

Das Tagungsthema »Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten« wird von namhaften Wissenschaftlern und Praktikern sowie beispielsweise von Vertretern der Selbsthilfegruppen dargeboten.

Ein umfangreiches Rahmenprogramm führt daneben durch die Altstadt von Linz, nach Kefermarkt, zum Pöstlingsberg und zum Stift St. Florian.

Unsere Leserinnen und Leser werden gebeten, die folgenden organisatorischen Hinweise zu beachten und sich rechtzeitig anzumelden:

Kongreßort: Pädagogische Akademie des Bundes, Kaplanhofstraße 40, A-4020 Linz.

Kongreßbüro und Informationszentrum: Mittwoch, 7. Oktober 1987, ab 19 Uhr, Hotel-Restaurant Pöstlingberg. Donnerstag, 8. Oktober 1987, ab 7.30 Uhr, Freitag, 9. Oktober 1987, ab 7.30 Uhr, Samstag, 10. Oktober 1987, ab 8 Uhr, jeweils am Kongreßort.

Kongreßleitung und Informationsbüro: Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, A-1170 Wien, Kindermannngasse 1, Telefon (0222) 42 03 28 (aus dem Ausland 0043222/42 03 28).

Kongreßbeitrag: Bei Voranmeldung ÖS 700, am Kongreßort ÖS 800, Studenten ÖS 300, Tageskarten ÖS 350.

Kongreßanmeldung: Bis 15. September 1987 bei der Kongreßleitung oder ab 7. Oktober 1987 im Kongreßbüro.

Wirksamkeit der Ermäßigung: Die Ermäßigung bei Voranmeldung wird erst durch das Einlangen des Teilnehmerbetrages bis 15. September 1987 wirksam. Überweisungen bis 15. September 1987: Ausländer ersuchen wir, den Betrag ausschließlich per Postanweisung an die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, A-1170 Wien, Kindermannngasse 1, zu senden.

Die Anmeldung für die Arbeitskreise erfolgt ab 8. Oktober 1987 am Kongreßort.

Kongreßmappen, Teilnehmerausweise erhalten Sie am Kongreßort.

Hotel- und Zimmerreservierung: Bitte nutzen Sie die Angebote des Fremdenverkehrsvereins.

Stiftung Rehabilitation Heidelberg

Am 29. und 30. Oktober 1987 findet in Heidelberg ein Kongreß zum Thema Neue Technologien und Rehabilitation statt. Analysiert werden dabei die Auswirkungen der neuen Technologien auf die medizinische und berufliche Rehabilitation sowie auf Arbeitsmarkt und Beschäftigungsmöglichkeiten Behinderter.

Veranstalter des Kongresses ist die Stiftung Rehabilitation, Heidelberg, in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Anfragen sind zu richten an: Interservice GmbH, Postfach 748, 4600 Dortmund.

Bundesvereinigung Lebenshilfe

Bundesvereinigung Lebenshilfe lädt ein: »Gemeinsam Leben und Lernen« — Fragen und Erfahrungen aus Kindergarten und Schule — am 18. und 19. September 1987 in Gießen.

Anmeldeunterlagen bitte anfordern bei: Bundesvereinigung Lebenshilfe, Postfach 80, Raiffeisenstraße 18, 3550 Marburg 7, Telefon (06421) 40 01-0.

Myofunktionelle Therapie, Theorie und Praxis

Einführungen eintägig jeweils am 19. und 20. Oktober 1987 in Unna. Referent: Prof. D. Garliner (Florida, USA).

Praxis der Myofunktionellen Therapie: 21. Oktober 1987 in Unna. Leitung: S. Heinemann, K. J. Berndsen.

Kursgebühr: 190 DM (eintägig), 300 DM (zweitägig). Teilnehmerzahl ist begrenzt! Meldungen bis zum 30. August 1987.

Weitere Informationen bitte schriftlich anfordern über S. Heinemann, K. J. Berndsen, Hertinger Straße 41, 4750 Unna.

3. Legasthienietagung in Brugg-Windisch, 11./12. Dezember 1987

Für Anfang Dezember dieses Jahres ist die dritte Legasthienietagung, die von unserem Dienst organisiert wird, in Vorbereitung. Sie soll stattfinden in Brugg-Windisch und steht unter dem Arbeitstitel: »Legasthenie — Analphabetismus«. Zu diesem Rahmenthema finden Referate und Workshops statt.

Auskunft: Kantonaler Jugendpsychologischer Dienst, Gönhardweg 48, CH-5000 Aarau, Telefon (064) 21 1995.
F. Hochstrasser

Seminar-Termine der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation

11. bis 13. Oktober 1987: Das Down-Syndrom — medizinische, psychologische, pädagogische und therapeutische Aspekte. Seminarleitung: Dipl.-Psych. Dr. Reglindis Schamberger, München. Seminargebühr: 200 DM.

20. bis 21. November 1987: Kosmische Erziehung in der Schule (Teil 2). Seminarleitung: Claus-Dieter Kaul, Schulleiter der Montessori-Schulen. Annebeate Huber, München. Seminargebühr: 100 DM (einschließlich Materialkosten).

4. bis 5. Dezember 1987: Kosmische Erziehung in der Schule (Teil 3). Seminarleitung: Claus-Dieter Kaul, Schulleiter der Montessori-Schulen. Annebeate Huber, München. Seminargebühr: 100 DM (einschließlich Materialkosten).

Ausführliche Informationen und Anmeldung bei: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V., Lindwurmstraße 131, z.H. Stefan Amandi, 8000 München 2, Telefon (089) 7293-139.

Bewegung und Sprache

Das Institut für Sportwissenschaft und Motologie der Philipps-Universität Marburg veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, dem Aktionskreis Psychomotorik e.V. und der Fronhof-Schule — Schule für Sprachbehinderte — vom 30. September bis zum 2. Oktober 1987 in Marburg das Symposium »Bewegung und Sprache. Aspekte einer Förderung sprachbehinderter Kinder« unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten des Landes Hessen, Dr. Walter Wallmann.

Der Zusammenhang von Wahrnehmung, Bewegung und Sprache ist zunehmend in die Betrachtung der wissenschaftlichen Forschung und der praktischen Förderung sprachbehinderter Kinder gerückt.

Die unterschiedlichen theoretischen Begründungen zu diskutieren, die verschiedenen, meist in der alltäglichen Unterrichtsarbeit entstandenen Förderansätze zu vergleichen sowie Anregungen für die praktische Umsetzung zu geben, ist das Ziel des Symposiums. In Grundsatzreferaten, Arbeitsgruppen und Workshops sollen die vielfältigen Aspekte der Thematik vorgestellt und unterrichtsrelevant bearbeitet werden.

Die Veranstalter hoffen, mit dem Symposium neue Impulse für die Förderung sprachbehinderter Kinder setzen zu können.

Die Anmeldung erfolgt bis zum 31. August 1987 unter Angabe der vollständigen Anschrift und gleichzeitiger Überweisung der Teilnahmegebühr (130 DM, Studenten 100 DM) beim Institut für Sportwissenschaft und Motologie, Kennwort: Symposium, Barfüßerstraße 1, 3550 Marburg. Unter gleicher Adresse ist auch das Programm erhältlich.

Tagung »Kommunikationsmedizin«

In Bad Rappenau werden in der Zeit vom 15. bis 17. April 1988, vom Stimmheilzentrum veranstaltet, die II. Kommunikationsmedizinischen Tage stattfinden. Unter dem Rahmenthema »Aktuelle Probleme der Stimmtherapie« wird über »Psychosomatische Aspekte bei Stimmstörungen« und »Erfahrungen zur spastischen Dysphonie« berichtet werden. Die Hauptreferate beschäftigen sich mit den biologischen Grundlagen und anthropologischen Gesichtspunkten der Stimme. Anmeldungen für Referate mit Themenangabe können bis zum 31. Oktober 1987 erfolgen. Anfragen sind an das Stimmheilzentrum in Bad Rappenau, Postfach 1360, 6927 Bad Rappenau, zu richten, telefonisch zu erreichen unter (07264) 83-250, möglichst nur vormittags.

H. Gundermann

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Wenn ein Kind nicht richtig spricht

Von J. Wulff, 12 Seiten.

Einzelpreis 0,80 DM.

Bei Abnahme von	25	50	100	250	500	Expl.
pro Stück	0,70	0,65	0,60	0,50	0,45	DM

Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes.

Von M. Friedländer, 4 Seiten.

Einzelpreis 0,40 DM.

Bei Abnahme von	25	50	100	250	500	Expl.
pro Stück	0,35	0,30	0,28	0,26	0,24	DM

Unmittelbar zu beziehen vom Verlag

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

Der neugewählte Geschäftsführende Vorstand der dgs stellt sich vor

Im Februar 1987 wurde von der außerordentlichen Delegiertenversammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Frankfurt ein neuer Geschäftsführender Vorstand gewählt. Ein Bericht über diese Veranstaltung, die Wahlen und eine inhaltliche Darstellung der geplanten Vorstandsaktivitäten wurde bereits in Heft 2/1987 der Sprachheilarbeit gegeben. Nun soll eine kurze Vorstellung zur Person der einzelnen Vorstandsmitglieder erfolgen, damit alle Mitglieder die Möglichkeit haben, die »Neuen« an der Spitze unseres Fachverbandes kennenzulernen.



