L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

3/93

Auf ein Wort
Roswitha Romonath

Hauptbeiträge

Claudia Iven, Köln
Methodenkombination in der Stottertherapie – Konzept oder Kapitulation? 116

Uwe Ender, Bonn
Volker Middeldorf, Lindlar
Aphasietherapie – anthropologische Aspekte aus erziehungswissenschaftlich-logopädischer Sicht 128

Melanie Herbst, München
Gedächtnisleistungen für Handlungen: eine Vergleichsstudie zwischen sprachauffälligen und sprachunauffälligen sechsjährigen Kindergartenkindern 134

Magazin

Klaus-Jürgen Berndsen, Unna
Die Bedeutung orofazialer Reflexentwicklung für die Lautbildung 140

Rolf Brüdern, Rita Zellerhoff, Köln
Umgang mit dem lebendigen Werkstoff Holz als Möglichkeit der Kontaktaufnahme von behinderten und nichtbehinderten Jugendlichen 146

Aus-, Fort- und Weiterbildung • Rezensionen • Personalia
Weitwinkel • Vorschau

38. Jahrgang/Juni 1993 **dgs** ISSN 0584-9470

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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
Anschrift des Geschäftsführenden Vorstandes:
dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:
Peter Arnoldy, Wartbergstraße 40, 7100 Heilbronn
Bayern:
Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
Berlin:
Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 1000 Berlin 41
Brandenburg:
Monika Paucker, Berliner Straße 29, O-7560 Guben
Bremen:
Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg:
Volker Plaß, Gryphiusstraße 3, 2000 Hamburg 60
Hessen:
Hans Fink, Burgackerweg 6A, 6301 Staufenberg 1
Mecklenburg-Vorpommern:
Dirk Panzner, Eschenstraße 5, O-2500 Rostock
Niedersachsen:
Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn, Postfach 11 20, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland:
Marianne Gamp, Beringstraße 18, 5300 Bonn 1
Rheinland-Pfalz:
Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12, 6580 Idar-Oberstein
Saarland:
Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 6601 Holz
Sachsen:
Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29, O-7022 Leipzig
Sachsen-Anhalt:
Regina Schleiff, Am Sauerbach 6, O-4303 Ballenstedt
Schleswig-Holstein:
Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 2057 Wentorf
Thüringen:
Gotthard Häser, Brennerstraße 3 a, O-5300 Weimar
Westfalen-Lippe:
Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 4426 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:

vml verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39
D-4600 Dortmund 1 (ab 1. 7. 93 neue PLZ: 44139)
Telefon (02 31) 12 80 08, Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 2/1993. Anzeigenleiterin: Christel Adam.

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit,
Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum
Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:
Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 07 31 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf, Telefon (0 51 52) 29 50

Mitteilungen der Redaktion:
In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind. Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten 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.

Erscheinungsweise:
Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.

Bezugsbedingungen:
Jahresabonnement DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei Adressenänderungen die Deutsche Bundespost, Postdienst, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright:
Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck - auch von Abbildungen - , Vervielfältigungen auf fotomechanischem Wege oder im Magnettonverfahren - auch auszugsweise - bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegen Prospekte des Gustav Fischer Verlages sowie des/r „verlag modernes lernen / borgmann publishing GmbH“ bei.

Roswitha Romonath

Auf ein Wort

Die Veränderung der Grundschule als Prävention für Sprachbehinderung

Meldungen über notwendige öffentliche Sparmaßnahmen und Einschnitte in das soziale Netz betreffen uns nicht nur im privaten Bereich. Kürzungen finanzieller Mittel sind für das gesamte Schulsystem zu befürchten. Davon ist der Behindertenbereich nicht ausgenommen. Wir als Pädagogen sind daher gefordert, einerseits einer Verschlechterung der schulischen Bedingungen entgegenzuwirken, andererseits aber auch die gegebenen Möglichkeiten als pädagogisch sinnvoll auszugestalten.

In einer solchen bildungspolitischen und bildungsökonomischen Landschaft sind wir mit dem Phänomen einer stetig wachsenden Zahl von sprachbehinderten Schülern konfrontiert, deren Störungssyndrome sich umfassender und komplexer als früher darstellen. Dies gilt nicht nur für die Schülerschaft der Sprachheilschule, sondern läßt sich auch an der Zunahme integrativer Fördermaßnahmen in der Regelschule ablesen. Um den Aufgaben, die sich daraus für die Sprachbehindertenpädagogik ergeben, gerecht zu werden, sind vielfältige organisatorisch-institutionelle und inhaltliche Förderkonzepte entwickelt und in der Praxis umgesetzt worden. Sie streben eine Aufhebung, zumindest aber Minderung der personalen und sozialen Auswirkungen von Sprachbehinderung auf die betroffenen Kinder an. Die wachsende Zahl derjenigen Kinder, die der sprachheilpädagogischen Unterstützung und der therapeutischen Intervention bedürfen, wirft aber nicht nur die Frage nach den geeigneten pädagogischen Wegen ihrer Betreuung und Rehabilitation auf. Ebenso muß gefragt werden, in welchem gesellschaftlichen und institutionellen Rahmen, unter welchen Lebens-, Bildungs- und Erziehungsbedingungen mehr und immer komplexere Sprachstörungssyndrome bei Kindern auftreten.

Obwohl in der Praxis unmittelbar immer wieder mit dieser Fragestellung konfrontiert, hat die Sprachbehindertenpädagogik bisher nur wenige hinreichende Antworten gefunden. Begreift sie sich aber nicht nur als „Reparaturinstanz", sondern sieht ihre Aufgabe auch verstärkt in der Prävention von Sprachbehinderung, so muß sie diese Problematik aufgreifen und im Kontext der allgemeinen Erziehungswissenschaften, speziell der Grundschulpädagogik, als Pädagogik für alle Kinder, thematisieren.

Eine solche Erweiterung der sprachheilpädagogischen Perspektive in Richtung auf die heutigen Lebensbedingungen und die Lebensumstände von Kindern zeigt, daß wir einen vielschichtigen und tiefgreifenden Wandel in den Kindheitsmustern zur Kenntnis nehmen müssen. Sie sind geprägt durch Veränderungen in der familiären Lebenswelt, in den Erziehungsnormen, im Spiel- und Freizeitverhalten und in der Verfügbarkeit von Medien. Ihre Auswirkungen sind nicht allein im Sprachbehindertenbereich zu beobachten, sondern in allen Schulformen, besonders aber in der Grundschule.

Während ein Teil der Kinder von den veränderten Lebensumständen durch eine intensivere Förderung vor allem von seiten des Elternhauses profitiert, führen sie bei anderen zum Anwachsen von

Lern-, Arbeits- und Verhaltensauffälligkeiten, so daß der Unterricht heute durch vermehrte Unruhe und Ablenkungsbereitschaft, geringere Ausdauer sowie größere Ich-Bezogenheit und ein stärkeres Konkurrenzverhalten deutlich belastender und schwieriger wird, als er früher war. Trotz einer Zunahme des materiellen Wohlstandes konstatieren wir zum anderen eine mangelnde physische Gesundheit, die sich u.a. in Nervosität, Konzentrationsschwächen, Unruhe und Funktionsbeeinträchtigungen manifestiert. Auch geringere kommunikative Fähigkeiten infolge eines reduzierten Wortschatzes und nur weniger Satzmuster sind in deutlich größerem Umfang zu beobachten. Diese Merkmale treffen nach Einschätzung der Grundschulpädagogen auf mehr als ein Drittel der Schüler zu. Die Diskrepanz zwischen den durch die häuslichen Lebensumstände geförderten und nicht geförderten Kindern wird nach Aussage der Pädagogen auch durch den Besuch von Kindergärten nicht kompensiert. Die Unterschiede in den Lebens- und Lernvoraussetzungen sind daher bei Schuleintritt größer denn je. Dabei bezieht sich diese Entwicklungsschere nicht nur auf die intellektuelle, sondern verstärkt auch auf die emotionale und soziale Entwicklung.

Diese Erschwernisse des Lernens und Lehrens in der Grundschule werden zusätzlich durch eine kulturelle Vielfalt verstärkt. Kinder unterschiedlichster Nationen mit z.T. noch geringen Deutschkenntnissen tragen zur Heterogenität des Klassengefüges bei und stellen eine weitere Herausforderung an die Erziehungs- und Bildungsarbeit. Die herkömmlichen Formen der Lehr- und Lernorganisationen werden dieser neuen Realität heutiger Grundschulklassen nicht mehr gerecht. Denn nicht nur einige wenige Kinder, sondern viele von ihnen fordern eine vermehrte Aufmerksamkeit und Hinwendung zu ihren spezifischen Problemen. Vielfältige Ansätze sind als Antworten der Pädagogik auf diese Entwicklung diskutiert worden und haben z.T. auch Eingang in die Schule gefunden. Dazu gehören freiere und spielerische Arbeitsformen, eine stärkere Individualisierung, Förderung einer offeneren Unterrichtsform sowie eine kommunikative, handlungsorientierte Didaktik.

Diese positive Entwicklung der Grundschule in Richtung auf eine Qualitätsschule für alle erfährt aber durch steigende Klassenfrequenzen, Raumnot und den Abbau von Teilungs- und Förderstunden derzeit eine Umkehrung ihrer Tendenz. Die Verschlechterung der Rahmenbedingungen in der Grundschule betrifft aber nicht nur die Grundschulpädagogen, sondern auch uns Sprachheilpädagogen, tragen sie doch dazu bei, daß immer mehr Kinder mit größeren (sprachlichen) Verhaltensvarianzen in den sonderpädagogischen Förderbedarf geraten. (Aussagen von Vorschulklassenlehrern/innen und Lehrern/innen wie diese: „Eigentlich könnten Sie die ganze Klasse zur Sprachtherapie mitnehmen!", sind bei Schulen im „sozialen Brennpunkt" nicht selten.) Steigende Zahlen von Kindern an Sprachheilschulen, deren Sprachauffälligkeit auf das Phänomen einer zweisprachigen Sozialisation zurückzuführen ist, deuten ebenfalls darauf hin, daß die Bewältigung der quantitativen und qualitativen Zunahme der Aufgabenstellungen der Grundschule immer schwerer fällt. Ein daraus abzuleitender weiterer Ausbau institutionalisierter sprachbehindertenspezifischer Förderung ist aber weder aus pädagogischen Gründen zu befürworten noch aufgrund finanzieller Grenzen zu realisieren.

Die eingangs dargelegten Bedingungen der Sprachheilschule sind daher nicht als ein Spezifikum, sondern als ein Spiegelbild der allgemeinen gegenwärtigen Problematik des Erziehens und des Unterrichtens einer sehr heterogenen Schülerschaft sowie der institutionellen Bedingungen zu interpretieren. Die Sprachheilpädagogik sollte sich daher verstärkt in die wissenschaftliche und praxisorientierte Diskussion der allgemeinen Pädagogik, insbesondere der Grundschulpädagogik, einbringen und ihren fachspezifischen Beitrag zu den aus veränderten Kindheitsmustern resultierenden Problemstellungen leisten. Diese Erweiterung des Blickwinkels könnte einerseits neue Impulse für das sprachheilpädagogische Handeln in der Erziehung und im Unterricht Sprachbehinderter bedeuten, andererseits aber auch über das engere pädagogisch-therapeutische Aufgabenfeld hinaus durch eine gemeinsame qualitative Veränderung der Grundschule zur Prävention von Sprachbehinderung beitragen.

Als kooperative Handlungsfelder in Wissenschaft und Praxis sind u.a. folgende Themen denkbar:

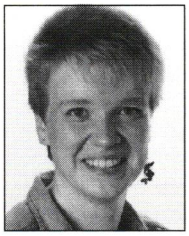
- Erarbeitung einer spracherwerbs- und sprechhandlungsfördernden Didaktik;
- Erforschung von Sprachvariationen und Sprachverhalten aufgrund veränderter Kindheitsmuster;
- Abgrenzung von normalen und abweichenden Sprachentwicklungsverläufen als Kriterien für den sonderpädagogischen Förderbedarf;
- Konzeption sprachpädagogischer Fördermaßnahmen bei Zweisprachigkeit;
- Konzeption von Schulsozialarbeit bei kommunikationsbeeinträchtigten Kindern;
- Mitgestaltung einer kindgerechten sprachfördernden Lebenswelt.

Diese hier vertretene Kooperation unseres Faches mit allgemeiner und Grundschulpädagogik bedarf einer professionellen und fachlich konturierten Sprachheilpädagogik. Sie sollte in stärkerem Maße als bisher ihre Vernetzung mit der allgemeinen Erziehungswissenschaft aufgreifen und ihre Fachkompetenz nicht nur bei Sprachbehinderung, sondern generell in den Unterricht und in die Erziehung in der Regelschule einbringen. Unser Beitrag zu einer Grundschule als Qualitätsschule könnte somit ein pädagogisch und auch bildungsökonomisch sinnvoller Schritt zur Prävention von Sprachbehinderung sein.

R. Romonath

(Dr. Roswitha Romonath ist Sprachheilpädagogin und Linguistin. Sie arbeitet als Gastdozentin am Institut für Sonderpädagogik der Universität Rostock.)

HAUPTBEITRÄGE



Claudia Iven, Köln

Methodenkombination in der Stottertherapie – Konzept oder Kapitulation?[1]

Zusammenfassung

In der von *Grohnfeldt* herausgegebenen Handbuchreihe zur Sprachtherapie ist 1992 der 5. Band erschienen, der sich mit den Störungen der Redefähigkeit befaßt. Unter dieser übergreifenden Bezeichnung sind hier aktuelle Forschungsergebnisse und Therapieansätze zu den Störungsphänomenen Stottern, Poltern, Sprechangst und Mutismus zusammengetragen worden, die den derzeitigen Stand der Theoriediskussion und der therapeutischen Praxis umfassend widerspiegeln. Die Rezension dieses Handbuchbandes soll nicht nur im herkömmlichen Sinne einen Überblick über die darin enthaltenen Quellen und eine Einschätzung ihres Stellenwertes für das Verständnis der o.g. Störungsphänomene und der davon Betroffenen bieten, sondern wird zum Anlaß genommen, einen derzeit (wieder?) aktuellen Begriff aus der Stottertherapie näher zu betrachten: Was heißt *Methodenkombination*? Vor dem Hintergrund dieser Fragestellung und der Überlegung, ob es sich dabei um ein praktizierbares Therapiemodell handelt oder eher um ein Alibi für weitgehend konzeptionslose Therapie-Pragmatik, sollen Kriterien für ein Konzept zur Methodenkombination entwickelt werden, die sich sowohl für Betroffene als auch für Therapeuten als subjektiv sinnvoll und damit anwendbar und wirksam erweisen können.