Der Geschäftsführende Vorstand:
v.l. W. Scheuermann, W. Doub, B. Grziwotz-Lüdke,
Th. Borbonus, K. Bielfeld

1. Vorsitzender

Herr Bielfeld ist Schulleiter an der Schilling-Schule in Berlin-Neukölln. Es handelt sich um eine Ganztagschule für Sprachbehinderte und für Körperbehinderte.

Nach dem Lehrerstudium an der Pädagogischen Hochschule Hannover trat er 1962 in den Schuldienst des Landes Berlin ein. Im Anschluß an die zweite Lehrprüfung wechselte er auf eigenen Wunsch von der Grundschule an die Sprachheilschule Neukölln.

1970 wurde er Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Nach einem zweijährigen Ergänzungsstudium an der Freien Universität Berlin erwarb er die Qualifikation für das Lehramt an Sonderschulen (Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik). Im gleichen Jahr übernahm er im Vorstand der dgs-Landesgruppe die Position des Geschäftsführers.

1975 legte er die Diplomprüfung mit dem Studienschwerpunkt Sonderpädagogik ab. Gleichzeitig übernahm er die Aufgabe eines Referenten für Sprachbehindertenpädagogik im Verband Deutscher Sonderschulen. Diese Funktion hatte er zwölf Jahre inne. Sein Bemühen galt stets der engen Zusammenarbeit beider Fachverbände in inhaltlichen Fragen.

Seit 1978 ist Herr Bielfeld Mitglied des Hauptvorstandes der dgs, zunächst als Referent für Berufsfragen und seit 1983 als Vorsitzender der Landesgruppe Berlin. Er gehörte 1980 zu den Gründungsmitgliedern des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen.

2. Vorsitzender

Herr Borbonus wurde 1975 Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik.

1977 wurde er zum 2. Vorsitzenden der Landesgruppe Rheinland gewählt, 1985 übernahm er den Vorsitz in der Landesgruppe. Herr Borbonus war verantwortlicher Leiter des Kongresses 1986 in Düsseldorf. Er war 1980 Gründungsmitglied des Ausschusses für Berufsfragen.

Seit 1970 ist er Sprachheillehrer. 1977 begann er als Schulleiter mit dem Aufbau der Schule für Sprachbehinderte in Wuppertal. Seit 1986 ist er Sprachheilbeauftragter der Stadt Wuppertal.

Geschäftsführer

Herr Doub ist stellvertretender Schulleiter an der Schilling-Schule für Sprachbehinderte und für Körperbehinderte in Berlin-Neukölln.

Er begann seine »Lehrerlaufbahn« nach dem Studium an der Pädagogischen Hochschule in Saarbrücken (1970—1973) an einer Schule für Lernbehinderte in Neukölln. Von 1977 bis 1981 studierte er im Rahmen des zweijährigen Ergänzungsstudiums die Fächer Sprach- und Lernbehindertenpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Berlin. Nach dem Studium wechselte er 1982 an die

Sprachheilschule. Seit November 1985 nimmt er die Funktion des stellvertretenden Schulleiters wahr. 1984 und 1986 war er Delegierter der dgs-Landesgruppe Berlin.

Auf der außerordentlichen Delegiertenversammlung der dgs in Frankfurt wurde er als Geschäftsführer gewählt.

Rechnungsführer

Herr Scheuermann ist Leiter der Sprachtherapie im Spezialkrankenhaus Lindenbrunn in Coppenbrügge, Kreis Hameln-Pyrmont.

Nach der ersten Lehrprüfung, die er an der Pädagogischen Hochschule Lüneburg ablegte, trat er 1963 in den Schuldienst in Niedersachsen ein. 1965 legte er die zweite Lehrprüfung ab.

1967 erfolgte die Versetzung an die Niedersächsische Taubstummenanstalt in Hildesheim. Von 1968 bis 1970 absolvierte er das Fachstudium in Hamburg in den Schwerpunkten Sprachbehinderten-, Schwerhörigen- und Gehörlosenpädagogik. Als Taubstummenoberlehrer (1970/71), als Studienrat (1971/76) und Oberstudienrat arbeitete er bis 1977 an der Niedersächsischen Landesgehörlosenschule in Hildesheim. Dann schied er auf eigenen Wunsch aus dem Schuldienst aus, um im Spezialkrankenhaus Lindenbrunn in Coppen-

brügge eine Abteilung für Sprachtherapie aufzubauen.

Aktivitäten in der dgs: Mitglied seit 1970. 1975 wurde er in den Vorstand der Landesgruppe Niedersachsen als Rechnungsführer gewählt. 1977 erfolgte die Wahl zum 2. Vorsitzenden und Referenten für Kassenangelegenheiten. 1985 übernahm er das Amt des 1. Vorsitzenden der Landesgruppe Niedersachsen. Er ist Gründungsmitglied des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen.

1984 wurde er als Geschäftsführer in den Geschäftsführenden Vorstand gewählt und übernahm bereits im März 1985 zusätzlich kommissarisch das Amt des Rechnungsführers.

Schriftführerin

Nach dem Studium der Sondererziehung und Rehabilitation an der Universität Dortmund absolvierte Beate Grziwotz-Lüdke 1984 ihren Abschluß als Diplom-Pädagogin. Erste berufliche Erfahrungen konnte sie in der Ambulanz der Stadt Hamm sammeln. Im November 1985 wechselte sie dann als freie Mitarbeiterin zum Institut für Stimm- und Sprachtherapie in Hamm.

In der dgs möchte sie sich u. a. für die Situation der außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen engagieren.

Die Redaktion

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Ein Schwerpunkt der Landesgruppe Baden-Württemberg lag wieder in der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen. Dabei ist die »Limpacher Tagung«, die 2 1/2 Tage dauert, inzwischen Tradition geworden. Über 80 Teilnehmer kamen zur diesjährigen Frühjahrstagung. Dies zeigt, daß das Thema »Stottern« wieder stark in den Brennpunkt des Interesses gerückt ist. Intensive Arbeit, eine Fahrt zum Bodensee, natürlich mit Einkehr und vielerlei Gesprächen, wechseln sich ab und machen diese Tagung immer wieder anziehend für unsere Mitglieder.

Die Fortbildungsveranstaltung stand unter dem Thema: »Neuropsychologische Grundlagen des Stotterns«. Die Kollegen Lukassen und Herziger verfaßten dazu folgende Zusammenfassung:

Den Schwerpunkt bildete ein Referat von Herrn Dipl.-Psych. J. Graichen von der Universität Tübingen. Die wesentlichen Aussagen sind nachzulesen in der Zeitschrift »Sprache Stimme Gehör« (1985, S. 34—40) in dem Aufsatz »Organismische Fehlregulationen als direkte Ursachen von Redeflußtö-

rungen (Stottern) in neuropsychologischer Differentialdiagnostik«.

Die in jahrelanger wissenschaftlicher Arbeit entwickelten Grundgedanken faßt Graichen dort (S. 34) folgendermaßen zusammen:

»In einer neuropsychologischen Differentialdiagnostik lassen sich unter Ausklammerung der linguistischen Semantik und sprachlicher Kommunikation allein mit Regelprogrammen der Oralmotorik und der Artikulation von sinnlosen Silben drei Bereiche von hirnorganischen Fehlregulationen einkreisen, die Redeflußtörungen verursachen: 1. dysarthrisch-biokybernetische Schwächen; 2. dysphatisch-sequentielle Gedächtnis- und Antriebschwächen und 3. Störungen der Gedankenprogrammierung. Diese drei Störungsbereiche treten voneinander unabhängig auf, können sich aber im einzelnen Individuum auch überlappen. Einzelne der dysarthrischen und ebenso der sequentiell-mnestischen Schwächen sind in höchstem Maße stotterspezifisch und bleiben auch im Laufe der Entwicklung bis ins Erwachsenenalter nachweisbar,

selbst wenn eine Kompensation in sprachlicher Kommunikation mehr oder weniger gut gelingt. Störungen der Gedankenprogrammierung hingegen haben als Unreifezeichen im kleinkindlichen und Vorschulalter eine günstigere Prognose, wenn sie für sich allein auftreten. Stottern wird damit als somatopsychisches Leiden angesehen.»

Anhand von Videoaufnahmen wurde auf eindrucksvolle Weise gezeigt, wie mit Hilfe bestimmter artikulatorischer Regelprogramme die dabei auftretenden Störungen bestimmten hirnrorganischen Bereichen zugeordnet werden können.

Graichen leitet daraus eine Untersuchungsmethode ab, die mit Hilfe von Videoaufzeichnungen »mit einiger Sachkenntnis ohne weiteren Aufwand überall durchgeführt werden« kann.

Aus den Untersuchungsergebnissen ergab sich für Graichen die Forderung nach einer komplexen Therapie, die alle möglicherweise gestörten Ebenen berücksichtigt. Es geht darum, ein komplexes Sprachsystem aufzubauen und zu stabilisieren, damit elementare Störungsbilder nicht durchschlagen können, obwohl sie als »Stolperfallen« erhalten bleiben. Die Grundelemente sind dabei die Sprechgeschwindigkeit, die Tonhöhe und die Lautstärke. Dazu spielen die Gedankenordnung und das Arbeitsgedächtnis eine wesentliche Rolle. Die gesamte Therapie sollte die Kommunikationsebene und die Lebendigkeit der Sprache berücksichtigen. Alle genannten Faktoren sollten in einer komplexen Übungsbehandlung ihren Niederschlag finden.

Ein Beispiel für eine mögliche Umsetzung dieser Forderungen in eine effektive Stotterertherapie wurde ebenfalls vorgestellt. Auf der Basis des »Modells Wentorf« von Uwe Pape (vgl. »Sprachheilarbeit« 1986, S. 93—100) werden am Sprachheilzentrum Ravensburg seit fünf Jahren Stotterer-Intensivkurse durchgeführt, die diese geforderte komplexe Übungsbehandlung in der Therapie schwer stotternder Kinder und Jugendlicher praktizieren. Die Sprachheilpädagogen U. Lukassen und F. Herziger demonstrierten anhand von Video-Beispielen und praktischen Übungen unter Einbeziehung von Teilnehmern des laufenden Stotterer-Intensivkurses, welche Elemente diese besondere Form der Stotterer-Therapie beinhaltet und wie sie an einer Internatsschule für Sprachbehinderte durchgeführt werden kann.

Die Resonanz der Teilnehmer zeigte deutlich die Probleme einer normalen, in den lehrplanorientierten Alltag der Sprachheilschulen integrierten Stotterer-Therapie und den Bedarf an weiteren Möglichkeiten einer komplexen Intensivtherapie für Stotterer.

Daß die Ergebnisse langjähriger wissenschaftlicher Diagnostik sich mit einer unabhängig davon ent-

standenen, über viele Jahre mit weit über das übliche Maß hinaus erfolgreichen, aus der Praxis heraus entstandenen Stotterer-Therapie weitestgehend decken, war wohl das Interessanteste an dieser dreitägigen Fortbildungstagung des Landesverbandes.

Für den Herbst dieses Jahres wird eine Tagung für Erzieher und Sprachheillehrer an Sonderschulkindergärten für Sprachbehinderte vorbereitet. Auch diese Tagung wird sich in Referaten und beim Erfahrungsaustausch mit dem Thema »Stottern« befassen.

Für die Landesgruppe
Peter Grziwotz-Buck

Bremen

Die inhaltliche Arbeit in der Landesgruppe Bremen wurde vor allem durch die Integrationsdebatte und deren bremische Besonderheiten bestimmt.

Zunächst erfolgte eine grundsätzliche Bestimmung der Rolle der Sprachbehindertenpädagogik in der Integration (vgl. Homburg, Die Sprachheilarbeit 4/86). Der Kerngedanke: Das Sprachheilwesen muß Rehabilitation leisten, es darf sich mit Integration nicht zufriedengeben!

Nun soll die Umsetzung dieser Vorstellungen in die Schulpolitik und in die Gestaltung des bremischen Schul- und Sonderschulwesens erfolgen. In Gesprächen mit Bildungspolitikern zeigte sich ein hohes Maß an Übereinstimmung mit den Vorstellungen des Verbandes. Nach dem Willen der Mehrheitsfraktion der Bürgerschaft werden die Spezialsonderschulen erhalten bleiben, während die Schulen für Lernbehinderte den allgemeinen Schulen zugeordnet werden. Eine allgemeine und zwangsweise Integration wird auch für die fernere Zukunft nicht angestrebt, es soll aber der Grundsatz der freien Schulwahl ein stärkeres Gewicht bekommen. Mehr Wettbewerb — recht so! Verdankt doch die Sprachheilschule ihren Erfolg nicht zuletzt ihrem Status als Angebotsschule. Die Landesgruppe Bremen wird aber darauf achten, daß das bestehende Sprachheilwesen in dem Wettbewerb mit Integrationsmodellen nicht benachteiligt wird. Was Kindern in den privilegiert ausgestatteten Integrationsmodellen an Personal- und Sachmitteln zugebilligt wird, muß auch für Kinder bereitstehen, die die traditionellen sprachheilpädagogischen Fördereinrichtungen besuchen, welche bisher so erfolgreiche Rehabilitationsarbeit geleistet haben.

Als Folge der Finanzkrise des Landes Bremen besteht seit langem ein Einstellungsstopp im öffentlichen Dienst, der auch für Lehrer gilt. Dieser und das altersbedingte Ausscheiden von Kollegen haben zu einem drastischen Lehrermangel in den

bremischen Sonderschulen geführt, wogegen in der Sekundarstufe I ein gewisser Lehrerüberhang besteht. Aus diesem Grunde wurde mit Beginn des Sommersemesters 1986 das Aufbaustudium mit teilweiser Beurlaubung wieder eingeführt. Es wurde eine Studienordnung entwickelt, deren Besonderheit darin besteht, daß Studium und Referendariat integriert sind. Die Studien an der Universität werden durch Seminare und durch eine schulpraktische Ausbildung ergänzt, die von Kollegen des Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis durchgeführt werden. Auch in der Prüfungskommission sind je ein Vertreter der Universität und des Wissenschaftlichen Instituts für Schulpraxis vertreten.

Weil für Absolventen des Lehramtsstudiums nur geringe Einstellungschancen bestehen, wurde ebenfalls mit Beginn des Sommersemesters 1986 der Diplomstudiengang Behindertenpädagogik eingerichtet, indem bestehende Lehramtsstudienplätze in solche für den Abschluß Diplom im Verhältnis 2:1 umgewandelt wurden.

Gegenwärtig steht die Landesgruppe Bremen in Verhandlungen mit dem Ortsverband der Krankenkassen über eine Rahmenvereinbarung über die Durchführung der Sprachheilbehandlung. Die Landesgruppe hat ihre Haltung in dieser Frage geändert. Hielt sie früher eine von ihr erstellte Behandlerliste für ausreichend, sieht sie nun angesichts einer größer werdenden Zahl freier Praxen die Notwendigkeit, den Bereich der ambulanten Sprachtherapie durch vertragliche Abmachungen zu regeln.

Für die Landesgruppe
Gerhard Homburg

Niedersachsen

Situationsbeschreibung und Tendenzen

Es ist ein wohl schwieriges Unterfangen, sämtliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die eine Beschreibung des Status quo einer so großen Landesgruppe verlangen könnte; daher soll exemplarisch durch drei Bereiche aufgezeigt werden, welchen Aufgaben und Problemen sich die Landesgruppe zu stellen hat: Ambulante Sprachheilbehandlung, Aus- bzw. Fortbildung und sprachtherapeutische Versorgung durch das Fachberater-system in Niedersachsen.

Die jeweiligen Ausführungen spiegeln die Auffassung des Landesvorstands wider und verstehen sich u. a. als Bestandsaufnahme von fast zwei Jahren konstruktiver Vorstandsarbeit.

1. Ambulante Sprachheilbehandlung

Nachdem am 12. November 1986 eine neue Rahmenvereinbarung über die Durchführung ambu-

lanter Sprachtherapie von den beteiligten Vertragspartnern unterzeichnet worden war, ist die ambulante Sprachheilbehandlung in Niedersachsen wieder vertraglich geregelt.

Die dgs, Landesgruppe Niedersachsen, bleibt weiterhin Vertragspartner, die über sie zugelassenen Behandler müssen die gleichen Voraussetzungen persönlicher und sächlicher Art erfüllen wie die Behandler der anderen Berufsgruppen.

Der Landesausschuß des vdak ist als Vertragspartner ausgeschieden, da der Bundesausschuß des vdak sich vertraglich an den ZVL gebunden hat. Diese Regelung ist auch für den Landesausschuß zwingend.

Die Rahmenvereinbarung legt dem Vorstand der Landesgruppe jetzt die Gewährleistungspflicht gegenüber den Landesverbänden der Kostenträger auf für die Erfüllung der Voraussetzungen durch die Behandler. Somit waren insgesamt 392 Behandler (Stand Mai 1987) auf Erfüllung der Richtlinien für die Praxen zu überprüfen. Das Verfahren ist nahezu abgeschlossen. Diese Vielzahl von Praxisabnahmen, an denen Vertreter der Kostenträger teilnahmeberechtigt waren, war nur möglich durch das Engagement vieler Mitglieder, die ehrenamtlich im Auftrage des Vorstandes vor Ort die Praxen überprüften. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Den Praxisabnahmen vorgeschaltet waren zehn Regionalversammlungen, zu denen der Vorstand die Behandler eingeladen hatte und auf denen ausführlich über die neue Vertragslage diskutiert wurde.

Interessant sind die folgenden Zahlen im Vergleich:

Anzahl der Sprachheilpraxen (nach Verbänden):

66 Praxen dgs
52 Praxen ZVL
34 Praxen Berufsverband d. Sprachtherapeuten
23 Praxen Lehrervereinigung
Schlaffhorst-Andersen

Nebenberuflich sind 326 Behandler (dgs) tätig. (Alle Zahlen Stand 24. März 1987.)

Es ist deutlich, daß die dgs nach wie vor der Verband ist, auf dessen Schultern die flächendeckende Versorgung mit ambulanter Sprachheilbehandlung ruht. Fraglich scheint, daß der vdak die Versorgung seiner Versicherten ausschließlich über die logopädischen Praxen sicherstellen kann.

Die Landesgruppe versteht sich aber nicht in erster Linie als *Berufsverband*, der sein Vorgehen ausschließlich an der berufsständischen Interessenvertretung ausrichtet, sondern vielmehr als

Fachverband im Interesse sprachbehinderter Menschen. Darüber hinaus verfolgt die Landesgruppe das Anliegen, präventive Sprachheilarbeit im Interesse der Gesamtbevölkerung zu betreiben, was auch enge Zusammenarbeit mit allen an der Sprachheilarbeit beteiligten Berufsgruppen beinhaltet.