1. *Störungen der Redefähigkeit: aktuelle Forschungstendenzen*

Die bisherige Forschung zu den Störungsbildern Stottern, Poltern, Sprechangst und Mutismus hat sich vorrangig mit der Abgrenzung dieser Phänomene untereinander sowie gegenüber weiteren Formen sprachlicher Beeinträchtigungen beschäftigt. Die im vorliegenden Handbuch von *Grohnfeldt* vorgenommene übergreifende Betrachtung lenkt jedoch den Blick auf Gemeinsamkeiten und Überschneidungen in den Entstehungsbedingungen und Auswirkungen der genannten Erscheinungsbilder. In einem Modell, das die „mehrdimensionale Vernetzung von Redestörungen" (S. 4) darstellt, wird deutlich, daß bei allen vier Störungsformen sowohl die Oberflächenebene der gestörten Sprache zu betrachten ist als auch die weiterreichende Problematik gestörter Kommunikation und Interaktion. Dazu erfolgt die Diskussion offener Fragen zu den genannten Störungsbildern vor dem Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse und Therapietendenzen, so daß eine wissenschaftliche Einordnung der Phänomene des gestörten Redeflusses aus pädagogischer Sicht entsteht. In diesem Rahmen wird von *Grohnfeldt* nachdrücklich darauf verwiesen, daß Störungen der Redefähigkeit neben individuell-symptomatischen stets auch interaktionale Aspekte beinhalten, die bei der Entstehung, Entwicklung und Aufrechterhaltung zusammenwirken.

Aus einer solchen Vielfalt an Betrachtungsebenen erwachsen naturgemäß unterschiedliche Ansätze zu ätiologischen Überlegungen, diagnostischen Konsequenzen und therapeutischen Notwendigkeiten: „Jeder findet bei der Beschäftigung mit unterschiedlichen Konzeptionen die *ihm* gemäße Art des Vorgehens" (S. 17). Die übergreifende Einleitung des Herausgebers und die gesamte Zusammenstellung des Handbuches bieten für eben diese Beschäftigung reichhaltige Anregungen. Die folgende Zusammenfassung der inhaltli-

[1] Erweiterte Rezension zu: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 5: Störungen der Redefähigkeit. Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin 1992. 545 Seiten. Leinen. 98 DM.

chen Struktur und der von den Autoren dargestellten Theorien und Methoden soll diese Zielsetzung veranschaulichen.

Der Einleitung von *Grohnfeldt* folgen vier Artikel zum Problemkreis Stottern, die unter der Überschrift „Grundlegende Betrachtungen, Abgrenzungen und Bedingungshintergründe" auf aktuelle Forschungsergebnisse zu Ursachenannahmen und Entwicklungsbedingungen eingehen. Die von *Motsch* beschriebene „idiographische Betrachtungsweise" (S. 21) möchte dabei als Meta-Theorie verstanden werden, die bereits bekannte, aber oft scheinbar widersprüchlich nebeneinander existierende ätiologische Interpretationen des Phänomens Stottern in Verbindung setzt. Die Erklärungsmodelle anderer Ansätze dienen dabei als Theoreme, die einzelne Aspekte der Meta-Theorie konkretisieren können, aber nicht „für das Gesamtphänomen Stottern bei allen Stotterern" (S. 31) gelten. Aus dieser Perspektive heraus werden individuell unterschiedlich ausgeprägte Dispositionen, Grundauffälligkeiten und Interaktionsstrukturen beschrieben, die im Sinne von Risikofaktoren die Entstehung und Entwicklung chronischen Stotterns begünstigen können. Die im Einzelfall wirkenden Bedingungen können dementsprechend nur mit Hilfe intensiver diagnostischer Maßnahmen aufgedeckt werden; sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie wird von *Motsch* ein hohes Maß an Individualisierung gefordert, das aus der Abkehr von der Suche „nach einer interindividuellen Ursache des Stotterns" (S. 38) erwächst.

In den übergeordneten (und altbekannten) Gedankengang, daß es *die* Ursache für *das* Stottern nicht gibt, sind auch die Ausführungen von *Fiedler* einzuordnen. In seiner Zusammenfassung der jüngsten neuropsychologischen Forschung zu denkbaren Stotterursachen beschreibt er einleitend das Theorien-Pendel, welches phasenweise zwischen somatisch-physiologischen und psychologisch-sozialen Erklärungsansätzen schwankte und zur Zeit, auch aufgrund verbesserter Untersuchungsmethoden, auf einem Höhepunkt organisch-konstitutioneller Interpretationen zu stehen scheint. *Fiedlers* sehr differenzierte Darstellung neuropsychologischer Einflüsse auf die Sprechablaufsteuerung umfaßt drei Ebenen, auf denen Störungen der Koordination auftreten können:

- im Verlauf der Entwicklung von Feedbacksystemen,
- als Anzeichen einer Hemisphärenambivalenz und/oder
- als Ausdruck neuromotorischer Koordinationsstörungen.

Auch wenn der individuell unterschiedliche Stellenwert dieser geschilderten Störungskorrelate im Einzelfall häufig spekulativ bleiben wird, können sie doch als Hinführung zu einer integrierenden Theorie verstanden werden, in der Stottern als eine psychosoziale Reaktion auf die Differenz zwischen internem und/oder externem Anforderungsniveau und entwicklungsbedingt (noch) eingeschränkten neuropsychologischen Kompetenzen angesehen wird. Der Versuch einer bewußteren Steuerung erschwert in einer solchen Entwicklungsphase die Koordination des Sprechflusses und die Entstehung der Autoregulation zusätzlich, so daß weitere Unflüssigkeiten und die Bildung eines Störungsbewußtseins wahrscheinlich werden, was sich wiederum nachteilig auf die sprachliche Sicherheit, auf Erwartungshaltungen und auf die subjektiv empfundene Notwendigkeit zu weiteren Steuerversuchen auswirkt. Somit scheint eine altbekannte Erfahrung wissenschaftlich abgesichert zu sein: Stottern ist das, was ein Stotterer tut, um *nicht* zu stottern; die selbstentwikkelten und häufig inadäquaten Hilfsversuche führen zu erneuten Unflüssigkeiten und Blokkaden, weil sie die Entwicklung einer sinnvollen und funktionierenden Autoregulation behindern.

Diese beiden Eingangsbeiträge zur Ätiologie des Stotterns veranschaulichen den derzeitigen Stand der Forschung auf zwei Ebenen: zum einen wird deutlich, daß es im Bereich dieses komplexen Problems nicht eine gemeinsame Ursache für eine große Bandbreite an Symptomen und Verarbeitungsstrategien geben kann und daß deshalb der Versuch zur Aufdeckung von Entstehungsbedingungen und Einflußfaktoren nur in jedem Einzelfall individuell ausgestaltet vollzogen werden kann. Auf der anderen Seite wird eine für das Verständnis von Redeflußstörungen wichtige Unterscheidung getroffen, nämlich in

- *Unflüssigkeiten*, wie sie im Verlauf der Sprachentwicklung und auch bei jedem 'Normal'-Sprecher vorkommen und deren Ursachen in den neuropsychologischen Steuerprozessen vermutet werden müssen, und in
- den vielschichtigen Problemkreis *Stottern*, der sich aus diesen Unflüssigkeiten im Zusammenwirken von physiologischen, linguistischen, psychosozialen und interaktionalen Bedingungen entwickelt.

Der Unterscheidung in entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten und chronifiziertes Stottern trägt auch der umfassende Kriterienkatalog Rechnung, den *Johannsen/Schulze* als Hilfestellung im diagnostischen Entscheidungsprozeß anbieten. Hier werden Abgrenzungsphänomene in ihrer Bedeutung sowohl für die Differential- als auch die therapiesteuernde Diagnostik beschrieben. Besonders breiten Raum nimmt dabei die Abgrenzung des Stotterns gegenüber normalen Entwicklungsunflüssigkeiten ein, wobei neben quantitativen Merkmalen der Symptomatik (z.B. Häufigkeit und Dauer von Wiederholungen oder Blocks) auch qualitative Unterschiede in der Bewertung der Stottersymptome durch die Eltern und/oder das Kind (z.B. Vermeidung von Sprechsituationen oder Entwicklung von Störungsbewußtsein bei Eltern und Kind, vgl. S. 63ff) als Beobachtungs- und Entscheidungskriterien herangezogen werden. Besonders wohltuend fällt dabei die sehr konkrete und nachvollziehbare Auflistung der Anhaltspunkte für chronifiziertes Stottern auf, die es jedem Praktiker ermöglichen sollte, differentialdiagnostisch tätig zu werden. Ebenfalls äußerst präzise muten die Kriterien an, die zur Abgrenzung des Stotterns gegenüber folgenden Störungsbildern mit ähnlicher Symptomatik herangezogen werden (S. 68ff):

Stottern gegenüber

- *Unflüssigkeiten*, die durch neurologische Erkrankungen verursacht werden,
- extrem seltenen Redeflußstörungen als Folge psychischer Traumen oder psychologischer oder psychiatrischer Grunderkrankungen,
- Redeflußstörungen in punktuellen Streßsituationen („Sprechangst", S. 72),
- Redeflußstörungen bei geistiger Behinderung,
- Poltern.

Die Autoren verweisen darauf, daß es sich bei den von ihnen zusammengetragenen Merkmalen zur Abgrenzung des Stotterns von normalen Unflüssigkeiten und andersartigen Redeflußstörungen um „vorläufige Verfahren" (S. 79) handelt, denen zum größten Teil die wissenschaftliche Absicherung noch fehlt. Trotzdem stellt dieser Beitrag ein wertvolles Instrument zur Beobachtung und Einschätzung von unflüssiger Sprache und den darauf erfolgenden Reaktionen dar.

Den Abschluß der Beiträge zu den theoretischen Grundlagen des Stotterns bilden die Ausführungen von *Schulze* zur Bedeutung der familiären Interaktionsstrukturen für die Entstehung und Entwicklung des Stotterns. *Schulze* betont, daß die psychosozialen Aspekte „besonders für den Verlauf und die Chronizitätsentwicklung des Stotterns eine gewisse Rolle spielen" (S. 94), ohne daß ihr Stellenwert genau und interindividuell bestimmt werden könnte. Stotter*spezifische* Familienstrukturen, Erziehungsverhaltensweisen oder Kommunikations- bzw. Interaktionsmuster sind auf Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse nicht nachweisbar, so daß sie sich für eine ätiologische Interpretation als unzureichend erweisen und somit auch gegen *rein* familien- oder psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlungskonzepte sprechen (vgl. S. 99). Die Geltung der psychosozialen Einflußgrößen wird vielmehr im Bereich der aufrechterhaltenden und verstärkenden Faktoren gesehen und in diagnostisch-therapeutischer Hinsicht als aktuell zu beobachtendes Geschehen bedeutsam.

Allen vier Grundlagentexten zur Stottertheorie ist gemeinsam, daß sie die momentane Forschungsbilanz mit der notwendigen Zurückhaltung interpretieren. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß sich Phasen unterschiedlicher Erklärungs- und Therapiemodelle in Abhängigkeit vom jeweiligen Stand der Forschung und Diskussion ablösen. Dementsprechend konstatieren die Autoren, daß sich ihre Modellvorstellungen auf dem Boden des *derzeitigen* Erkenntnisstandes befinden und daß weitere wissenschaftliche

Untersuchungen und Konzeptbildungen notwendig und erwünscht sind. Als gemeinsame Basis läßt sich hierbei festhalten, daß die Ursachen für Sprechunflüssigkeiten im organisch-physiologischen Bereich angesiedelt werden, während die Entwicklungsdynamik, die aus diesen Sprechunflüssigkeiten flüssiges Sprechen oder das komplexe Störungssyndrom Stottern entstehen läßt, durch das individuell unterschiedliche Zusammenwirken von psycholinguistischen, psychosozialen und soziokulturellen Faktoren bestimmt wird: eine inspirierende und zukunftweisende Standortbestimmung. Eine übergreifende, allgemeingültige Ursache des Stotterns ist jedoch nicht zu definieren und ist im einzelfallorientierten Verständnis des Zusammenwirkens denkbarer Risikofaktoren nicht interindividuell festzulegen. Damit kann bei aller Forschungsaktivität nicht für jeden Einzelfall verbindlich festgelegt werden, was an Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen zur aktuellen Symptomatik geführt hat. Man wird diesbezüglich weiterhin auf deduktive Hypothesenbildungen angewiesen sein. Das entbindet jedoch nicht von der Aufgabe, die Forschung im Bereich *möglicher* ätiologischer Zusammenhänge voranzutreiben, um diese Hypothesenbildung zu unterstützen und abzusichern.

2. *Derzeit praktizierte Therapieansätze in Abhängigkeit vom Lebensalter und vermutetem Störungshintergrund*

Den Einstieg in die Beschreibung therapeutischer Vorgehensweisen bilden sechs Beiträge, die zum einen die Vielfalt von Therapiekonzepten für unterschiedliche Altersstufen strukturieren, zum anderen die Sicht auf das Problem Stottern aus der Perspektive von Mit- oder Selbstbetroffenen schildern. Die folgende Darstellung der Kernaussagen soll der besonderen Bedeutung Rechnung tragen, die diesen Schilderungen im Rahmen der Bildung eines individuellen therapeutischen Selbstverständnisses und einer persönlichen Standortbestimmung zukommt.