2. Aus- und Fortbildung

Die einzige Möglichkeit, Sprachbehindertenpädagogik in Niedersachsen zu studieren, besteht an der Universität Hannover. Das Interesse an diesem Fach — sei es für das Lehramt an Sonderschulen oder für Diplom-Pädagogik — ist gleichbleibend hoch, obwohl sich die Studienbedingungen fortlaufend verschlechtern haben. Der Lehrstuhl ist seit über zwei Jahren vakant, und einer Studentenzahl von ca. 500 (!) stehen drei hauptberufliche Lehrende und einige Lehrbeauftragte gegenüber. Veranstaltungen mit 100 Teilnehmern sind keine Ausnahme, ein praxisnahes Studium ist unter diesen Bedingungen ein kaum zu leistendes Unterfangen. Des Weiteren ist eine unzureichende Zahl an Praktikumsplätzen zu verzeichnen, die ideellen und materiellen Bedingungen für Mentoren sind teilweise unzumutbar. Wenn dennoch in überwiegender Zahl sachkundige und engagierte Absolventen die Hochschule verlassen, so ist das in vermehrtem Maße der großen Einsatzbereitschaft aller an der Ausbildung Beteiligten und nicht zuletzt den am Fach Sprachbehindertenpädagogik interessierten Studierenden zuzuschreiben.

Die spürbare Motivation — trotz nicht gerade rosiger Berufsaussichten — darf jedoch auf Dauer nicht der einzige Eckpfeiler für einen Studienerfolg werden. Die Politiker sollten sich ihrer Verantwortung bewußt werden, die sie für die Universitäten und die dort studierenden Lehramtskandidaten bzw. deren zukünftig anvertraute (sprachbehinderte) Schüler übernommen haben.

Der Stellenwert bzw. die Notwendigkeit von Fortbildungen für bereits in der Praxis stehende Sprachbehindertenpädagogen ergibt sich nicht zuletzt unter anderem auch aus der Ausbildungssituation. Glücklicherweise waren die Studienbedingungen nicht immer so desolat wie gegenwärtig, doch eine sich stetig weiterentwickelnde Wissenschaft hat Ergebnisse zutage gefördert, die es in sprachpädagogische Praxis umzusetzen gilt. Interdisziplinäre Forschung und eine sich daraus ergebende fast unüberschaubare Menge an Literatur machen es erforderlich, Theoretiker und Praktiker — dies ist nicht als Gegensatz zu verstehen — zusammenzubringen, um durch gemeinsame Arbeit Innovationen in der Diagnose und Therapie

von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen transparent zu machen und sie auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen.

Beleuchtet man einmal die Fortbildungssituation der letzten Jahre, so hat sich die dgs als Fachverband zum Teil sehr bedeckt gehalten und das Feld oft anderen Organisationen und Verbänden überlassen. Es stünde der dgs sicherlich gut an, verstärkt — durch ihre Landesgruppen — die Initiative zu ergreifen und als Veranstalter derartiger Maßnahmen die Position auszufüllen, die ihr zukommt. Fortbildung darf nicht auf den Rang einer Dienstleistung reduziert werden; sie trägt bei zur Erweiterung des »kostbarsten Gutes«, das ein Verband, gleich welcher Art, besitzt: qualifizierte, kompetente Mitglieder. Wenn sich diese Kompetenz in einem angemessenen beruflichen Selbstwertgefühl ausdrückt, so hat Fortbildung sicher auch berufspolitische Konsequenzen.

Die Landesgruppe Niedersachsen hat den Versuch gemacht, diese Gedanken in die Tat umzusetzen. Seit Anfang 1986 wurden Veranstaltungen zu folgenden Themenkreisen angeboten: Stottern, Aphasie, Dysarthrie, Myofunktionelle Therapie, psychomotorisch orientierte Sprachförderung. Diese Maßnahmen fanden als Tages- bzw. Wochenendseminar statt und wurden zumeist in einer Erwachsenenbildungsstätte abgehalten. Als Referenten konnten Kolleginnen und Kollegen gewonnen werden, die in der täglichen Arbeit mit Sprachbehinderten stehen und ihre Erfahrungen auf einem theoretischen Hintergrund reflektierten. Über die Fortbildungen wurden in einem Rundbrief alle Mitglieder informiert, die Zahl der Anmeldungen überschritt bei weitem die organisatorischen Möglichkeiten. Nicht zuletzt ist auf eine maßvolle Teilnehmergebühr zu verweisen, die die Kasse der Landesgruppe durch eine geringfügige Zuschussung ermöglichte. Schließlich ist noch die gern genutzte Möglichkeit zum kollegialen Austausch und zum Kennenlernen zu erwähnen, die sich durch Fortbildungsmaßnahmen eröffnete.

Die Landesgruppe Niedersachsen fühlt sich durch die große Nachfrage bzw. das positive Echo ihrer Mitglieder bestärkt, die Bemühungen um ein Fortbildungsprogramm zu forcieren.

Inhaltlich seien nur die Bereiche Stimmstörungen, Diagnostik oder Integration genannt; die einzigen Grenzen dieser Arbeit sollten ausschließlich in der Ehrenamtlichkeit (und den sich daraus ergebenden zeitlichen Einschränkungen) des Fortbildungsreferenten bestehen. Es wäre zu wünschen, wenn die Idee — z. B. ein Fortbildungsreferat einzurichten — auch auf Bundesebene auf offene Ohren treffen würde.

3. Sprachtherapeutische Versorgung durch das Fachberatersystem

Nach § 126 BSHG haben die Gesundheitsämter die Aufgabe, Sprechtage für Behinderte durchzuführen. Diese Aufgabe erfüllen in Niedersachsen für die Hör- und Sprachbehinderten die Fachberater in Zusammenarbeit mit Ärzten des Gesundheitsamtes. Der zuständige Amtsarzt nimmt zu den Berichten und Empfehlungen des Fachberaters Stellung. In dem Runderlaß des Niedersächsischen Sozialministers vom 10. November 1982 wird die dem Landessozialamt als überörtlichem Träger übertragene Aufgabe der Beratung in der Sprachheilhilfe im Rahmen des Landesärztlichen Dienstes von Fachberatern für Hör- und Sprachgeschädigte wahrgenommen. Die Fachberater sind dem Landesarzt für Behinderte im Landessozialamt zugeordnet und üben ihre Tätigkeit als seine Mitarbeiter aus (§ 126 a BSHG).

Die Fachberater üben ihre Beratungstätigkeit aus:

- durch Abhaltung von Sprechtagen an den Gesundheitsämtern,
- durch Begutachtung Hör- und Sprachbehinderter in teilstationären und stationären Einrichtungen.

In diesem Rahmen übt der Fachberater für Hör- und Sprachbehinderte seine Beratungstätigkeit in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken, Ärzten des öffentlichen Gesundheitsamtes sowie durch eine Zusammenarbeit mit Erziehungsberatungsstellen, Therapieeinrichtungen und Therapeuten aus. Der Fachberater erfüllt damit eine den Gesundheitsämtern gesetzlich aufgetragene Aufgabe. Gestützt auf medizinische Befunde beurteilt er die Symptome der Sprachstörung, deren verursachende Zusammenhänge und Beziehungen zu anderen Entwicklungsbereichen einschließlich der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Umfeldes. Er empfiehlt in seinem Bericht das pädagogisch Machbare und Notwendige. Die vom Fachberater zu empfehlenden und danach ärztlich verordneten Maßnahmen sind nicht immer Sprachtherapie, sondern auch andere Maßnahmen, wie z. B. Früherziehung, Wahrnehmungstraining, Spieltherapie, psychologische Behandlung.

Der Fachberater ermöglicht eine Kooperation der verschiedenen in der Sprachtherapie tätigen Berufsgruppen. Einem großen Teil der Sprachgestörten kann durch eine ambulante Therapie geholfen werden. Für die schwer sprachgestörten Vorschulkinder stehen in Niedersachsen in fast allen Landkreisen und Städten Sprachheilkindergärten zur Verfügung. Kann eine Sprachstörung hier nicht ausreichend abgebaut werden, kann das Kind eine Sprachheilschule bzw. Sprachheilklasse be-

suchen. Als ergänzende Einrichtung für die Sprachheilschule sind in Niedersachsen vier staatliche Sprachheileinrichtungen vorhanden. Dort werden zeitlich befristet schwer sprachgestörte Kinder und Jugendliche in einer komplexen Intensivtherapie behandelt. Für die Einweisung in teilstationäre oder stationäre Einrichtungen ist der Fachberater zuständig. Für die Landesgruppe Uwe Förster

Rheinland

1. Schule für Sprachbehinderte

1.1. Die Zahl der Schüler an den Schulen für Sprachbehinderte in NRW nimmt weiter zu: 1986/87 Zunahme um 12,1 Prozent.

Schülerzahlen in NRW

1984/85	1985/86	1986/87
4372	4743	5319

In Essen ist bei einer Schule im Sekundarbereich I die Neugründung erfolgt.

1.2. Im Regierungsbezirk Düsseldorf sind an allen Schulen für Sprachbehinderte Planstellen unbesetzt. Auch die vorgesehene Neueinrichtung zum 1. August 1987 von 200 Planstellen zu drei Vierteln werden nicht ausreichen, das Defizit auszugleichen. Tatsächlicher Unterrichtsausfall von 15,1 Prozent in NRW.

Erforderliche Neueinstellungen: Regierungsbezirk Köln 16 Stellen, Regierungsbezirk Düsseldorf 19,8 Stellen.

1.3. Der Regierungsbezirk Düsseldorf hat auf »restriktive Verfahrensweisen« bei der Aufnahme von Schülern in die Schule für Sprachbehinderte hingewiesen.

2. Integration:

Schulen und Sprachheilkindergarten

2.1. Vermehrt wird in NRW der gemeinsame Schulbesuch behinderter und nichtbehinderter Schüler diskutiert. Hierzu gibt es einen Erlaubt-wurf, jetzt in der 4. Fassung. Aufgrund vieler Widerstände erfolgt die Herausgabe nicht wie vorgesehen zum 1. August 1987.

2.2. Der Landschaftsverband Rheinland unterstützt die Einrichtung von Sprachheilkindergärten. Er unterstützt vornehmlich »integrative Formen«. Zur Kostenabwicklung werden zur Zeit die durch die Sprachtherapie entstandenen Kosten im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG noch voll übernommen. Ziel des Landschaftsverbandes ist es, eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen zu erreichen.

3. dgs — *Verbandliches*

3.1. Mit der termingerechten Versendung des Kongreßberichtes ist der Kongreß Düsseldorf formal beendet.

3.2. Auf einer gemeinsamen Veranstaltung der dgs und des VDS trafen sich die Leiter der Schulen für Sprachbehinderte.

3.3. Eine Fragebogenaktion zum Namen der Schule fand ein außerordentlich großes Echo. Nur vereinzelte Stellungnahmen wünschten nicht den Namen Sprachheilschule. Der Vorstand sieht nur eine Änderungsmöglichkeit über die Forderung der Eltern.

3.4. Eine Ganztagung in Verbindung mit dem Demosthenes-Institut (Solingen) zum Thema »Die Legato-Methode in der Stotterbehandlung« war sehr gut besucht und fand große Zustimmung.

Für die Landesgruppe
Heribert Gathen

Schleswig-Holstein

Neben den bestehenden neun Sprachheilgrundschulen und der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf wurden seit 1981 23 Sprachheilgrundschulklassen eingerichtet, die organisatorisch mit einer Sonderschule verbunden sind. Damit gibt es in allen Kreisen Schleswig-Holsteins neben den Sprachheilambulatorien ein oder zwei Standorte für die schulische Betreuung sprachbehinderter Kinder. Nach höchstens zwei

Jahren soll eine Eingliederung in die Regelschule oder eine Umschulung in eine Sprachheilgrundschule oder in eine entsprechende Sonderschule erfolgen.

Vorschulische Maßnahmen sind ambulant oder in Sprachheilvorklassen (26) möglich. In den ca. 120 Sprachheilambulatorien wird die Arbeit zunehmend in die pädagogische Frühförderung verlagert. Konzepte oder Richtlinien dafür liegen nicht vor.

Über das 4. Schuljahr hinaus gibt es außer den Rehabilitationskursen für Stotterer und Polterer in der Internatsschule Wentorf keine ausreichende Betreuung.

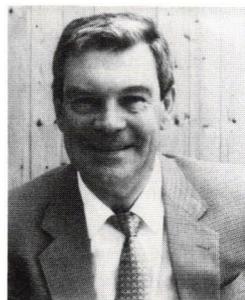
Sonderschullehrer mit der Fachrichtung Sprachheilpädagogik werden zur Zeit noch am Institut für Heilpädagogik der Pädagogischen Hochschule Kiel ausgebildet. Wegen der Stellenstreichungen an der Hochschule ist jedoch ungewiß, ob die Fachrichtung weiter angeboten werden kann.

Den Vorbereitungsdienst leisteten im Ausbildungsjahr 1986/87 40 Lehramtsanwärter der Fachrichtung »S«. Mit höchstens einer Dreiviertelstelle (21 Stunden) erhielten bisher alle Bewerber der Fachrichtung einen Vertrag.

Die Mitgliederzahl in der Landesgruppe beträgt jetzt über 200. Die Fortbildungsveranstaltungen waren erfreulich gut besucht.

Für die Landesgruppe
Ingeburg Steffen

Würdigung



Heinz Cremer geht in Pension

Heinz Cremer, Direktor der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf bei Hamburg, wurde am 11. Juni 1987 in den Ruhestand verabschiedet. Sein 40jähriges Dienstjubiläum hatte er bereits einige Jahre zuvor feiern können.

In einer dem Wentorfer Rahmen angemessenen Feierstunde wurden sein Engagement und seine Beharrlichkeit bei dem Aufbau der Internatsschule gewürdigt. Ministerialrat Jacobsen vom Kultusministerium gab einen Abriss seiner Laufbahn als Volks- und Hilfsschullehrer, Leiter der Schule für Lernbehinderte in Neustadt/Holstein und seit 1970 Direktor der Internatsschule in Wentorf. Der Ausbau dieser in Schleswig-Holstein einmaligen Einrichtung ist weitgehend seinem Einsatz zu verdanken. Dabei hat er es immer wieder verstanden, Mitarbeiter für die vielfältigen Aufgaben zu motivieren. Ministerialrat Görner vom Sozialministerium als Schulträger bestätigte sein beharrliches Eintreten für das Internat, wenn es darum ging, Schule, Wohnhäuser und Park in einen besseren Zustand zu versetzen.

Heinz Cremer öffnete die Schule für Praktikanten, Lehramtsanwärter und Fortbildungswillige aus dem ganzen Bundesgebiet.

Der dgs trat er 1958 als Gründungsmitglied der Landesgruppe Schleswig-Holstein bei. Von 1976 bis 1982 war er Landesvorsitzender.

Mit fröhlichen Tänzen, Liedern und Gedichten wurde Heinz Cremer von Schülern, Erziehern und Lehrern geehrt. Zum Abschluß durfte er noch in die Luft gehen, um sich »sein Reich« einmal von oben anzusehen. Das Kalte Büfett mit den Gästen und am Abend die Feier mit dem Kollegium wird ihm den Abschied sicher nicht leichter gemacht haben. Da an diesem Tage aber auch sein langjähriger Mitarbeiter und Stellvertreter Harald Schmalfeldt zu seinem Nachfolger gewählt wurde, weiß er, in welche Hände er die Internatsschule übergibt.

Die Landesgruppe Schleswig-Holstein wünscht Heinz Cremer Gesundheit und Wohlergehen und für seine künftigen Vorhaben Tatkraft und Freude.

Ingeburg Steffen

Eva Bernoulli erhielt Ehrendoktorwürde

Seit etwa fünfzig Jahren befaßt sich Frau Dr. Bernoulli, Basel, mit der heilpädagogischen Behandlung von Kommunikationsstörungen, erst aus Berufung heraus autodidaktisch, später ließ sie sich dann in dieser Richtung ausbilden.

1932 gründete sie in Basel eine Praxis für Sprech-erziehung und Vortragskunst, und bald sammelte sie auch vielfältige Erfahrungen mit stimm- und sprachbehinderten Kindern.

Der Höhepunkt ihrer Tätigkeit aber ist noch heute die Anbindung der Speiseröhrenstimme bei Kehlkopfflosen.

Die mit größtem Engagement betriebene Hilfe an Behinderten anerkannte jetzt die Universität Basel mit der Verleihung der Ehrendoktorwürde.

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und die Redaktion dieser Zeitschrift gratulieren recht herzlich.

Arno Schulze

Gustav Orth ist tot!

Am 28. Juni 1987 verstarb das Ehrenmitglied der LG Bayern, SoR a. D. Gustav Orth. Nach kurzer, schwerer Krankheit verschied Herr Orth an seinem Alterssitz in Bad Wörishofen. Gustav Orth wurde 73 Jahre alt. Sein Lebenswerk war die Förderung der Sprachheilpädagogik, wo immer es möglich war. Als einer der Nachfolger des Vorkämpfers für das Sprachheilwesen in Bayern, Karl Heil, über-

nahm er 1961 die Leitung der ersten Sprachheilschule in Bayern zu Nürnberg. Mit großem persönlichen Einsatz organisierte er Fortbildungsveranstaltungen mit namhaften Referenten. Er verstand es ausgezeichnet, den Ruf der Schule zu fördern und zunehmend junge Kollegen für die Arbeit am sprachbehinderten Kind zu begeistern. Durch die Einführung von schulvorbereitenden Einrichtungen gelang ihm die systematische, erfolgreiche Betreuung sprachbehinderter Kinder im Vorschulalter.

Höhepunkt seiner intensiven Bemühungen war die XII. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) im Herbst 1976 in Nürnberg. Unter dem Thema »Störungen der Sprachentwicklung« wurde erstmals im Rahmen derartiger Veranstaltungen eine Teilnehmerzahl von mehr als 1000 gezählt. Der Erfolg der Tagung ist bis heute für viele Teilnehmer unübertroffen.

Nach seiner Pensionierung zog sich Gustav Orth in den wohlverdienten Ruhestand zurück. Obwohl immer wieder von gesundheitlichen Leiden beeinträchtigt, nahm er weiter regen Anteil am Fortgehen des Sprachheilgeschehens in Bayern, arbeitete an Programmen für Lese-Rechtschreib-Schwache und organisierte Förderkurse im Umkreis seines neuen Wohnsitzes.

Wer das Glück hatte, Herrn Orth begegnen zu dürfen, war von der starken Persönlichkeit, seiner Kunst der sprachlichen Formulierung und seinem nimmermüden Einsatz für richtig erkanntes Handeln beeindruckt. Wir verdanken ihm viel fachliche Bereicherung und kollegiale Förderung. Der Tod von Gustav Orth ist für das Sprachheilwesen besonders in Bayern ein herber Verlust. Er wird uns allen sehr fehlen!