Zur speziellen Problematik des Stotterns im Vorschulalter beschreibt *Schoor* das Erscheinungsbild und die besonderen diagnostischen und therapeutischen Implikationen für diese Altersgruppe. In einer kritischen Diskussion werden die bestehenden Möglichkeiten der Differentialdiagnose dargestellt und therapeutische Interventionsstrategien (direkte und indirekte Methoden) umfassend und anschaulich erläutert. Der aufgestellte Handlungsplan (S. 118/119) verdeutlicht dabei die Forderung nach jeweils „individueller Indikation" (S. 110) der Methodenwahl und faßt die Auswahl der entscheidungstragenden Kriterien übersichtlich zusammen, so daß dem Praktiker ein Instrumentarium zur Verfügung gestellt wird, mit dessen Hilfe er einen pädagogisch-therapeutischen Förderplan erstellen kann, wenn er die notwendigen Methodenkenntnisse und die erforderliche „professionelle Flexibilität" (S. 110) besitzt.

Braun grenzt das chronifizierte Stottern im Schulalter gegenüber dem beginnenden Stottern bzw. dem Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen ab und bezieht sich somit vorrangig auf bestehende Therapiekonzepte für das Grundschulalter, wobei eine Einbettung der therapeutischen Komponente in die pädagogische Arbeit und die Praxis des Schulalltages erfolgt. Als sinnvolle Organisationsstrukturen werden vor allem integrative Therapien an allgemeinen Schulen und stationäre Therapiekurse vorgestellt, wohingegen ambulante Therapien und Stottertherapie an Sprachheilschulen als problematisch angesehen werden. Die geschilderten Methoden beziehen sich weitgehend auf Strategien zur Stotter-Modifikation. Dadurch, daß „die Schwerpunkte der Beratung und Behandlung dieser Störung in die Grundschule verlegt werden" (S. 138), wird der Therapie in der Vorschulphase (s. *Schoor*) in gewissem Sinne die Berechtigung oder auch die Wirksamkeit abgesprochen, was aufgrund bestehender Therapiekonzepte für diese Kinder (exemplarisch: *Baumgartner* 1991, *Hansen/Iven* 1992, *Katz-Bernstein* 1986) äußerst problematisch erscheint. Auch die Aussage, daß es unstrittig sei, „daß die ambulante Behandlung ... keine Aussicht auf Erfolg hat" (S. 154), sollte nicht unwidersprochen bleiben. Die oben angeführten Therapiekonzeptionen bieten gerade für den ambulanten Rahmen erprobte methodisch-didaktische Strukturen, die eine individualisierte und mehrdimensionale Intervention ermöglichen.

Auf die Berechtigung und die Bedeutung von Selbsthilfegruppen als Ergänzung zu herkömmlichen Therapien im Jugendlichen- und Erwachsenenalter weist *Weikert* hin. In einem Überblick schildert sie Merkmale, Zielsetzungen und psychosoziale Bedeutung von Selbsthilfegruppen allgemein, bevor sie die Arbeit der Stottererselbsthilfegruppen würdigt, die sich als „soziale Unterstützungssysteme" (S. 180) und als „Alternative oder Erweiterung von professionellen Stottertherapien" (S. 180) verstehen. Die Notwendigkeit des gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausches und der Kooperation wird hier einprägsam vor Augen geführt, indem *Weikert* verdeutlicht, daß sich Therapie und Selbsthilfe keinesfalls ausschließen müssen.

Zwei Erfahrungsberichte von Menschen, die durch das Stottern eines Mitglieds des sozialen Bezugssystems mitbetroffen waren, veranschaulichen die Suche nach Ursachen und Lösungsmöglichkeiten, aber auch die Hilflosigkeit, in der sich die indirekt Betroffenen häufig befinden. *Rottländer/Rottländer*, die Eltern eines stotternden Jungen, schildern einfühlsam die Ambivalenz ihrer Situation: zum einen sind sie Beteiligte im familiären System und wirken als Interaktions- und Kommunikationspartner auch auf das Stottern, zum anderen nehmen sie sich jedoch auch als „Außenstehende" (S. 182) wahr, die kaum Möglichkeiten zu bewußten, positiv wirkenden Interventionen haben. Durch die Beschreibung der vielschichtigen therapeutischen Bemühungen und deren Auswirkungen verdichtet sich der Eindruck, daß die *gesamte* Familie unter dem Stottern leidet und ihm mehr oder weniger stark ausgeliefert ist. Das von den Eltern formulierte Ziel im Umgang mit dem Stottern heißt Akzeptanz, wobei auch hier ein Schwanken zwischen passivem „Sich-Abfinden" und aktiv handelnder Auseinandersetzung erkennbar wird (vgl. *Grohnfeldt* 1992 b).

Wie sich Stottern als Problem in der Sprachheilschule darstellt, beschreibt *Zellerhoff* anhand ihrer Erfahrungen als Lehrerin. Versehen mit der Einschränkung, daß sich an Sprachheilschulen nur wenige Kinder mit ausgeprägter Stottersymptomatik finden, gibt sie wertvolle Hinweise für Therapieeinheiten, die Integration des stotternden Kindes in das Klassengefüge und die Enttabuisierung des Stotterns als Entlastung für das betroffene Kind. Durch eine Fallbeschreibung wird nachvollziehbar, wie verschiedene Therapie-Elemente mit Einwirkungen auf die schulische und häusliche Umwelt zusammenwirken können und müssen, um die Therapie für *alle* Beteiligten effektiv zu gestalten.

Einen herausragenden Beitrag stellen die Aussagen von *Jansen-Beutner, Tontsch* und *Ohrem* zu ihren Erfahrungen als Stotterer dar. In äußerst reflektierten Stellungnahmen schildern sie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Stottern und mit ihren persönlichen und den Umweltreaktionen. Als zentrale Fragen kristallisieren sich dabei Überlegungen zu den individuellen Ursachen des Stotterns heraus sowie zu verstärkenden Faktoren, Auswirkungen im psychosozialen Bereich, zum Sinn und Erfolg von Therapie und Selbsthilfe sowie zur möglichen Akzeptanz des Stotterns. Die dazu niedergelegten Gedanken sind so differenziert, daß sie hier nicht zusammenfassend wiedergegeben werden können. Der Beitrag erweist sich jedoch aufgrund der emotionalen Dichte der Schilderung als essentielles Muß für jeden Therapeuten, der sich aktiv mit der Stotterproblematik auseinandersetzen will.

Den Hauptanteil des vorliegenden Handbuchbandes bilden die Darstellungen der zur Zeit praktizierten und anerkannten Stotter-Therapiemethoden (in Abgrenzung zu ebenfalls praktizierten, aber kritisch zu bewertenden eindimensionalen oder „Schnell"-Verfahren). Die Bandbreite der dabei beschriebenen Ansätze erstreckt sich von traditionellen, tiefenpsychologisch orientierten Therapieformen (*Kocks, Iwert*) bis zum Einsatz modernster Technik (*Deuse*), vom sprechtechnischen Interventionsfeld (*Pape*) bis zur Familienspieltherapie (*Kemper*). Das jeweils vorgeschlagene therapeutische Vorgehen ist dabei naturgemäß von den unterschiedlichen Annahmen über Entstehung und Entwicklung des Stotterns bedingt. Dementsprechend stehen hier eher symptomorientierte Ansätze neben psychosozial ausgerichteten Vorgehensweisen und neben Therapiekonzepten, in denen eine Integration von Sprechübungselementen und psychologischer Un-

terstützung angestrebt wird. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über Autoren und Themen der einzelnen Artikel:

Autor/in	Titel
Bindel	Stottern als Redeabstimmungsstörung
Deuse	Computerunterstützte Stottertherapie
Elstner	Bewegung als Hilfe zum flüssigen Sprechen
Iwert	Atmung und Entspannungstraining bei Sprechneurosen
Katz-Bernstein	Therapiebegleitende Elternarbeit bei stotternden Kindern
Kemper	Personenzentrierte Familienspieltherapie – Implikationen für die Behandlung stotternder Kinder
Kocks	Eine persönlichkeitsorientierte Stottertherapie auf der Basis der Individualpsychologie Alfred Adlers
Pape	Erlernen neuer Sprechformen als Stottertherapie
Stoll	Sprechleistungsstufen
Wendlandt	Non-avoidance-Prinzipien in der Therapie des Stotterns
Werner	Biokybernetischer Ansatz
Westrich	Zum personenzentrierten Verständnis der Redeauffälligkeiten Das Gespräch als Therapie

Abb. 1: Ansätze der Stottertherapie

Dieser breiten Angebotspalette lassen sich vielfältige Anregungen für den therapeutischen Alltag entnehmen. Für den erfahrenen Praktiker ergibt sich die Gelegenheit, in alternative Sichtweisen und Therapiekonzepte hineinzuschnuppern und das eigene Vorgehen daran angelehnt zu modifizieren oder in Abgrenzung zu anderen Methoden erneut zu bestätigen; für Studenten und therapeutische Neulinge sind hier Einstiegsinformationen enthalten, die die Auswahl persönlicher Präferenzen in der Methodenwahl erleichtern können. Dadurch, daß hier Methodenkenntnisse aus sehr unterschiedlichen, 'gängigen' Therapieansätzen vermittelt werden, wird jeder, der sich intensiv mit dem Problemkreis Stottern auseinandersetzen möchte, eine Bereicherung seiner gewohnten Perspektiven erfahren können.

Ebenso anregend wie die große Informationsfülle zur Stottertherapie wirken auch die Beiträge zu den ansonsten nur selten eigenständig erwähnten Störungsphänomenen der Sprechangst/Logophobie, des Polterns und des Mutismus, die das Handbuch abschließen. In ausführlicher Symptomatologie und Pathologie beschreibt *Kriebel* das Störungsbild der Sprechangst als „das Ausmaß von Angst/Furcht, die im Zusammenhang mit tatsächlichem oder antizipiertem Sprechen vor einer Gruppe bzw. einem Publikum auftritt" (S. 451) und damit gegenüber dem Stottern als Angst vor dem Verlust der sprachlichen Selbstkontrolle abzugrenzen ist (S. 460). Da nur äußerst knappe Hinweise zu therapeutischen Strategien erfolgen, bleibt der Stellenwert des Syndroms Sprechangst für die sprachtherapeutische Praxis weitgehend diffus, da es sich nach der von *Kriebel* dargestellten Forschungslage um ein primär psychologisches Störungsbild zu handeln scheint, zumal auch die vorgeschlagene verhaltenstherapeutische Intervention nicht unbedingte Domäne einer pädagogischen Sprachtherapie ist. Ein demgegenüber sehr praxisorientiertes Konzept zur Diagnose und Therapie des Polterns beschreibt *Meixner*,

nachdem eine Einordnung des Störungsbildes in entwicklungs- und neuropsychologischer Hinsicht erfolgt. Dadurch sowie durch eine Vielzahl von exemplarischen Transkripten und Übungsvorschlägen werden mögliche Beinträchtigungs-, aber auch Interventionsebenen veranschaulicht, so daß ein umfassendes, konkretes Bild zur Einschätzung dieser Redeflußstörung entsteht. Zum Störungsbild des Mutismus beschreibt *Hartmann* die Pathologie und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapieprogramme, bevor abschließend *Werder* eine Kasuistik mit jeweils anamnestischen, neurologischen und psychologischen Befunden erstellt, um auf die Komplexität der Ätiologie und individuellen Ausprägung zu verweisen.

Es ist zu hoffen, daß die Störungsbilder Sprechangst/Logophobie, Poltern und Mutismus, die sich ansonsten eher am Rande des Forschungs- und Therapieinteresses befinden, auch durch die explizite Behandlung im Rahmen des vorliegenden Handbuches etwas mehr Aufmerksamkeit erfahren und dadurch auch hier vermehrte Anstöße für Therapie und Forschung erfolgen – Ansatzpunkte dazu werden von den Autoren reichhaltig beschrieben.

3. *Bedeutung der Methodenkombination in der Stottertherapie*

Wer sich mit der Vielfalt der 'auf dem Markt' befindlichen Stottertherapie-Konzepte beschäftigt, wird ein Phänomen bemerken: Hier existieren verschiedene Ansätze nebeneinander, die z.T. recht divergent erscheinen (z.B. rein atem- und/oder sprechtechnisch ausgerichtete Übungstherapien gegenüber verhaltens- oder gesprächspsychotherapeutisch orientierten Formen), die aber trotzdem jeweils ihre Berechtigung haben, weil sie zumindest auf einen Teilaspekt der Stotterproblematik zugreifen und somit bei entsprechend daraufhin ausgewählter Klientel auch die üblichen Therapieerfolgsquoten aufweisen können. Wenn sich Therapeutenpersönlichkeit, Therapiekonzept, Klientenpersönlichkeit und die individuelle Ausprägung des Stotterns treffen, kann demnach auch bei monokausal ausgerichteten Vorgehensweisen eine deutliche Verringerung der Symptomatik erreichbar sein, obwohl dabei gilt: „While some explanations deal nicely with one facet of the problem, they seemingly overlook many others" (*Conture* 1990, 1). Daher werden immer wieder Versuche gemacht, die verschiedenen Einzelpositionen miteinander zu verknüpfen, um so möglichst ein integriertes Gesamtkonzept zu erstellen, in welchem der individuell unterschiedlichen Ätiologie und Pathogenese Rechnung getragen werden kann. Diese Suche nach Möglichkeiten zur Methodenkombination ist nicht neu, ebensowenig wie die Frage danach, *was* letztendlich in der Stottertherapie wirkt. Ein kurzer Rückblick in die Geschichte der Sprachheilpädagogik soll dies verdeutlichen, bevor das heutige Verständnis der Methodenkombination diskutiert wird.

3.1 Historische Perspektiven

Das Streben nach Methodenkombination ist bereits aus sehr frühen Veröffentlichungen zur Stottertherapie herauszulesen und besteht dort zumeist aus der Verbindung verschiedener Übungstherapieformen, mit denen die Ruhe- und Sprechatmung, die Stimmgebung, die Sprechgeschwindigkeit und die Artikulation in ihrem Zusammenwirken beeinflußt werden sollen. Im Sinne einer Theorie-Praxis-Verknüpfung werden die therapeutischen Maßnahmen dabei jeweils von den vermuteten Stotterursachen abgeleitet.