Klaus Thierbach

Hat sich Ihre Anschrift
geändert?

Mitglieder der dgs:

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

Ernst J. Kiphard: Motopädagogik. Reihe: Psychomotorische Entwicklungsförderung, Bd. 1. Verlag modernes lernen. 2., unveränderte Auflage, Dortmund 1984. 192 Seiten. 28 DM.

Das derzeitig ausmachbare Interesse an einer Zusammenführung psychomotorischer Förderabsichten und sprachheilpädagogischer Intentionen, das seinen Niederschlag nicht zuletzt auch in dieser Zeitschrift gefunden hat, führt für den Bewegungsbereich immer wieder zurück auf das grundlegende Werk Ernst J. Kiphards, eines »Vaters« der deutschsprachigen Psychomotorik. Welchen Beitrag vermag dieses Buch für die sprachheilpädagogische Arbeit heute noch, immerhin Jahre nach dem Ersterscheinen, zu leisten?

Ermutigt durch vielfältige positive Erfahrungen mit motorischen Intensivtrainingsprogrammen und überzeugt von der Wirksamkeit möglichst frühzeitiger Erkennung und pädagogischer Beeinflussung von Bewegungs- und Wahrnehmungsstörungen für eine ausgeglichene Persönlichkeitsentwicklung, legte Kiphard seine »Motopädagogik« vor. Wenngleich die Gegenstandsbestimmungen dieses Fachgebietes sich hier noch in definitivischen Setzungen erschöpfen und eine zureichende wissenschaftliche Fundierung erst in den Anfängen steckt,

- das Nebeneinander verschiedener theoretischer Ansätze markiert zwar Bezugspunkte der Arbeit, führt aber noch nicht zu einer einheitlichen Theoriebildung
- der Behinderungsbegriff ist weithin unberührt von der Normenproblematik
- die Einverleibung gestaltpsychologischer Elemente verläuft nicht ohne Reduktionen und die favorisierte kybernetische Sichtweise verstellt oder vereinsamt mindestens m.E. die Einsicht in das »Wie« und das Wirksamwerden der Verflechtungen von Motorik und psychischen Prozessen/Repräsentanzen, ein solches Ineinandergreifen wird postuliert, jedoch nur unscharf expliziert
- vergleichbare Bemühungen der Sportpädagogik finden eher beiläufige Erwähnung,

so birgt Kiphards Buch gleichwohl eine Fülle weitverzweigter Hintergrundinformationen, die es für denjenigen, der sich mit dem Gebiet der »Erziehung durch Bewegung« allererst vertraut zu machen gedenkt, nach wie vor zur Pflichtlektüre werden lassen. Der erste Teil umreißt die Entstehungsgeschichte und die Aufgabenbereiche der

»Motopädie« (das Bewegungsfachgebiet für das Kindesalter) und »Motologie« (Lehre von der menschlichen Bewegung, ihrer Entwicklung, ihren Störungen sowie deren Erfassung und Behandlung). Der zweite Teil »Motodiagnostik« stellt mehrere, teils vom Verfasser selbst entwickelte Untersuchungsverfahren vor (CMS, CMV, KTK, TKT, LOS KF-18 u. a. m.) zur frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsrückständen im Bewegungs- und Wahrnehmungsbereich. Der dritte Teil schließlich enthält eine wahre Fundgrube an differenzierten Wahrnehmungs- und Bewegungsaufgaben mit starkem Aufforderungscharakter für die Kinder. Die Qualifikationsbereiche sind dabei systematisch nach einzelnen/kombinierten Sinnes- und Bewegungsfunktionen und nach Angeboten zur emotional-sozialen Förderung untergliedert und in Form von konkreten Übungsvorschlägen aufgelistet; hilfreiche methodische Vorschläge zu Anordnung, Aufbau und Durchführung der Übungen schließen diesen Teil ab.

Die im Buch bisweilen durchscheinende unvermittelte Rückführung psychischer Störungsbilder auf sensomotorische Primärbeeinträchtigungen kann zu einem inzwischen vielfach und mit Recht kritisierten, nach Einzelfunktionen aufgetrennten Training bloß formaler Kompetenzen im Anschluß an eine defizitgerichtete Diagnosestellung verleiten; ein solches Vorgehen stünde in deutlichem Widerspruch zum eingangs formulierten »Konzept einer ganzheitlichen Erziehung und Persönlichkeitsbildung« (S. 22); die Subjekte des Erziehungsprozesses würden dann in ihren lebensgeschichtlichen und sinnproduktiven Dimensionen nur eingeschränkte Berücksichtigung finden — und doch muß hier sogleich gegen manchen vorschnellen Kritiker eingeworfen werden, daß dafür Kiphards Ausführungen im Praxisteil schwerlich Veranlassung geben können. Wer darüber hinaus je Kiphard selbst erleben durfte, wird ohnehin erfahren haben, wie sehr seine Persönlichkeit die pädagogischen Angebote als Verbindung von Funktionsbezogenheit und Kindgemäßheit praktisch werden zu lassen versteht.

Unter sprachheilpädagogischen Gesichtspunkten ist Kiphards Angebotspalette nutzbringend aufzugreifen

- zur emotionalen Stabilisierung der Kinder, auch und gerade über die Vermittlung von Kompetenzerlebnissen im Wahrnehmungs- und Bewegungsbereich

- zur Förderung (verbo)sensomotorischer Fertigkeiten und Fähigkeiten
- zur Unterstützung von Begriffsbildungsprozessen.

Wer überdies die wünschenswerte Kopplung von motorischen Aufgabenformen mit sprachlichen Anforderungen vorzunehmen, sensomotorische Übungssequenzen in den Sinnzusammenhang einer Spiel-/Lernsituation einzubetten und alltagsmotorisch akzentuierte (Sprach-)Lerngelegenheiten kommunikativ und fachpädagogisch ergiebig anzulegen weiß, dem bietet die weitgefächerte Materialfülle dieses Buches eine stets willkommene Handreichung.

Barbara Kleinert-Molitor

Margarete und Wolfgang Jehn: Laßt uns zusammen im Kreis rumgehn! Lieder und Spiele für Kinder. Autorenverlag Worpsweder Musikwerkstatt 1984. 32 Seiten. 7 DM (Gleichnamige Musikkassette 15 DM).

Margarete und Wolfgang Jehn: Wer soll in unserm Lande wohnen? Liederheft. Autorenverlag Worpsweder Musikwerkstatt 1987. 32 Seiten. 7 DM (Gleichnamige Musikkassette 15 DM).

Bezugsadresse: Worpsweder Musikwerkstatt, Am Hasenmoor 23, 2862 Worpswede 1.

Hand aufs Herz, verehrte Kolleg(inn)en, wann haben Sie mit den Ihnen anvertrauten Kindergartenkindern, mit den Erst- und Zweitkläßlern zum letzten Mal gesungen? Gestern? In der vergangenen Woche? Zur Weihnachtszeit?

Wer sich einen Ruck zu geben gewillt ist, geläufige Ausreden (»Ich kann überhaupt nicht singen.« »Dafür ist doch die Musik-Kollegin zuständig.«) beiseite zu schieben, wer sein Kinderliederrepertoire ausweiten und die zu Festtagen zyklisch ausbrechende Sangesfreude im Kindergarten- bzw. Schulalltag pflegen und übers Jahr kultivieren möchte, der sollte in der Fülle des verfügbaren Kinderliederangebots die Produkte aus der Worpsweder Musikwerkstatt von Margarete und Wolfgang Jehn nicht übersehen. Die o. a. Liederhefte zu je sechzehn Liedern können dabei durchaus als exemplarisch gelten für die zahlreichen Produktionen des Autorenpaares. Zu jedem Heft ist eine Musikkassette mit instrumentaler Fassung (überschaubares Arrangement, gute Aufnahmequalität) der Lieder erhältlich, die zum Stimmeinsatz nachgerade auffordert.

Die Hefte (und die entsprechenden Musikkassetten) enthalten jeweils neben einigen ausdrucksvollen und besinnlichen Liedern in der Mehrzahl Spiel- und Mitmachlieder, die durchweg textlich ansprechend und aussagekräftig, rhythmisch

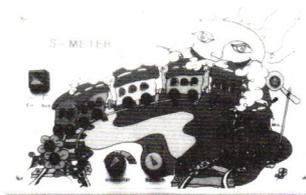
NOVEL elektronik

Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

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

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



S-Meter

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

Audiotest AT 6.000

Preiswerter quick-check Audiometer zur Überprüfung des Sprachgehörs (lieferbar ab 10/87).

Audiotest AT 8.000

Mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihen-gehöruntersuchungen.

NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp
Waldesrand 43, 4630 Bochum 5
Telefon (0234) 47 57 69

wohldurchformt und abwechslungsreich sowie ausgesprochen melodios gearbeitet sind. Im Textteil der Lieder entdeckt der fachpädagogische Blick erfreut mehrfach Reihungen und manche Lautspielereien; mitunter beleben gar erst schwierige Lautverbindungen das Liedgeschehen, so wenn »Am Teich« Fische und Frösche blubquaken und Libellen und Enten schwirrschnattern müssen oder wenn dem »Herrn Knallefix«, der nach Stiefelwachs riecht und so fix mit der Knallebüchse hantiert, unmißverständlich klar gemacht wird: Mit uns wird's leider nix! Fingerspiele sind ebenso aufzufinden wie vertonte Alltagssituationen; nicht zu vergessen die Tierlieder: Kaum ist der »Schweinekanon« verklungen, balgen sich bereits — schnurreburreaumiau — die »Katzen auf Herrn Olsons Dach«. Ja, und was ist eigentlich dagegen einzuwenden, eine Sachunterrichtsstunde über »Kartoffeln« mit dem kleinen Bewegungsliedchen »Frühkartoffeln pflanz ich gern« einzuleiten oder ausklingen zu lassen? Warum nicht den Bäumen eine Stimme leihen: »Ich bin der Baum vor deinem Haus, weit streck ich meine Zweige aus, ich seh dich morgens früh aufstehn und abends in die Federn gehn! Wenn du vorbeigehst, grüß mich mal, und wenn es trocken ist, gieß mich mal, tu das mal für mich, tu das mal für mich!«

Die mit mehreren Hörspielpreisen ausgezeichneten Autoren verstehen sich darauf, einen bunten Notenteppich mit eingewobenen fremdländischen Melodienfolgen bereitzuhalten, der nur darauf wartet, als vielstimmiger Kindergesang sich in die Lüfte zu erheben. Und wenn Sie, verehrte Kolleg(inn)en, nur kräftig genug mitsingen, dann kann es Ihnen freilich passieren, daß Sie sich des Abends zuweilen beim Pfeifen einer der eingängigen *Jehn*-Melodien ertappen: »Sitzt ein Kater, macht Theater nachts vor meinem Fenster ...«

Barbara Kleinert-Molitor

Bruno Mickeleit: Ein Aphasiker erlebt seine Rehabilitation. Erfahrungen nach einer Hirntumor-Operation und Halbseitenlähmung. Rehabilitationsverlag, Bonn 1986. 175 Seiten. Kartoniert. 18 DM.

Dieses Buch, das bereits in der 2. Auflage erschienen ist, schildert die Geschichte eines Aphasikers, dessen Leben sich nach einer Hirntumoroperation grundsätzlich verändert hat und der sich einer neuen Lebenssituation mit erheblichen sozialen und familiären Schwierigkeiten gegenübergestellt sieht.

Die langsame und sehr mühsame Überwindung der Behinderung (totale Aphasie und rechtsseitige Lähmung) schildert der Autor als einen jahrelangen, unter vielen psychischen und physischen Be-

lastungen erlebten Weg, der u. a. von immer wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit Versicherungs- und Rehabilitationsträgern, von Unsicherungen seitens staatlicher Stellen, die bis zu der Empfehlung einer Aufnahme in eine Institution für Geistigbehinderte gingen, von häufigen stationären Aufenthalten mit intensiven Behandlungen in einer Rehabilitationsklinik und von dem Versuch der beruflichen Eingliederung geprägt war.

Aufgrund langjähriger eigener Aufzeichnungen und der Mithilfe seiner Mutter bei der Dokumentation ist eine persönliche Krankheitsgeschichte entstanden, in der nachhaltig Erlebnisse dargestellt, bedeutsame Eindrücke und Empfindungen wiedergegeben sowie einschneidende Veränderungen innerhalb der beruflichen und sozialen Umwelt beschrieben werden.

Die inhaltsreichen Schilderungen des Betroffenen belegen eindrucksvoll, wie weit Anspruch und Wirklichkeit bei der Rehabilitation Behinderter voneinander entfernt sein können. Zudem zeigen die Erfahrungen des Autors auf, daß der Rechtsanspruch aller Behinderten auf umfassende medizinische und berufliche Hilfe zur Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (vgl. Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 1. Oktober 1974) in unserer Lebenswirklichkeit noch keine grundsätzliche Umsetzung gefunden hat.

Insgesamt ist das Buch allen Therapeuten und Sonderpädagogen zu empfehlen, die sich kritisch mit dem Problem und den Möglichkeiten der Rehabilitation von Behinderten auseinandersetzen, und insbesondere denjenigen, die aus der Schilderung eines Aphasikers Konsequenzen für ihr therapeutisches Handeln im Bereich dieser Sprachstörung ableiten wollen.

Sollte ein Ziel der sozialen Integration Behinderter die Distanzverringering zwischen Betroffenen und Nichtbetroffenen sein, so kann dieses Buch dazu beitragen. Daher hat der letzte Satz in dem Bericht von *Mickeleit* — »Und ich hoffe, daß ... das Verständnis für die Situation der Aphasiker in unserer Gesellschaft wächst« (S. 174) — auch heute noch Gültigkeit.

Heiko Rodenwaldt

Giselher Gollwitz: Sprechspiele für Näsler. Zur Regulierung der Funktionen im Lippen-, Kiefer- und Gaumenbereich und zur Normalisierung der Atmung. Bad Abbach (Selbstverlag G. Gollwitz, Kanalstraße 12, 8403 Bad Abbach) 1987.

107 Seiten, DIN-A4-Format, kartoniert. 28 DM.

Aus der schier unerschöpflichen Ideenschmiede des Sprachheilpädagogen *Gollwitz* liegt das neueste Werk vor. Nach Übungsmaterialien zur Behebung des Stammelns und des Dysgrammatismus folgt nun eine Sammlung von Spielangeboten zur

Förderung von Kindern mit den verschiedenen Formen des Näsels. Übungen zur allseitigen und gleichgewichtigen Funktionsverbesserung im Bereich der Lippen, der Zunge, des Kiefers und des Gaumens, ferner Übungen zur Stimmbildung, Gehörerziehung und zur gezielten Atemführung sowie solche zur Laut- und (wenige) zur Satzbildung bestimmen in dieser Abfolge das Material.

Wer die schon vorliegenden Angebote kennt, wird wissen, daß *Gollwitz* seine Vorschläge ganzheitlich gestaltet, d. h., dem Kind immer einen Zugang zur Sprache und zum Sprechen aus dem Spiel und seinem Erleben heraus ermöglichen will.

Das Buch enthält insgesamt 57 verschiedene und mit Variationen versehene bildgebundene (Schwarzweißbilder!) Spielangebote, betitelt z. B. »Gähnende Tiere« oder »Flipperspiel« usw. Auf dazwischengehefteten Seiten werden die Angebote jeweils beschrieben. So erhält man u. a. Hinweise auf notwendige Vorbereitungen: Zum Beispiel müssen einige Bilder ganz oder teilweise ausgeschnitten oder zusätzliche Materialien bereitgelegt werden. Darüber hinaus werden die Übungen (getrennt in solche für Kinder mit offenem bzw. geschlossenem Näsels) und die Zielsetzungen stichwortartig angegeben. Allerdings sind dadurch die Erweiterungsmöglichkeiten, die seitens des Therapeuten oder des Kindes ins Spiel gebracht werden, nicht begrenzt — im Gegenteil.

Es ist keine Frage, daß diese Sammlung die zuweilen anzutreffende Eintönigkeit und Langeweile des Funktionstrainings aufzulösen imstande ist und selbstverständlich auch Eingang in eine freudvolle Behandlung von Kindern mit (motorisch bedingter) Dyslalie finden sollte.

Jürgen Teumer

Heiner Müller: Bildfolgen für den Sach- und Sprachunterricht. Bergedorfer Kopiervorlagen, Band 24. Verlag Sigrid Persen, Horneburg 1986. 51 Einzelblätter, 32 DM.

Die Bildfolgen und die dazugehörigen Text-/Aufgabenblätter sind für die verschiedenen Bereiche im 2. bis 6. Schuljahr einsetzbar: Im Sachunterricht, im heimat- und naturkundlichen Unterricht, in Gemeinschaftskunde und bei der Vermittlung von Umweltwissen dienen sie als ergänzendes Anschauungsmaterial. Auch im Sprachunterricht können sie in vielfältiger Weise für die mündliche und schriftliche Aufarbeitung von Handlungsabläufen, von Herstellungsprozessen und biologischen Kreisläufen verwendet werden.

In dieser Mappe werden folgende Themenbereiche behandelt: Herstellung von Gegenständen, Handlungsabläufe, Herstellung von Nahrungsmitteln und biologische Themen (Verlagsprospekt).

Einführung in die Sprach- und Stimmheilkunde

Herausgeber:

J. Berendes, Weinheim

Mit Beiträgen von O. v. Arentsschild, J. Berendes, M. Heinemann, J. Sopko, M. Spiecker-Henke, L. Springer

1987. 12 Abbildungen.

Etwa 130 Seiten.

Broschiert DM 24,80

ISBN 3-540-17378-1

Inhaltsübersicht: Sprache: Die natürliche Sprachentwicklung beim Kind. Sprech- und Sprachstörungen. Formen und Behandlungsmöglichkeiten der Aphasien. — Stimme: Die Stimme und ihre Störungen. — Berufsbilder: Das Berufsbild des Phonieters und Pädaudiologen. Das Berufsbild des Logopäden. — Sachverzeichnis.

Die „Einführung in die Sprach- und Stimmheilkunde“ von J. Berendes vermittelt in bewußt einfach gehaltener Darstellung eine Einführung in die wichtigste Grundlage zwischenmenschlicher Beziehungen: die Sprache — ihre körperlichen, geistigen und seelischen Voraussetzungen und vor allem die vielfältigen Möglichkeiten ihrer Störung.

Das Buch wendet sich an HNO-, Sprach- und Stimmärzte, Logopäden und ganz besonders an Eltern und Erzieher von sprachgestörten Kindern. Hinweise auf Beratungsstellen, bei denen Sprach- und Stimmkranke Hilfe finden, ergänzen diesen, für die Betroffenen wichtigen Ratgeber.