Die meisten Autoren beschreiben Therapieelemente, die man aus heutiger Sicht unter den Begriff „Sprechkontrollierungsverfahren" (*Weikert* 1992) subsumieren könnte, nämlich Übungen zur direkten Beeinflussung des Sprech- bzw. Stottermusters. Unter Bezeichnungen wie „Respirations- und Sprachgymnastik" (*Lehweß* 1868), „Tactir- und Athemübungen" (*Ruff* 1885) oder „Athem-, Stimm- und Sprachgymnastik" (*Coën* 1891a und b) werden Übungen zur Verlängerung der Stimmhaltedauer, zur Reduktion des Sprechtempos durch Dehnung der Vokale und zum rhythmisierten Sprechen vorgeschlagen. *Ernst* (1884) verweist ebenfalls auf Übungsformen, die auch heute noch ihre Berechtigung haben: „tönende Expiration" (S. 19), ein weicher Stimmeinsatz, der „ohne Härte zu intonieren" ist (S. 20), Betonung der Vokale unter artikulatorischer Vernachlässigung der Konsonanten, um den Stimmfluß

nicht zu unterbrechen (S. 20) – diese Elemente finden sich auch in den zur Zeit üblichen Sprechtechniken, wenn auch mit elaborierteren Begründungen. So beschreibt *Hornig* (1909) die Ursache des Stotterns als „anatomische Veränderung einzelner Nervenfäden in der Nähe des motorischen Sprechzentrums" (S. 189) und schlägt als Therapiemaßnahme eine Verlangsamung des Sprechtempos vor, um damit eine bessere Koordination von Atmung und Stimmgebung erreichen zu können. In ganz ähnlicher Weise argumentiert *Fiedler* im diesem Beitrag zugrundeliegenden Handbuch, wenn er als Therapieziel die Anpassung der Produktion an die tatsächlich vorhandenen neuropsychologischen Steuerkompetenzen nennt. Neben diesen immer noch aktuellen sprechtechnischen Komponenten finden sich in der historischen Stotterliteratur auch Behandlungsmethoden, die ein aus heutiger Sicht kurioses Verständnis von Methodenkombination beweisen; so beschreibt *Wolff* (1878) seine Therapie als Verbindung von Respirations- und Zungengymnastik mit Artikulationsübungen auf Laut-, Wort-, Satz- und Textebene und schlägt als Unterstützung kalte Waschungen zur Kräftigung der Konstitution vor und die Anwendung „eines von mir erfundenen Pulvers, welches dazu dient, die schwachen Zungennerven wieder neu zu beleben und zu stärken" (S. 5). Diese Art des Vorgehens weist darauf hin, wie der Begriff der Methodenkombination mißverstanden werden kann, indem verschiedene Interventionsmöglichkeiten additiv, ohne ersichtlichen Begründungszusammenhang und eher unreflektiert nebeneinander stehen, so daß man den Eindruck gewinnt, daß hier experimentell alles ausprobiert wird, was wirken *könnte*, und irgendetwas wirkt dann schon.

Neben den oben aufgeführten Vertretern einer weitgehend übungstherapeutisch ausgerichteten Vorgehensweise, zu denen auch die 'Klassiker' A. und H. *Gutzmann* (1910, 1912, sowie in gemeinsamer früher Veröffentlichung 1891) zu zählen sind, finden sich auch Ansätze, die sich gegen Artikulationsübungen aussprechen und eine psychotherapeutische Schwerpunktsetzung in der Therapie fordern, z.B. bei *Laubi* (1907, 1910). Darüber hinaus bestehen jedoch auch in der älteren Literatur Hinweise darauf, wie eine Kombination von sprechtechnischen und psychosozialen Einwirkungsbereichen zu einem individuell sinnvollen therapeutischen Handeln verknüpft werden kann. *Schultheß* (1830) nennt neben der Beeinflussung des Sprechablaufs als Therapieziele auch die Ablenkung von Unflüssigkeiten durch Verlagerung der Aufmerksamkeit auf flüssige Sprechanteile (in moderner Diktion: fluency shaping) sowie die Willensstärkung des Stotterers (was heute als psychosoziale Kompetenz und intrinsische Motivation bezeichnet werden könnte). *Gruenbaum* (1897) betont neben der Notwendigkeit von Atemübungen und einer Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit die Bedeutung von Entspannung und (Auto-)Suggestion, um erlernte Sprechtechniken auch außerhalb des Therapieraums anwenden zu können. Damit spricht er Teile der Transferproblematik und der In-Vivo-Arbeit in der Stottertherapie an. Die schon früh erkannte Notwendigkeit zur Kombination von symptomorientierten Sprechkontrollierungsverfahren mit unterstützender psychosozialer Betreuung wird vor allem in den Veröffentlichungen von *Froeschels* (1925, 1951) und *Fernau-Horn* (1977) intensiviert. In dem Maße, wie ein differenzierteres Verständnis der Stotterproblematik gewachsen ist, hat sich auch der Therapiebegriff erweitert: von eindimensionalen oder additiv angewandten Übungstherapien zu integrierenden symptom- *und* persönlichkeitsorientierten Verfahren.

3.2 Methodenkombination als Konsequenz der idiographischen Sichtweise

Die Schwierigkeiten, die heutzutage im Umgang mit dem Begriff der Methodenkombination bestehen, begründen sich vor allem aus der fast unübersehbaren Vielfalt therapeutischer Ansätze, die eine Orientierung außerordentlich erschweren. Zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Therapieansätze zitiert *Grohnfeldt* (S. 12) in seinem Eingangsbeitrag das Ergebnis des „Proporz-Wettlaufs" aus „Alice im Wunderland": „Alle sind Sieger, und jeder muß einen Preis bekommen." Diese Sichtweise der Gleichberechtigung aller Beteiligten wird auch aus den Regeln des Wettlaufs ersichtlich: „...die Mitspieler mußten sich irgendwo auf der Bahn aufstellen, wie es

sich gerade traf... jeder begann zu laufen, wann er wollte, und hörte auf, wie es ihm gefiel, so daß gar nicht so leicht zu entscheiden war, wann der Wettlauf eigentlich zu Ende war" (*Carroll* 1963, 30). Überträgt man dieses Bild auf die Stottertherapie, ergibt sich folgende Problematik: Wenn jegliche Therapieform und Zielsetzung begründbare Vorgehensweisen bereithält, nach welchen Kriterien soll man dann seine eigene, individuelle Therapiegestaltung vornehmen? Was *heißt* Methodenkombination eigentlich?

Betrachtet man das Stottern nicht nur auf der Ebene der gestörten Sprachproduktion, sondern bezieht die damit verbundenen negativen Emotionen, Erfahrungen und Kognitionen des Betroffenen und seiner Kommunikationspartner mit ein, wird deutlich, daß auch die therapeutische Intervention in ein vielschichtiges Handlungsmodell münden muß. *Wendlandt* (1980, 1984) spricht in diesem Zusammenhang von mehrdimensionaler bzw. methodenkombinierter Therapie. Der Kenntnisstand über Ätiologie und Pathogenese des Stotterns hat sich in den letzten Jahren entscheidend erweitert und zur Bildung eines idiographischen Verständnisses geführt (*Motsch* 1983 und im vorliegenden Handbuchband). Argumentiert man aus dieser Perspektive, wird Stottern als ein in jedem Einzelfall unterschiedlich verursachtes und ausgeprägtes Phänomen begriffen, das in seinen akut bestehenden Bedingungen diagnostisch erfaßt und therapeutisch beeinflußt werden soll. Die Probleme, die sich dabei für den Praktiker ergeben, sind (wie die Vorstellung von der Methodenkombination allgemein) nicht neu: „Nicht jede Therapie paßt für jeden Stotterer und für jeden Therapeuten, der eine arbeitet leichter nach dieser, der andere nach jener Methode. Der eine Patient ist empfänglicher für diese, der andere für jene Methode" (*Rothe* 1929, S. 112). Nach welchen Kriterien soll man auswählen, welche Schwerpunkte sind zu setzen? Welche Therapiebausteine sind sinnvoll miteinander zu kombinieren, welche schließen einander aus? Auf einige dieser offenen Fragen sind Antworten möglich.

Als oberstes Prinzip und Auswahlkriterium bei der Methodenwahl sollte die Respektierung der Wünsche, Bedürfnisse und auch Ängste des Klienten gelten. Ein therapeutischer Zwang zu konsequenter Anwendung einer Sprechtechnik kann von einem selbstbewußten Stotterer mit eher geringfügiger Symptomatik als zu weit gehende Qual empfunden werden, bei der 'mit Kanonen auf Spatzen geschossen' wird. Andererseits kann eine gesprächspsychologisch ausgerichtete Therapie für einen Klienten verfehlt sein, der vorrangig eine Reduktion seiner Symptome und nicht deren Akzeptanz anstrebt. Vor allem in der Arbeit mit erwachsenen Stotterern sollte folglich die individuelle Zielsetzung des Klienten im Vordergrund stehen. In Zusammenarbeit mit dem Klienten ist abzuklären, auf welcher Ebene der Schwerpunkt des Problems und der individuellen Betroffenheit liegt. Anhand der persönlichen Therapieziele (z.B. möglichst oft symptomfrei zu sprechen und/oder mit auftretenden Stottersymptomen selbstbewußter umgehen zu können) ist dann eine erste Auswahl der Therapieschwerpunkte zu treffen. Diese können aus der Erstellung und dem stufenweisen verhaltenstherapeutischen Abbau von Angsthierarchien bestehen oder auch aus der Erarbeitung einer stotterinkompatiblen Sprechtechnik oder aus der Identifikation und Modifikation der Symptomatik oder aus der Erarbeitung der Non-avoidance-Prinzipien oder, oder, oder...

Eine modellhafte *Abfolge von Teilschritten* ist nach diesem Verständnis von Methodenkombination nicht zu erwarten und wird auch nicht angestrebt, weil im Sinne eines hypothesengeleiteten Vorgehens stets überprüft werden muß, ob die Therapeuten-Vorstellungen über eine 'richtige' Therapie noch mit den Bedürfnissen des Klienten übereinstimmen und ob eventuell eine Anpassung der Zielsetzungen oder Methoden erfolgen muß. Es gibt jedoch Therapie-Elemente, die als mögliche sinnvolle Interventionsbereiche angesehen werden können und die demnach das Grundgerüst bilden, in welches die einzelfallspezifischen Therapieschritte eingefügt werden können:

- Auf der *Symptomebene* wird angestrebt, die aktuelle Sprachproduktion in einer anderen als der bisher praktizierten Weise zu vollziehen. Als Methoden stehen dafür zum einen Fluency-shaping-Ansätze (z.B. *Boberg/Kully* 1985, *Ryan/van Kirk* 1982, *Shine* 1984) zur Verfügung, die eine Eta-

blierung und weitgehende Automatisierung flüssiger Sprechmuster intendieren; alternativ bestehen Konzepte zur Modifikation des Stottermusters, die ein selbstbewußtes, flüssiges Stottern zum Ziel haben (z.B. *Van Riper* 1986, *Wendlandt* 1987a und b). Unterstützende Funktion können Atem- und Entspannungstechniken haben.

– Auf der Ebene der „psychosozialen Unterstützung" (*Weikert* 1992, 276) finden sich Bestrebungen, die mit dem Stottern verbundenen negativen Emotionen und Kognitionen zu erfassen und abzuschwächen. Dazu dienen verhaltenstherapeutische Konzepte (z.B. *Wendlandt* 1980, *Kuhr* 1991), Non-avoidance-Ansätze (*Wendlandt* 1987a und b) und die Stärkung von Selbsthilfekompetenzen und Einstellungsänderungen in bezug auf das Stottern mit der Zielsetzung einer geänderten Wahrnehmung der eigenen Person und der Kommunikationspartner sowie mit dem Ziel einer aktiven Akzeptanz und Bewältigung der individuellen Problematik (vgl. *Grohnfeldt* 1992b, 237f.).

Aus dieser methodischen Bandbreite sind im Einzelfall und in Absprache mit dem Klienten Störungs- und Therapieschwerpunkte zu ermitteln, so daß die Auswahl der Methoden sich an der individuellen Befindlichkeit orientiert. Dabei besteht die Forderung, daß eine sinnvolle Methodenkombination beide Kriterien beinhalten muß: die symptomorientierte und die psychosoziale Ebene. „Thus, our consideration of stutterer's psychosocial concerns must take place in the context of our simultaneous consideration of their speech behaviour" (*Conture* 1990, 7). In diesem Sinne stellt die Methodenkombination kein Konzept dar, dessen Elemente wie aus dem Baukasten willkürlich zusammengestellt werden können, um eine übertragbare, für alle Einzelfälle gültige Therapie zu entwerfen. Sie liefert vielmehr ein grobmaschiges Netz, in dem sich sowohl Therapeuten und Klienten in ihrer gegenseitigen Verantwortung für den Therapieverlauf und -erfolg orientieren können. Als Erfolg wird demnach die subjektive Zufriedenheit mit dem Erreichten verstanden, die zum einen durch die möglichst weitgehende Beeinflussung der Symptomatik angestrebt werden kann, zum anderen und in Ergänzung auch durch eine Einstellungs- bzw. Bewertungsänderung gegenüber der Stotterproblematik. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die hierzu notwendigen Anstöße zu geben und die Handlungsalternativen, die daraus entstehen, zu unterstützen und zu begleiten; der Therapeut gleicht damit dem Künstler, wie *Ribeyro* (1991, 175) ihn beschreibt:

> „Der geniale Künstler verändert nicht die Realität, er verändert unseren Blick. Die Realität bleibt die gleiche, aber wir sehen sie durch sein Werk, das heißt, durch eine andere Linse. Dank dieser Linse gelangen wir zu Graden von Komplexität, Sinn, Subtilität oder Leuchtkraft, die hier, in der Realität, vorhanden waren, die wir aber nicht wahrgenommen haben."