3880/57.b

Springer-Verlag

Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo

Heidelberger Platz 3, D-1000 Berlin 33 · 175 Fifth Ave., New York, NY 10010, USA · 28, Lurke Street, Bedford MK40 3HU, England · 26, rue des Carmes, F-75005 Paris · 37-3, Hongo 3-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japan

Springer 

Aus anderen Zeitschriften

Behinderte, Graz/Österreich

Nr. 2, 1987:

Dieses 10-Jahr-Jubiläumshft geht auf Rahmenthemen früherer Hefte ein. Dabei fällt uns auf, daß bei den wohl 60 Zweimonatsbänden anscheinend nur relativ wenige sprachheilpädagogisch-spez. Themen berührt wurden.

Behindertenpädagogik, Oberbiel

Nr. 2, 1987:

Heinz Becker, Bremen: Bliss-Aufbauseminar. S. 201—202.

Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahresschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik, Wien/Österreich

Nr. 2, 1987:

Volkmar Clausnitzer, Halle (DDR): Zur Entwicklung der Stimme beim Kind und Jugendlichen — Ein Beitrag zur menschlichen Kommunikationsfähigkeit (II. Teil). S. 1—26.

Wolfgang Bigenzahn und *Heribert Höfler*, Wien: Einführung in die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems und der zentralen Sprachprozesse. S. 26—54.

Irmtraud Oskamp, Würzburg: Pragmatische Aspekte einer komplexen Sprachförderung in der Primarstufe. S. 54—69.

Walter Elstner, Wien: Lippen- und Zungenübungen bei Auffälligkeiten der Lautbildung. S. 69—72.

Michael Kalmar, Wien: Die [ai]-[c]-[s]-Methode — (nicht nur) eine Variante der CH₁-S-Methode. S. 72—77.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 3, 1987:

Marianne Hochmuth, Berlin: Logopädisches Diagnoseschema der Gaumenspalten-sprache. S. 151—154.

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

Nr. 2, 1987:

Sonderheft »Bericht über die 23. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 2. bis 4. Oktober 1986 an der Universität Freiburg/Schweiz mit dem Rahmenthema: Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis.

Zeitschrift für Heilpädagogik, Dortmund

Nr. 7, 1987:

Manfred Grohnfeldt, Köln: Sprachbehindertenpädagogik im Wandel. S. 477—487.

Willi Günther und *Herbert Günther*, Zeltlingen-Rachtig und Heusweiler-Holz: Auditive Wahrnehmungsdiagnostik und Einsatz von Medien zur Hörerziehung — Überlegungen im Rahmen differenzieller Sprachdiagnostik bei sprachauffälligen Vorschulkindern. S. 488—502.

Jutta Breckow, Köln: Früherkennung von Sprachbehinderung. S. 503—512. Arno Schulze

Der Landkreis Schaumburg

sucht zum nächstmöglichen Termin für seine anerkannte Tagesbildungsstätte für geistig und körperlich behinderte Kinder in Stadthagen (ca. 80 Plätze) eine/einen

Sprachtherapeutin/-therapeuten

oder

Logopädin/Logopäden

Die Arbeitszeit beträgt zur Zeit 24 Stunden wöchentlich.

Die Vergütung erfolgt nach dem BAT.

Rückfragen sind bei dem Leiter der Tagesbildungsstätte, Herrn Seller, unter Telefon (05721) 47 47 möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an den

**Landkreis Schaumburg — Der Oberkreisdirektor —
Jahnstraße 20, 3060 Stadthagen**

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

E. Richter: Über Hausdörfers Methode zur Behandlung des Stotterns.

W. Wendlandt: Nicht vermeiden — Stottern zeigen! Teil 2: Symptomorientierte Behandlungsbausteine im Rahmen meiner Nicht-Vermeidungs-Therapien bei Stotternden.

S. Hanke: Kritische Anmerkungen zur Profilanalyse von Clahsen.

U. Baumeister: Chorisches Singen an der Schule für Sprachbehinderte.

U. Förster: Die Dysarthrie bei Erwachsenen — nicht nur eine Behinderung des Sprechens.

A. Holtz: Wieso ist der Doktor krank? oder Was der Kinderkopf mit der Sprache alles macht! Eine Fallstudie.

Wir suchen

Logopädin/en

für die Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach schweren Schädel-Hirn-Verletzungen.

Unsere Einrichtung ist eine überregionale Rehabilitationsklinik, welche von allen Trägern einschließlich der Arbeitsverwaltung belegt wird. Die Behandlung wird im Team von der beginnenden Remissionsphase zur beruflichen oder schulischen Belastungserprobung durchgeführt. Sämtliche therapeutischen Disziplinen einschließlich des Werkstatt- und Schulbereiches sind vorhanden. Neuen therapeutischen Ansätzen, wie der gerade erfolgten Einführung der computergestützten Therapie im Bereich der Frührehabilitation, stehen wir jederzeit aufgeschlossen gegenüber. Die Bereitschaft zur Mitarbeit im Team wird erwartet.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT.

Neurologische Klinik

Greitstraße 18—28, 3253 Hessisch Oldendorf 1.

Neuerscheinung

Einrichtungen für Sprachbehinderte

in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin

1987

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Die neuen Angaben, abgeschlossen im Frühjahr 1987,
lösen die Ausgabe von 1982 ab.

156 Seiten **16,—** DM gebunden

Regionale Teilausgaben sind nicht wieder erstellt worden.

Zu beziehen durch

Wartenberg & Söhne, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50

Neu



Der Mini-Masker ist ein automatisch einsetzendes Maskierungsgerät, das nur dann arbeitet, wenn der Betreffende spricht. Es führt in etwa 90% der Fälle zu einer spontanen Remission des Stotterns.

Der Mini-Masker ermöglicht eine fehlerfreie Rede im Dialog und unterbindet die mit dem Stottern einhergehende Begleitsymptomatik.

Der Mini-Masker trennt den Hemmungszyklus auf und ist insbesondere bei Jugendlichen eine wertvolle Hilfe für eine begleitende Therapie.

Der Mini-Masker besteht aus einem Steuergerät und einem Doppelkopfhörer (auch Einzelhörer möglich), kostet 578 DM zzgl. MwSt. und wird auf Antrag von Krankenkassen übernommen.

Bernd Küppers
Elektronik
Roetgener Straße 25
5106 Roetgen
Telefon (02471) 49 10

Die Stadt Bonn

sucht
zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

**bo
nn**

Logopädin(en) (Sprachheiltherapeutin/en)

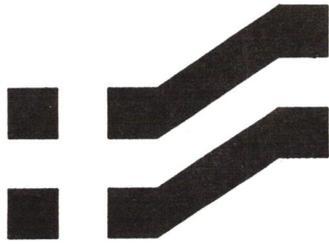
für den heilpädagogischen Sonderkindergarten Bad Godesberg.

Die Vergütung erfolgt entsprechend den tariflichen Vorschriften bis Gruppe V b BAT.

Bewerber(innen) sollen die Fähigkeit mitbringen, sich auch auf schwerstmehrfachbehinderte Kinder einzustellen.

Interessierte Damen und Herren richten bitte ihre Bewerbung mit Lichtbild, Lebenslauf und beglaubigten Zeugnisabschriften unter Angabe der Kennziffer 50-3 an den

**Oberstadtdirektor — Personalamt —,
Stadthaus, 5300 Bonn 1.**



KLINIK AM EICHERT

1000 Betten
14 Kliniken und Institute
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Ulm
Kreis Krankenhaus der Zentralversorgung
seit September 1979 in Betrieb

GÖPPINGEN

hat 52000 Einwohner, liegt landschaftlich reizvoll am Fuße der waldreichen Schwäbischen Alb zwischen Stuttgart und Ulm. Die lebhafteste Stadt bietet viele Freizeitmöglichkeiten.

Viel Entfaltungsspielraum bieten wir einem/einer

Logopäden/Logopädin

bei der selbständigen, eigenverantwortlichen Betreuung unserer Patienten mit Sprach-, Sprech- und Phonationsstörungen.

Entsprechende Berufserfahrungen setzen wir ebenso voraus wie die Bereitschaft zu kollegialer Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachabteilungen.

Bitte bewerben Sie sich innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige bei der

KLINIK AM EICHERT
Personalabteilung
Postfach 660
7320 Göppingen



Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag

Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

HERRN WSS 005766 *0023*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Sprachheilpädagogin

Dipl.-Päd. mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, 33, Berufserfahrung in der Sprachförderung körper- und geistig behinderter Kinder und Erwachsener, Aphasietherapie, Dyslalietherapie und Myofunktionelle Therapie; davor Tätigkeit als Zahnmedizinische Fachhelferin in zahnärztlicher Praxis und Berufsschule, sucht ab 1. 1. 1988 (evtl. auch früherer Beginn möglich) interessante Tätigkeit in Klinik, sprachtherapeutischer Praxis, bei Verein oder entsprechender Institution im Großraum Köln—Bonn.

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

BHW
Die Bausparkasse mit Ideen

BHW DISPO 2000

Damit können Sie immer rechnen. Hochprozentig. Guthabenzinsen, Renditen und Teilbausparsummen machen BHW DISPO 2000 zu mehr als einem gewöhnlichen Bausparvertrag. Selbst

wenn Sie mal an Ihr Guthaben ran wollen, ist auch das kein Problem. Ihr BHW-Berater erklärt Ihnen gerne alles ganz genau. Seine Anschrift steht im örtlichen Telefonbuch.