4. Abschließende Überlegungen

Der Begriff der Methodenkombination wird auch heute noch vielfach mißverstanden als (mehr oder weniger) wahllose Aneinanderreihung unterschiedlicher Therapieansätze. Vor allem im angloamerikanischen Raum bestehen Konzepte, die sich als 'integriert' oder 'umfassend' bezeichnen, letztendlich jedoch nur die Verknüpfung von Fluency-shaping- und Stutter-modification-Ansätzen meinen und damit auf der Symptomebene verhaftet bleiben (z.B. *Guitar/Peters* 1990, 1991). Darüber hinaus steht ein solch globaler Begriff in der Gefahr, in eine Alibifunktion gedrängt zu werden: Wenn man als Therapeut in bezug auf die individuellen Ursachen des Stotterns weitgehend auf Hypothesen und Modellvorstellungen angewiesen ist, kann Methodenkombination als Legitimation eines experimentellen Therapieaufbaus dienen, der dem Versuch-und-Irrtum-Prinzip folgt. Methodenkombination wäre hier die Kapitulation vor dem unüberschaubaren Dschungel der Stottertheorien und -therapien. Es liegt in der Verantwortung jedes einzelnen, sich von dieser kritischen therapeutischen Grundhaltung zu distanzieren.

In einem Verständnis von Methodenkombination, das nicht ein starres Konzept, sondern variable Kategorien beinhaltet, werden hohe Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung und damit die Fachkompetenz und persönliche Souveränität des Therapeuten gestellt, da er verantwortlich dafür ist, die möglicher-

weise geeigneten Therapie-Elemente auszuwählen und anzubieten. Außerdem ist ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Flexibilität gegenüber den Bedürfnissen des Klienten erforderlich. Dies setzt voraus, daß der Therapeut von einer Bandbreite von Methoden theoretische und praktische Kenntnis hat und daß er seine Kompetenzen und auch Kompetenz*grenzen* einschätzen kann.

Der hohe Stellenwert des vorliegenden Handbuchs für eine solche Zielsetzung der Methodenkombination ergibt sich aus den folgenden Qualitäten:

- erstens werden breitgefächerte Informationen zum aktuellen Stand der Forschung in den Bereichen Ätiologie und Pathogenese vermittelt;
- zweitens findet der Leser einen intensiv nutzbaren Überblick über derzeit angewandte Therapiekonzepte;
- drittens werden vielfältige Hinweise auf offene Fragen zu Forschungsinteressen, Therapie-Inhalten und therapeutischem Selbstverständnis gegeben.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß der 5. Band des Handbuchs der Sprachtherapie eine Fülle von Anregungen für aktive theoretische und praktische Auseinandersetzungen mit den vielschichtigen Perspektiven der Redestörungen enthält. Wer sich intensiv informieren will, hat hier ein Standardwerk zur Verfügung, das die eigene therapeutische Entwicklung und die des Fachgebiets positiv beeinflussen kann, da es sich als hochaktuell, informationsträchtig und zukunftsweisend darstellt. Somit liegt mit dem 5. Band nicht nur ein weiteres Handbuch im herkömmlichen Sinne vor, sondern ein Lehrbuch in bester pädagogischer Manier.

Literatur[1]:

Baumgartner, S.: Die Behandlung des kindlichen Stotterns in Anlehnung an *Van Riper:* Gedanken und Erfahrungen eines Sprachheilpädagogen. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. – Landesgruppe Hessen* (Hrsg.): Behinderung – Pädagogik – Sprache. Gießen 1991, 18-42.

Baumgartner, S.: Sprechflüssigkeit. In: *Baumgartner, S., Füssenich, I.* (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München/Basel 1992, 204-289.

Boberg, E., Kully, D.: Comprehensive stuttering program. San Diego 1985.

Carroll, L.: Alice im Wunderland. Übersetzung von Chr. Enzensberger. Frankfurt/M. 1963.

Coën, R.: Beitrag zur Therapie des Stotterns. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 1891a, 312-315.

Coën, R.: Zur Technik der Athemgymnastik bei der Therapie des Stotterns. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 1891b, 177-181 und 233-236.

Conture, E.G.: Stuttering. Englewood Cliffs ^{2}1990.

Ernst, R.: Das Stottern, seine Ursachen und die Methoden seiner Behandlung. Berlin 1884.

Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart ^{3}1977.

Froeschels, E.: Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie) für Ärzte, Pädagogen und Studierende. Leipzig/Wien 1925.

Froeschels, E.: Stuttering and Psychotherapy. Folia Phoniatrica 1955, 124-132.

Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992a.

Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Was ist „Erfolg" in der Stottertherapie? Die Sprachheilarbeit 37 (1992b), 227-239.

Gruenbaum, F.: Erklärung des Stotterns, dessen Heilung und Verhütung. Leipzig 1897.

Guitar, B., Peters, T.J.: Stuttering: An Integration of Contemporary Therapies. Speech Foundation of America, Memphis ^{4}1990.

Guitar, B., Peters, T.J.: Stuttering: Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment. Baltimore 1991.

Gutzmann, A.: Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren. Berlin 1910.

Gutzmann, A., Gutzmann, H.: Zu unserer Methode der Stotterheilung. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 1891, 361-367.

Gutzmann, H.: Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Berlin 1912.

Hansen, B., Iven, C.: Stottern bei Kindern im (Vor-) Schulalter. Dynamische Prozesse und individualisierte Sichtweisen in Diagnostik und Therapie. Die Sprachheilarbeit 37 (1992), 240-246 und 263-267.

[1] Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeitern des Phonetischen Instituts der Universität Hamburg, die mir die historischen Quellen zugänglich gemacht haben.

Katz-Bernstein, N.: Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflußgestörten Kindern. Ein sprachtherapeutisches Übungskonzept. Luzern 1986.

Kuhr, A.: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns. Ein multimodaler Ansatz. Berlin/Heidelberg/New York 1991.

Laubi, O.: Die psychischen Einflüsse bei der Aetiologie und Behandlung des Stotterns. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 1907, 411-418.

Laubi, O.: Nochmals die psychogenen Sprachstörungen. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 1910, 193-204.

Lehweß, J.: Radicale Heilung des Stotterns unter Verwendung der Respirations- und Sprachgymnastik. Braunschweig 1868.

Motsch, H.-J.: Stottern. In: *Aschenbrenner, H., Rieder, K.* (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Praxis. Wien 1983, 88-134.

Ribeyro, J. R.: Heimatlose Geschichten. Übersetzung von A. Botond. Zürich 1991.

Rothe, K.C.: Die Umerziehung. Halle a.d. Saale 1929.

Ruff, J.: Das Stottern, seine Ursachen und seine Heilung. Leipzig 1885.

Ryan, B.P., van Kirk, B.A.: Monterey Sprechtrainingsprogramm. Palo Alto 1982.

Schultheß, R.: Das Stammeln und das Stottern. Über die Natur, Ursachen und die Heilung dieser Fehler der Sprache. Mit besonderer Berücksichtigung der neuen Curmethode des Stotterns nebst einem Versuch über die Bildung der Sprachlaute. Zürich 1830.

Shine, R.E.: Assessment and fluency training with the young stutterer. In: *Peins, M.* (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston 1984, 173-216.

Van Riper, C.: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986.

Weikert, K.: Stottern im Erwachsenenalter – Sprechkontrollierungsverfahren und ihr Stellenwert in der Stottertherapie. Die Sprachheilarbeit 37 (1992), 268-277.

Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Denkansätze, Zielsetzungen, Behandlungsmethoden. Weinheim 1980.

Wendlandt, W.: Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag. München 1984.

Wendlandt, W.: Nicht vermeiden – Stottern zeigen! Teil 1: Grundsätzliches zum Non-avoidance-Konzept in der Behandlung des Stotterns. Die Sprachheilarbeit 32 (1987a), 145-153.

Wendlandt, W.: Nicht vermeiden – Stottern zeigen! Teil 2: Symptom-orientierte Behandlungsbausteine im Rahmen meiner Nicht-Vermeidungs-Therapien bei Stotternden. Die Sprachheilarbeit 32 (1987b), 193-205.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. paed. Claudia Iven
Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät
Klosterstr. 79b
5000 Köln 41

Frau Dr. paed. Claudia Iven ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.

Uwe Ender, Bonn
Volker Middeldorf, Lindlar

Aphasietherapie – anthropologische Aspekte aus erziehungswissenschaftlich-logopädischer Sicht

Zusammenfassung

Das Problemverhalten bei aphasischem Sprachverlust wird unter den Aspekten der Eigenwahrnehmung von Defiziten durch den Patienten und daraus resultierender veränderter Subjektivität sowie hinsichtlich der entsprechenden Betroffenheit der Lebenspartner reflektiert und in einen pädagogisch-anthropologischen Gesamtzusammenhang gestellt, der eine Einfühlnahme in die je singuläre Situation des Erkrankten wahrscheinlicher werden läßt.

1. *Das Phänomen Aphasie, auch ein anthropologisches Problem*

Aphasie ist eine Sprach-, Konzept- und Kommunikationsstörung aufgrund zerebraler Ursache (z.B. Apoplex). Die Symptome der Aphasie sind höchst vielgestaltig. Sie lassen Defizite im Bereich der Wahrnehmung und/oder Verarbeitung von gesprochener bzw. geschriebener Sprache deutlich werden. Sie zeigen auch die oft anzutreffende Unfähigkeit der schriftlichen und/oder artikulatorisch-expressiven Sprachproduktion (bzw. die Dissoziation der Modalitäten Sprachverstehen/-produktion, Schreiben/Lesen) und/oder die Unfähigkeit, Begriffs- und Satzeinheiten semantisch wie syntaktisch korrekt zu verwenden.

Die plötzlich aufgetauchten und bisher völlig unbekannten Defizite im Sprachsystem führen den Aphasiker in eine fundamentale Desorientiertheit unterschiedlichen Ausmaßes hinsichtlich seiner individuellen und sozialen Identität.

Der Verlust von Elementen des Sprachsystems zieht einen Verlust sprachlicher Kompetenz und Performanz und somit den Verlust bedeutsamer Komponenten kommunikativer Vermögen symbolmanipulativer Sprechhandlungen nach sich. Dieser Verlust wirkt sowohl auf das personale Selbst als auch auf die den Aphasiker umgebende Umwelt ein. Dies impliziert eine Erschütterung, oftmals auch die Aufhebung prämorbider Interaktionsmuster zwischen Aphasiker und Kommunikations- bzw. Lebenspartner. Das plötzlich entstellte Selbstbild wird begleitet von einem plötzlich verzerrten Fremdbild.

Daraus resultiert, trotz eines Erhaltes soziobiographischer Persönlichkeitskriterien aus der Sicht der Umwelt, eine Veränderung der Sicht auf die eigene Identität. Der Aphasiker begreift schnell, daß er seine prämorbide Persönlichkeit nicht mehr voll entfalten kann, gleichwohl er um die Kontinuität dessen, was er bislang als basale Struktur seines Personseins achtete, weiß.

Für den Aphasiker beginnt der dramatische Prozeß, sein für ihn scheinbar verlorenes Selbst wiederfinden zu wollen und erkennen zu müssen, aus eigener Initiative dazu kaum im Stande zu sein. Diese Erkenntnis initiiert eine geradezu existentielle Angst, am katastrophalen Anfang eines ungewissen Endes zu stehen, anthropologisch gesehen zu einer neuen menschlichen Daseinsform gezwungen zu sein, in der die für das Menschsein relevante Leidenschaft des Ausdrucks durch eine systematische Beschränkung aller Aspekte des Organoncharakters der Sprache (Kundgabe, Appell und Darstellung; vgl. *Bühler* 1982, 28) negativ betroffen ist.

2. *Was bedeutet Aphasie für den Betroffenen und seine Mitmenschen?*

Bei den Mitmenschen des Aphasikers erzeugt die Aphasie eine tief verunsichernde Irritation und Desorientiertheit. Aphasie erweist sich in diesem Zusammenhang über die sprachsystematisch bedingte kognitive Ord-

nungsfunktion von Zeichensystemen hinaus als ein dialogisch geprägtes Problem zweier miteinander interagierender Kommunikationspartner. Niemand weiß im ersten und auch in folgenden Momenten so recht, wie auf das neue Schweigen, Nicht-Verstehen, Laute-Stammeln, Aufbäumen, Weinen (zur Vorkommenshäufigkeit, Phänomenologie und Charakteristik aphasisch bedingter Depression vgl. *Herrmann/Bartels/Wallesch*), also auf das neue Erscheinungsbild von Verhalten einzugehen ist.

Diese Unkenntnis verunsichert die Mitmenschen in ihrem eigenen Denken, Fühlen und Handeln. Sie leiden nicht nur mit dem Aphasiker, sondern auch selbst.

Der Aphasiker beobachtet – über das Erleben der eigenen Unfähigkeiten hinaus – oft eine in dieser Form von ihm bisher nicht wahrgenommene Konfusion im Verhalten – Agieren, Reagieren oder Interagieren – seiner Mitmenschen.

Wie mag er diese Wahrnehmung verarbeiten und kompensieren?

Wie mag der Aphasiker, der auch geraume Zeit nach der Erkrankung sein prämorbides Selbst- und Fremdbild noch in sich trägt bzw. deren spezifische Eigenschaften auseinander ableitet und definiert, seine konkret spürbare eigene sprachliche Handlungsunfähigkeit in einer solchen Situation werten und einordnen?

Der Zugang zur Beantwortung dieser Fragen soll gesucht werden. Hilfreich dafür können einige Feststellungen sein, die sich aus praktischer Therapieerfahrung entwickelten:

- Der aphasische Mensch war bis zu seiner zerebralen Schädigung eine Persönlichkeit, die eine über Jahre und Jahrzehnte entwickelte Identität besaß.
- Die Mitmenschen lebten mit ihm bis zu seiner zerebralen Schädigung in einem Beziehungs- und Kommunikationsgeflecht, in welchem sich eine über Jahre und Jahrzehnte entwickelte und abgesicherte Interaktionsstruktur realisierte.
- Der Aphasiker verfügt nicht mehr über *das* prämorbide Kommunikations- und Interaktionsinstrumentarium, mit dessen Hilfe er bisher sein Leben gestaltet hat (ihm ist u.U. die ihm eigene Typik des Sprechens und/oder persönliche Ausstrahlung in der Kommunikation verlorengegangen; er erkennt u.U., daß er nun in einer für ihn bisher untypischen Art gedanklich kombiniert, Unterhaltungen folgt, schimpft, schreibt, liest, wertet etc.). Letztlich ist ein Verlust bzw. ein reduktiver Eingriff in das, was *Weisgerber* als sprachliche Zwischenwelt im Sinne eines pragmakognitiven Ordnungs- und Interpretationsgefüges definiert, gegeben.
- Die Mitmenschen innerhalb und außerhalb der Privatsphäre verzeichnen u.U. den Verlust des früher gewohnten Lebenswandels und Umganges mit dem Aphasiker, dahingehend daß sie nun in einer für sie bisher untypischen Art mit dem Aphasiker interagieren, Gedanken austauschen, Unterhaltungen pflegen, Konflikte austragen und ertragen. Das Gemeinsame kollektiver sprachlicher Zwischenwelten und Semiosen unterliegt als soziales Faktum weitgehenden Deformationen und gerät somit zu einem neu anzustrebenden Desiderat jenseits aller beliebig leicht verfügbaren funktionalen Bestände.
- Der Aphasiker gerät mitsamt seiner humanen Umwelt in eine individuelle wie auch soziale Krise. Er hat auf dieser Ebene gemeinsam mit Angehörigen und Bekannten die gänzlich neuartige Lage zu erdulden und zu verarbeiten, indem er individuelle wie soziale Bedürfnisse bezogen auf sich und die Interaktion mit dem Gegenüber neu strukturieren und kanalisieren muß und zu lernen hat, deren Befriedigung durch alternatives, „neues" Interagieren zu realisieren und zu kompensieren.

Diese Feststellungen lassen deutlich werden, daß sich die Art des Miteinanders in der Lebensgemeinschaft mit der Familie, mit den Freunden, mit den Kollegen sowohl aus der Sicht des Aphasikers als auch für die Mitmenschen plötzlich und ohne Vorwarnung zwangsweise ändert.

Aphasie ist ein die ganze Persönlichkeit des Aphasikers umgreifender Zustand und Prozeß.

Die tiefsitzende Ohnmacht, die Befürchtung, nie mehr so sein zu können wie früher (mit all den bis zur Erkrankung erworbenen und erprobten Kompetenzen), das Trauma, von nun an auf andere angewiesen zu sein, die Unsicherheit, dem weiteren Dasein noch einen tieferen Sinn zuschreiben zu können, das Gefühl der Orientierungslosigkeit u.a.m. verdeutlichen die individuelle wie soziale Virulenz des Syndroms Aphasie.

Kausal ist Aphasie zerebral bedingt. Konsekutiv zeigt das Syndrom Aphasie eine stark persönlichkeitsvariierende Wirkung aufgrund der oben angedeuteten individuellen Erlebens- und Verarbeitungsprozesse, aber auch durch die „neue" Sozialisation.

Aphasie wirkt in alle Lebens-Bereiche hinein. Sie besitzt fundamentale, menschlich-ganzheitliche Lebensbedeutsamkeit sowohl für das aphasische Individuum, wie auch für dessen Mitmenschen und die Interaktion zwischen diesen.

Die Aphasietherapie hat dieser Erkenntnis Rechnung zu tragen. Neben der gezielten Arbeit an der Sprache wird ein therapeutisches Agieren notwendig, welches den anthropologischen Aspekt der Aphasie als Therapiegegenstand anerkennt und methodisch-didaktisch berücksichtigt.

3. *Was wünschen sich der Aphasiker und seine Mitmenschen in der eigenen therapeutischen Aktivität?*

Der größte Wunsch des Aphasikers und seiner Mitmenschen zu Beginn einer jeden Therapie ist, daß der Prozeß der sprachlichen Rehabilitierung schnell und erfolgreich abgeschlossen sein möge. Erste Arbeitsergebnisse sollten sich sofort konkretisieren.

Erfahrungsgemäß gestaltet sich ein Therapieprozeß aber aus den verschiedensten Gründen als schwierig, langwierig und daher für den Patienten als belastend:

Manche werden ungeduldig, manche verzweifeln und sind zeitweise tief deprimiert und affektlabil (vgl. *Wever*).

Andere dagegen halten willensstark durch, erkennen in jeder kleinen Veränderung einen Schritt in Richtung Ziel.

Der Aphasiker ist u.E. nicht ein Kranker im klassisch medizinischen Sinne, denn er lebt nach der Akutversorgung und der medikamentösen Einstellung eigenverantwortlich und im Rahmen einer funktionalen Beeinträchtigung, die jenseits eines auf somatostrukturelle Defizite gerichteten Augenmerks liegt. Er ist auf dieser Ebene relativ stabilisiert. Da der Aphasiker ein kommunikationsbehinderter Mensch ist, bedarf er nun einer gezielten und gleichzeitig umfänglichen, der kommunikations- und lebenspraktischen Orientierung verpflichteten Therapie.

Der Aphasiker sucht nach mehr als nur nach Trainingsanweisungen, Übungseinheiten, Textmaterial usw., welche er selbstverständlich als notwendig ansieht. Er sucht nach Übungen, Hilfestellung, Beratung, Stützung, „Seelsorge", Konzeptentwicklung, Zielsetzung. Er sucht den Halt einer seine Unsicherheiten abbauenden, den Therapeuten ganzheitlich integrierenden Intervention.

Der Aphasiker spürt sehr wohl, was um ihn herum passiert. Er weiß sehr genau, ob ihm etwas nutzt oder nicht und kann somit auch die Bedeutsamkeit der Maßnahme ermessen.

Die Angehörigen möchten in den Therapieprozeß eingebunden werden und mitarbeiten, sie möchten, daß man ihnen die Therapiemaßnahmen erklärt und ihnen die Fähigkeit und Mündigkeit zuschreibt, als Co-Therapeut, im Rahmen des bzw. über die Beendigung eines intensiven Übungsprogramms hinaus wirksam werden zu können.

4. *Allgemeine Ziele einer patientenbezogenen Aphasietherapie*

Allgemeine Ziele der Aphasietherapie sollten sein: Den und die betroffenen Menschen aus dem neuen Erlebensraum der Fremde heraus zu geleiten, das Irritiertsein umzuwandeln in Orientiertheit, Selbstzweifel zu verwandeln in neue Hoffnung, die Entpersönlichung vermeiden zu helfen, raumgreifende Infantilisierung der Kommunikation zu verhindern, die Dignität des Aphasikers zu wahren durch:

- Orientierungshilfen für den Aphasiker,
- Orientierungshilfen für die mitleidenden Mitmenschen mit dem Ziel einer adäquaten Bewältigung der Problematik,
- Verfügbarmachung oder Wiederbelebung von kommunikativer Kompetenz,

– Wiederherstellung oder Verbesserung der körperlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit

in dem unablässigen Bemühen, gemeinsam mit dem Aphasiker und seinen Mitmenschen an den Punkt zu kommen, an dem die Unzufriedenheit mit dem Leben nicht mehr überwiegt und die Akzeptanz der noch erlebbaren Defizite wächst.

Die hier aufgeführten Ziele und aus diesen Zielen abgeleiteten Aufgaben charakterisieren die inhaltlichen Forderungen an eine anthropologisch geleitete, patientenbezogene Aphasietherapie.

Dazu gehört einerseits die systematische Arbeit an der Sprache: Vorliegende Beeinträchtigungen in den Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Syntax, Semantik, Lexikon), die sich auf expressive und/oder rezeptive sprachliche Modalitäten wie Sprechen, Verstehen, Lesen, Schreiben beziehen, zu beseitigen bzw. kompensieren. Andererseits gehören dazu geeignete Maßnahmen, welche dazu beitragen, daß die individuelle Problematik des Aphasikers und die seiner Mitmenschen erkannt, entschärft und wünschenswerterweise aufgelöst wird.

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, daß sich der Aphasiker wünscht, daß man ihm – seinen prämorbiden sozio-kulturellen Status berücksichtigend – adäquates Arbeitsmaterial und würdige Arbeitsmethoden anbietet.

Diese große Erwartung an die Therapie verlangt nach einer didaktischen und methodischen Vielfalt.

Der Aphasiker und seine Mitmenschen wünschen neben Anteilnahme, gezielter Arbeit an der sprachlichen Rehabilitation und Beratung durch den Therapeuten die Möglichkeit, selbst realistische Perspektiven und neue Konzepte zu entwickeln.

5. *Didaktisch-methodische Überlegungen zu einer anthropologisch-logopädischen, patientenbezogenen Aphasie-Therapie*

Das Didaktische (Didaktik = Theorie der Bildungsinhalte) an einer Therapie ist die Überlegung und/oder Entscheidung, welches Instrument für die Zielerreichung innerhalb des Therapieprozesses eingesetzt werden soll. Das Methodische (Methodik = Wissenschaft vom planmäßigen Vorgehen) an einer Therapie ist die systematische Überlegung und/oder die Entscheidung, wie ein Therapiegegenstand aufbereitet und wie der Therapieprozeß gestaltet wird.

Diese Überlegungen erhalten ihre besondere Bedeutsamkeit gerade im Zusammenhang mit der Frage nach einem anthropologisch-logopädischen Schwerpunkt in der Aphasietherapie, welcher eine weitgehend individuenzentrierte Betrachtung fordert.

Da sich Sprachtherapie in partnerschaftlicher Kommunikation zwischen Patient und Therapeut sowie in der Interaktion Patient und Umwelt artikuliert, sollte auch über den interaktional-dialogischen Aspekt der Aphasietherapie didaktisch und methodisch reflektiert werden.

Der Therapieprozeß unterliegt ständig inhaltlichen sowie interaktionalen Veränderungen, er involviert temporäre, situative, organisatorische, affektive wie auch pragmatische und intentionale Rahmenbedingungen (vgl. erneut das *Bühler*sche Organonmodell).

Planung und Durchführung der Aphasietherapie haben sich diesen in permanentem Umbruch befindlichen Bedingungsgefügen zu widmen. Ein solcher Reflexionsprozeß wird hier als förderdiagnostisches Vorgehen verstanden.

Sprache gilt nach Laienauffassung dann als gestört, wenn das tatsächliche Sprachprodukt von einer definierten Vorstellung einer „normalen" Sprachgestaltung abweicht (das Ideal einer normalen Sprache im Sinne einer von einem idealen Sprecher-Hörer geäußerten performativen Sprechaktform gilt spätestens seit *Chomsky*s detaillierten Analysen der Sprachproduktion eher als regulativ denn als real). Das Verständnis von Aphasie leitet sich im allgemeinen von den Vorgaben theoriekonstitutiver Institutionen wie Neurologen, Patholinguisten oder Sprachtherapeuten ab.

Tatsächlich drückt sich eine Aphasie aber auch in der subjektiven Beurteilung der Sprache im Kommunikationsgeschehen aus. Einerseits läßt sich die Aphasie als kausal be-

stimmbares und objektivierbares Phänomen beschreiben. Dazu gibt uns die Neuro- und Patholinguistik Hilfsmittel an die Hand. Sie liefert mit den ihr zur Verfügung stehenden heuristisch-empirischen Methoden des Erklärens und Verstehens Diagnosemittel, mit deren Hilfe Möglichkeiten der präziseren Objektivierung der verschiedenen Aphasieformen angestrebt werden können.

Diese Hinweise deuten darauf hin, daß die Linguistik, wie auch die Medizin, im Rahmen der Aphasieproblematik mit ihren spezifischen Maßnahmen in Forschung und praktischer Anwendung weitgehend diagnose-orientiert und empirisch-vergleichend arbeitet und für die sprachtherapeutische Arbeit unverzichtbare Informationen über intersubjektiv überprüfbare Veränderungen im Sprachsystem gibt.

Andererseits muß die Aphasie aber auch als Sprachbehinderung, als ein den kommunizierenden Menschen in seiner kommunikativen Gestaltung der Interaktion behinderndes System betrachtet werden (der interaktional-dynamische Aspekt auch des Sprachsystems wurde schon durch den Begründer der Allgemeinen Sprachwissenschaft, Wilhelm *von Humboldt*, durch den Begriff des Energeia-Charakters der Sprache vorweggenommen). Das Gefühl des Behindertseins kann sowohl zu einer resignativen Grundeinstellung als auch zu einer Unzufriedenheit führen. Diese Unzufriedenheit stellt einen Komplex von Befindlichkeiten dar, die sich aus drei großen Gefühlsbereichen ableiten lassen:

- aus dem subjektiven Gefühl, eine ehemalige Sprachkompetenz verloren zu haben und die bisher gewohnte Sprachperformanz gegenwärtig nicht realisieren zu können,
- aus dem subjektiven Gefühl, über nur unzulängliche Fähigkeiten zur adäquaten und erwünschten Sprachverwendung (Wahrnehmen, Verarbeiten, Verstehen, Produzieren) zu verfügen,
- aus dem subjektiven Gefühl, der eigenen Vorstellung von einer wünschenswerten Sprachkompetenz und/oder Performanz nicht gerecht werden zu können.

In den folgenden Betrachtungen wird der Begriff der Unzufriedenheit unter dem Objektivierungsaspekt und unter dem Subjektivierungsaspekt zu bedenken sein.

Während der Objektivierungsaspekt die Fremdwahrnehmung und Fremdbeurteilung der Sprachstörung involviert, lenkt der Subjektivierungsaspekt die Betrachtung auf den Aphasiker, der die Sprachstörung subjektiv erlebt und die mit ihr einhergehenden Zusammenhänge durch Selbstwahrnehmung – introspektiv wie auch im sozial-kommunikativen Feedback – gewinnt und verarbeitet.

Es ist daher erforderlich, in der Aphasietherapie bewußt auch den subjektiven Anteil des Phänomens „Sprachstörung" zu berücksichtigen.

Das hat für die therapeutische Arbeit die Konsequenz, daß im Spannungsfeld zwischen (ärztlicher oder logopädischer oder eigener) Erstdiagnose und der Erreichung der Zufriedenheit mit der Sprache ein bewußt gestalteter, organisierter und zielgerichteter Prozeß ablaufen muß, der unter dem Objektivierungs- und dem Subjektivierungsaspekt didaktisiert ist.

Die Aphasietherapie wird als organisiertes Geschehen mit zielgerichtetem Vorgehen von den Interaktionspartnern Therapeut und Patient zum Zwecke der Beseitigung bzw. der Kompensierung der Sprachstörung verstanden, dem das Therapieziel einer approximativen Gerichtetheit auf ein Zufriedensein mit der Sprache zugrundeliegt. Ein Therapieerfolg kann immer dann angenommen werden, wenn die Unzufriedenheit abgebaut oder verringert worden ist.

Der Objektivierungsaspekt weist auf die Zufriedenstellung des Therapeuten, des Arztes, des Linguisten usw. hin, der Subjektivierungsaspekt auf die Zufriedenstellung des Aphasikers. Es ist zu bemerken, daß die Zufriedenheit auf beiden Seiten sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Die Aphasie als Sprach- und Kommunikationsbehinderung beinhaltet, wie oben bereits angedeutet, drei Aspekte als Variablen, die sich auf die Beurteilung der Therapieprozesses auswirken und sich damit zu Beurteilungsfaktoren entwickeln.

Diese drei Variablen sind unter dem Objektivierungsaspekt auch der Strukturierung einer

Sprachuntersuchung und der Beschreibung der Sprach- und Kommunikationsstörung dienlich.

Unter dem Subjektivierungsaspekt dienen sie als exploratorische Bereiche, in denen die Subjektivität der Sprachstörung eines Menschen analysiert und transparenter gemacht werden kann. Diese weisen darüber hinaus die Richtung des therapeutischen Verhaltens an. Wir nennen sie

- Sprach- bzw. Kommunikationsstörung,
- Sprach- bzw. Kommunikationsexspektanz und
- Sprach- bzw. Kommunikationsakzeptanz.

Unter Sprach- bzw. Kommunikationsstörung wird die aktuelle Normabweichung in bestimmten Sprachsituationen und Sprechhandlungen verstanden.

Sprach- bzw. Kommunikationsexspektanz bezeichnet den aktuellen Wunsch, eine erstrebte Sprachkompetenz bzw. Performanz in bestimmten Sprachsituationen zu besitzen.

Sprach- bzw. Kommunikationsakzeptanz beschreibt die aktuelle Fähigkeit, die Diskrepanz zwischen Sprach- bzw. Kommunikationsstörung und der Exspektanz zu akzeptieren.

Unter Benutzung dieser Termini wird nun Aphasie als komplexe Sprachbehinderung verstanden, welche sich in der subjektiven Verarbeitung der Divergenz von Sprach- bzw. Kommunikationsstörung und Exspektanz bei zu geringer Akzeptanz manifestiert.

Daher wird die Sprachtherapie als Vorgehen zur Bewältigung einer Sprachbehinderung zielgerichtet die

- Änderung der Sprach- bzw. Kommunikationsstörung,
- Änderung der Sprach- bzw. Kommunikationsexspektanz,
- Änderung der Sprach- bzw. Kommunikationsakzeptanz

des Sprachbehinderten im Sinne der Unzufriedenheitsbeseitigung beinhalten müssen. Unter dieser Prämisse lassen sich die drei Variablen als „Arbeitsbereiche" auffassen.

Literatur:

Bühler, K.: Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache. Stuttgart 1982 (1934).

Chomsky, N.: Aspekte der Syntaxtheorie. Frankfurt a.M. 1969.

Herrmann, M., Bartels, C., Wallesch, Claus-W.: Depression und Aphasie. Konzepte zur Ätiopathogenese und Implikationen für Forschung und Rehabilitation. Neurolinguistik. Zeitschrift für Aphasieforschung und -therapie 6 (1992), 1-26.

Humboldt, W. von: Einleitung zum Kawi-Werk. In: *Humboldt, W. von*: Schriften zur Sprache. Stuttgart 1973.

Weisgerber, L.: Von den Kräften der deutschen Sprache. Düsseldorf 1961.

Weisgerber, L.: Grundlegung der ganzheitlichen Sprachauffassung. Aufsätze 1925-1933. Düsseldorf 1964.

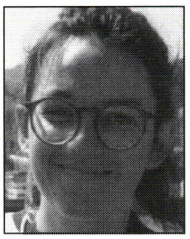
Wever, H.: Depressionsneigung, Ängste und Aggressionen bei Aphasiepatienten. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Aggressionen und Ängste im stimm- und sprachtherapeutischen Prozeß. München, Wien 1991, 92-98.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Volker Middendorf
Dr. Uwe Ender
Kamperstraße 17-19
5253 Lindlar

Dr. Volker Middeldorf (Sprachbehindertenpädagoge und staatlich geprüfter Sprachheillehrer) und Dr. Uwe Ender (Neurolinguist und Sprachtherapeut) arbeiten u.a. in der Intensivtherapie von Aphasien im Logopädischen Rehabilitationszentrum in Lindlar bei Köln.

Die Sprachheilarbeit 38 (1993) 3, S. 134—139



Melanie Herbst, München

Gedächtnisleistungen für Handlungen: eine Vergleichsstudie zwischen sprachauffälligen und sprachunauffälligen sechsjährigen Kindergartenkindern

Zusammenfassung

In dieser vergleichenden Studie mit je 20 sprachauffälligen als dysgrammatisch diagnostizierten (= SA) und 20 sprachunauffälligen (= SU) sechsjährigen Kindergartenkindern wurde die Güte des Gedächtnisses für Handlungen (z.B. „eine Mütze aufsetzen", „eine Kette anlegen") nach verbaler und non-verbaler, enaktiver Enkodierung untersucht. Als Untersuchungsparameter wurden die Enkodier- und Abrufmodalität sowie die Zeit, die bis zur ersten Erinnerung vergeht, berücksichtigt. Entgegen den Erwartungen erbrachten sprachauffällige Kinder Gedächtnisleistungen, die denen der sprachunauffälligen Kinder vergleichbar waren. Da die sprachauffälligen Kinder aus einer nonverbalen Bedingung nicht mehr als die sprachunauffälligen profitierten, stellt sich die Frage, ob die Bewertung des verbalen Systems bei sprachauffälligen Kindern möglicherweise neu überdacht werden muß.

1. Einleitung und allgemeine Fragestellung

Vergleichende Studien bezüglich der Gedächtnisleistungen von sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern beschäftigen sich vorwiegend mit verbalem Lernmaterial oder mit Objekten, die unter verschiedenen Bedingungen gelernt werden sollen. Normalerweise werden dabei schlechtere Gedächtnisleistungen für Sprachauffällige festgestellt, vor allem, wenn der Abruf der Leistungen verbal erfolgt, also in der Modalität, die bei diesen Kindern sowieso beeinträchtigt ist. Es stellt sich daher die Frage, ob sich Bedingungen finden lassen, die es sprachauffälligen Kindern ermöglichen, gleiche Gedächtnisleistungen wie sprachunauffällige Kinder zu erreichen.

Eine erste Überlegung galt daher der Art des Lernmaterials. Ausgehend von den Entwicklungstheorien *Piagets* und *Bruners* wird angenommen, daß sich die unterschiedlichen Enkodier- und Repräsentationsmodalitäten (enaktives, visuelles und verbales System) im Kindesalter sukzessive entwickeln: dabei bildet sich das enaktive System am frühesten aus, danach folgen das visuelle und das verbale (*Piaget* 1969; *Bruner* 1968). Handeln scheint demnach ein günstiger Enkodiertyp für Kinder im Kindergartenalter zu sein, da sich das sprachliche System erst im Schulalter gut entwickelt hat. Dieser Überlegung wurde bereits in Studien von *Knopf* und *Klemm* genauer nachgegangen (vgl. *Klemm* 1991; *Knopf* 1992). Indem *Klemm* das verbale System in ihren Untersuchungen schrittweise minimierte, gelang es ihr schließlich, eine Bedingung zu finden, in der die Gedächtnisleistungen für Handlungen bei vier- und sechsjährigen Kindern vergleichbar waren. Die Kinder mußten das Lernmaterial (= Handlungen) durch Imitation (= pantomimisch, nicht-sprachlich) lernen und waren beim Erinnern aufgefordert, die Handlungen nicht zu benennen, sondern sie wiederum nicht-sprachlich vorzuspielen. Aufgrund dieser und anderer bereits vorliegender Untersuchungen kann daher gefolgert werden, daß die jüngeren, vierjährigen Kinder aus der nicht-sprachlichen Lernbedingung höheren Gewinn zogen als die älteren, sechsjährigen Kinder. Wird davon ausgegangen, daß die sprachauffälligen Kinder gegenüber ihren sprachunauffälligen Altersgenossen sprachlich benachteiligt sind, sollten sie aus einer non-verbalen Aufgabenstellung ebenfalls profitieren. Ausgehend von diesen Überlegungen wurde ein Untersuchungsdesign konstruiert, das sowohl bisherige Untersuchungsergebnisse als auch theoretische Grundlagen berücksichtigt (siehe 2.4).

2. Hauptuntersuchung

2.1 Versuchspersonen

Die Untersuchungspopulation bestand aus insgesamt 40 Kindern aus verschiedenen Münchner Vorschul- bzw. Kindergarteneinrichtungen. Alle Kinder sprachen fließend Deutsch und nahmen freiwillig an der Untersuchung teil.

2.1.1 Sprachauffällige Versuchspersonen (SA)

Die 20 sprachauffälligen Kinder stammten aus verschiedenen schulvorbereitenden Einrichtungen (= SVE) in München und waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Alter von durchschnittlich M = 74.10 Monate (SD = 2.75). Das Verhältnis Mädchen : Jungen betrug 3 : 17. Alle Kinder wurden aufgrund der von Fachpädagogen gestellten Diagnose „Dysgrammatismus" in die Untersuchungspopulation aufgenommen.

2.1.2 Sprachunauffällige Versuchspersonen (SU)

Die Kontrollgruppe setzte sich aus 20 Kindern (Mädchen : Jungen = 13 : 7) zweier städtischer Kindergärten zusammen, deren Durchschnittsalter bei M = 72.65 Monate (SD = 4.44) lag. Bei keinem der Kinder waren Auffälligkeiten in der Entwicklung bekannt.

2.2 Versuchsmaterial

Das verwendete Lernmaterial bestand aus 4 Listen à 10 Handlungen, die über eine Normierungsstudie ermittelt worden waren (Beispiel siehe Tabelle 1). Das Material erwies sich als äußerst effektiv, da keine der Listen den Kindern Verständnisprobleme bereitete.

1	Seifenblasen machen
2	ein Foto machen
3	eine Hose anziehen
4	Klavier spielen
5	eine Fliege fangen
6	mit der Schere schneiden
7	Fahrrad fahren
8	die Lippen anmalen
9	eine Kette um den Hals legen
10	ein Eis lecken

Tabelle 1: Beispiel: Liste 1

2.3 Untersuchungsablauf

Insgesamt nahm jedes Kind an vier Lerndurchgängen mit je einem freien Erinnerungstest am Ende von jedem Durchgang teil. Um die Kinder nicht zu überfordern, wurde die Untersuchung jeweils auf zwei Tage aufgeteilt, so daß in jedem Teil je zwei Lern- mit den dazugehörigen Erinnerungsphasen stattfanden.

In den Lernphasen sollten die Kinder je 10 Handlungen unter einer bestimmten Bedingung lernen und in der darauf folgenden Testphase sollte diese im freien Gedächtnistest erinnert werden (siehe 2.4). Die Durchführungsdauer pro Teil betrug etwa eine Viertelstunde. Um einen steten Blickkontakt zu gewährleisten, saßen sich Versuchsleiterin und Versuchsperson bei allen vier Durchgängen auf einem Stuhl gegenüber. Die Items wurden jeweils im Abstand von 10 Sekunden präsentiert, wobei ein Wecker mit Sekundenanzeiger als Taktgeber diente.

2.4 Enkodier- und Abrufbedingungen

Die Enkodier- sowie die Abrufphase erfolgte in je einer von zwei Untersuchungsmodalitäten: in der Lernphase wurden dem Kind die 10 zu lernenden Handlungen entweder lediglich vorgesprochen (= verbal) oder sie wurden dem Kind pantomimisch vorgespielt (= motorisch), wobei das Kind gleichzeitig aufgefordert war, die Handlungen zu imitieren. Für die Erinnerungsphase galt, daß das Kind die gelernten Handlungen entweder sprachlich aufzählen (= verbal) oder sie pantomimisch (= motorisch) vorspielen sollte. Infolge der insgesamt vier Durchgänge ergab sich so ein ausgewogenes Design. In Tabelle 2 (siehe S. 136) ist ein Überblick über die Enkodier- und Abrufbedingungen gegeben.

2.5 Untersuchungsdesign und Hinweise zur Auswertung

Der Untersuchung lag ein dreifaktorielles Design mit den Faktoren Gruppe, Endkodierbedingung und Abrufbedingung zugrunde. Es werden die Variable Gruppe (SA, SU) als „between-subject"-Faktoren, die Variable Enkodierbedingung (verbal, motorisch) sowie die Abrufbedingung (verbal, motorisch) als „within-subject"-Faktoren untersucht.

Bedingung	Enkodierphase		Abrufphase
	Präsentation der Handlungen	Enkodier-modalität	Abruf-modalität
MM – MM	motorisch	motorisch	motorisch
MM – VV	motorisch	motorisch	verbal
VV – MM	verbal	auditiv	motorisch
VV – VV	verbal	auditiv	verbal

Tabelle 2: Überblick über die zentralen Merkmale der vier Untersuchungsbedingungen zum freien Erinnern von Handlungen

Für die statistische Analyse der erhobenen Daten wurde das Statistikpaket „SAS" verwendet (SAS 1989 by SAS Institute Inc., Cary, NC USA). Für alle relevanten Werte wurden deskriptive Statistiken mit absoluten Werten erstellt. Die Hypothesen wurden über dreifaktorielle Varianzanalysen überprüft, wobei als Indikatoren

- die Anzahl der erinnerten Items,
- die Anzahl der Objekte und Tätigkeiten, die jeweils erinnert wurden und
- die Zeit, die bis zur ersten Erinnerung gemessen wurde, dienten.

Auf Einzelheiten der Datenanalyse soll hier nicht näher eingegangen werden.

3. Auswertung

3.1 Synonymliste als Grundlage für eine einheitliche Auswertung der verbalen Antworten

Bei der Auswertung der Erinnerungsleistungen der Kinder wurde, um auch das Erinnern von Teilkomponenten der Handlungen anzuerkennen, sehr detailliert vorgegangen. Für eine vollständig erinnerte Handlung (Objekt und Tätigkeit) wurden zwei Punkte vergeben; wurde nur ein Teil der Handlung erinnert (Objekt oder Tätigkeit), wurde ein Punkt vergeben. Um eine einheitliche Auswertung zu gewährleisten, wurde in einer Synonymliste die Punkteverteilung für alle möglichen Antworten festgelegt.

3.2 Die einzelnen Schritte der Auswertung

Die hypothesenbezogene Auswertung erfolgte in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurde die Rolle der Handlungsausführung für die Erinnerungsleistung analysiert. Im zweiten Analyseschritt wurde die Rolle der Handlungsausführung für die Zeit, die bis zum ersten erinnerten Item vergeht, untersucht.

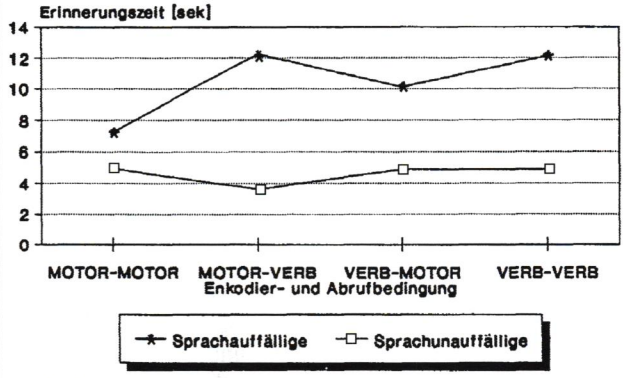
4. Ergebnisse

4.1 Die Rolle der Enkodier- und Abrufbedingung für die Gedächtnisleistung von sprachauffälligen und -unauffälligen Kindern

Eine Betrachtung der mittleren freien Erinnerungsleistungen (siehe Abb. 1) der beiden Vergleichsgruppen ergibt folgendes: Beide Gruppen erzielen beim non-verbalen, pantomimischen Abruf sehr ähnliche Leistungen, wobei die Unterschiede zum verbalen Abruf für SA deutlich größer sind als für SU. Sprachauffällige Kinder erinnern sich am besten, wenn sie die Handlungen verbal lernen und sich motorisch erinnern können, sprachunauffällige Kinder dagegen dann, wenn sowohl beim Lernen als auch beim Abruf keine verbale Sprache verlangt wird. Eine statistische Überprüfung dieser Werte ergibt einen signifikanten Haupteffekt für die Abrufbedingung, der besagt, daß die Leistungen in Abhängigkeit von der Abrufmodalität variieren. Dabei werden unter der pantomimischen Abrufbedingung bedeutsam höhere Gedächtnisleistungen als unter der verbalen Abrufbedin-

gung erzielt. Lediglich tendenziell ergeben sich für Sprachauffällige bei pantomimischer Abrufbedingung bessere Leistungen.

Abb. 1: Mittlere Erinnerungszeit [sek] von SA und SU in Abhängigkeit von der Enkodier- und Abrufbedingung

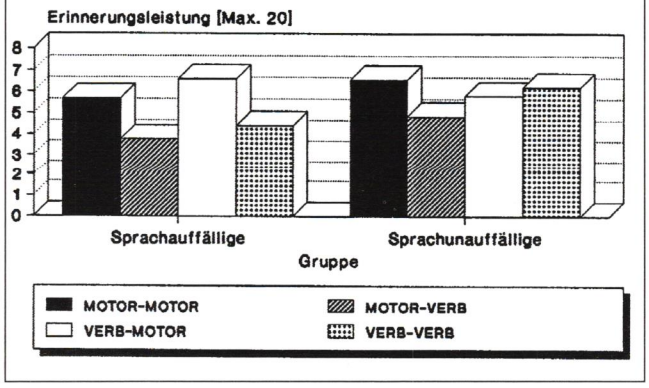


4.2 Die Bedeutung der Enkodier- und Abrufbedingung für die Latenzzeit bis zur ersten Erinnerung

Es wurde erwartet, daß die Latenzzeit, die bis zur ersten Erinnerung vergeht, für die Gruppe der sprachauffälligen Kinder höher ist als für die Vergleichsgruppe, unabhängig von der Enkodier- bzw. Abrufmodalität. Zur Überprüfung der numerisch ermittelten Werte wurde eine dreifaktorielle Varianzanalyse gerechnet, deren Ergebnisse bedeutsam waren:

Es ergab sich ein hochsignifikanter Haupteffekt „Gruppe", der besagt, daß sich die Gruppen hinsichtlich der Zeit voneinander unterscheiden. Dabei verbrauchen die sprachauffälligen Kinder durchgängig mehr Zeit bis zur ersten Erinnerung als die Vergleichsgruppe. Ein außerdem tendenziell auftretender Interaktionseffekt Gruppe x Enkodierbedingung zeigt weiterhin, daß Sprachauffällige beim Lernen von Handlungen durch Imitation weniger Zeit zum Erinnern brauchen als nach verbalem Lernen von Handlungen (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Mittlere Erinnerungsleistung von SA und SU für Handlungen in Abhängigkeit von der Enkodier- und Abrufbedingung



5. Diskussion

5.1 Die Bedeutung der Enkodier- und Abrufbedingung für die Leistungen von sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kindern

Die durchgeführte Untersuchung hat zu verschiedenen Ergebnissen geführt, von denen besonders eines sehr vorsichtig zu interpretieren ist: der in bisherigen Studien zum Gedächtnis für Handlungen immer auftretende „Handlungseffekt" blieb in dieser Untersuchung aus. Der *Handlungseffekt* besagt, daß motorisches Enkodieren zu Gedächtnisleistungen führt, die durch andere Enkodiertypen nicht erreicht werden. Weder die sprachauffällige noch die sprachunauffällige Versuchsgruppe konnte einen Leistungsgewinn aus der non-verbalen, pantomimischen Enkodierbedingung ziehen. Dieses unerwartete Resultat ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß die Leistungen nach verbalem Enkodie-

ren für beide Gruppen vergleichsweise hoch liegen, während die Leistungen nach non-verbalem, pantomimischen Enkodieren sehr niedrig liegen (vgl. *Knopf* 1992; *Klemm* 1991), so daß der Handlungseffekt in diesem Fall nicht auftritt.

Bei Betrachtung der in dieser Studie erzielten Gedächtnisleistungen beider Gruppen fällt auf, daß sich diese hinsichtlich der Enkodiermodalität (verbal, motorisch) sehr ähneln: sprachauffällige und sprachunauffällige Kinder erreichen für beide Enkodiermodalitäten vergleichbare Ergebnisse. Dieses Ergebnis ist sehr überraschend und besonders für die sprachauffälligen Kinder von hoher Bedeutung, da es bedeutet, daß auch für sie die Modalität beim Lernen keine entscheidende Rolle spielt, obwohl die vorliegende Sprachauffälligkeit Schwierigkeiten beim verbalen Enkodieren annehmen ließ. Sprachauffällige Kinder profitieren vom sprachlichen Input also genauso wie sprachunauffällige; sie können verbales Lernmaterial genauso gut speichern wie sprachunauffällige. Wo aber liegen dann ihre Defizite?

Die Datenanalyse zeigte weiterhin auf, daß die Leistungen beider Gruppen beim non-verbalen Abruf höher liegen als beim verbalen, unabhängig von der Enkodiermodalität. Dies ist besonders für die sprachauffälligen Kinder interessant, da sie nicht durch die Enkodiermodalität eingeschränkt zu sein scheinen, sondern durch die Modalität, in der der Abruf des erlernten Materials erfolgt. Die sprachauffälligen Kinder profitieren von einem nichtsprachlichen Abruf stärker als die sprachunauffälligen. Hier stellt sich nun erneut die Frage, ob die dysgrammatischen Kinder „nur" im Bereich der Sprache eingeschränkt sind oder ob ihre sprachlichen Beeinträchtigungen der Ausdruck eines Mangels auf einer ganz anderen mentalen Ebene sind (vgl. *Dannenbauer* 1989). Entgegen vielfältig vorliegenden Untersuchungsergebnissen von sprachauffälligen Kindern (vgl. *Herbst* 1992) kann für die hier beteiligte sprachauffällige Versuchsgruppe gefolgert werden, daß sie tatsächlich nur im Bereich des Sprechens eingeschränkt ist, da sie aus dem non-verbalen Abruf Gewinn zieht und der Gruppe der sprachunauffälligen Kinder ansonsten nicht unterlegen ist.

Fraglich bleibt aber weiterhin, worauf die Sprachauffälligkeiten von sprachauffälligen Kindern zurückgeführt werden können. Wenn es nicht das sprachliche Aufnahmevermögen ist, woher kommt ihre auffällige Sprache dann? Diese Frage kann hier nicht geklärt werden. Zugunsten der sprachauffälligen Versuchsteilnehmer muß aber nochmals betont werden, daß diese aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht auf mentaler Ebene, sondern vielmehr auf der sprachlichen Ausdrucksebene beeinträchtigt zu sein scheinen. Insofern sind die Resultate dieser Studie sehr erfreulich.

5.2 Die Bedeutung der Zeit bis zur ersten Erinnerung

Die Untersuchungsergebnisse haben verdeutlicht, daß sprachunauffällige Kinder sich immer schneller erinnern als sprachauffällige. Dagegen profitieren Sprachauffällige von der pantomimischen Enkodiermodalität mehr als von der verbalen: sie antworten bei ersterer schneller. Für die sprachauffällige Gruppe ist hierbei aber zu berücksichtigen, daß die Streuungen der Werte enorm hoch liegen, so daß die Ergebnisse relativiert werden müssen: es gibt unter ihnen durchaus einige, die bis zur ersten Erinnerung vergleichbar wenig Zeit wie sprachunauffällige Kinder benötigen.

Eine erhöhte Zeit bis zur ersten Erinnerung bedeutet aber auch ein höheres Vergessen von gelerntem Material, da die Höhe des Vergessens mit zunehmender Zeit stark korreliert. Könnten sprachauffällige Kinder schneller auf das Lernmaterial zugreifen, sollten sich ihre Erinnerungsleistungen steigern lassen, da die Vergessensrate dann geringer ist.

Offen bleibt, was es bedeutet, daß sprachauffällige Kinder sich nach non-verbalem Enkodieren schneller erinnern als nach verbalem, obwohl sich die Güte der Erinnerungsleistungen nicht verändert.

6. Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bringen neue Aspekte in die Diskussion um die Ursache des Dysgrammatismus. *Dannenbauer* geht davon aus, daß Sprachauffällige nicht nur im Bereich der Grammatik beein-

trächtigt sind, sondern auch bei weiteren mentalen Prozessen (vgl. *Dannenbauer* 1989). Bei der Untersuchungsplanung für diese Studie wurde von dieser Überlegung, die durch verschiedene Untersuchungen auch gestützt werden konnte (vgl. *Herbst* 1992), ausgegangen. So wurde vertrautes Lernmaterial verwendet, um keinerlei zusätzliche Schwierigkeiten in die Aufgabenstellung zu involvieren. Weiterhin wurde den Kindern während der Abrufphase genügend Zeit zur Verfügung gestellt. Möglicherweise ist hier eine Begründung dafür zu finden, daß sprachauffällige Kinder in anderen Studien nie Leistungen erbrachten, die denen Sprachunauffälliger vergleichbar sind, da die Kinder oft nur begrenzt Zeit zur Verfügung hatten.

Obwohl die Enkodierzeitdauer für sprachunauffällige Erwachsene bewiesenermaßen keinen Einfluß auf die Güte der Erinnerungsleistung hat (vgl. *Knopf* 1992), ist diese Frage für Sprachauffällige in bezug auf das Gedächtnis für Handlungen bisher nicht geklärt.

Für Folgeuntersuchungen erscheint ein weiterer Faktor überlegenswert: Oft nannten die Kinder bei ihren Antworten nur einen Teil der ganzen Handlung, z.B. statt „Kette umlegen" nur „Kette". Was meint ein sechsjähriges Kindergartenkind aber damit? Die Meinungen darüber gehen auseinander. Einerseits kann „Kette" nur das Objekt „Kette" bezeichnen, anderseits aber könnte die Äußerung „Kette" die ganze Handlung „Kette umlegen" im Sinne eines Einwortsatzes umfassen, obwohl dies den Sprachentwicklungsphasen, die jedes Kind durchläuft, nicht entsprechend würde, da die Einwortphase im Alter von etwa 18 Monaten bereits abgeschlossen sein sollte, die Kinder dieser Studie aber viel älter waren (vgl. *Szagun* 1980). Die Diskussion darüber kam erst nach Vorliegen der Ergebnisse auf und es ist von hohem Interesse, diesem Gedanken näher nachzugehen. Lernt ein Kind im Laufe seiner Sprachentwicklung Handlungen Wort für Wort, aufgeteilt nach Objekt und Tätigkeit? Oder speichert es den Ausdruck für eine Handlung als Einheit, so daß es beim Abrufen die Handlung entweder ganz oder garnicht benennen kann?

Es gibt noch viele Fragen, die einerseits das Gedächtnis für Handlungen, andererseits das Phänomen der Sprachauffälligkeiten betreffen. Die Quintessenz dieser Studie: Sprachauffällige Kinder erzielen im Bereich des Gedächtnisses für Handlungen Leistungen, die denen Sprachunauffälliger vergleichbar sind; die Enkodiermodalität hat keine Auswirkungen auf die Güte der Erinnerungsleistung; ist die Abrufmodalität non-verbal, profitieren sie davon tendenziell stärker als Sprachunauffällige. So soll dieser Bericht mit dem folgenden Zitat abgeschlossen werden: „The detection of a memory impairment in LD (= Language-Learning Disabled Children) depends on which instrument one uses" (*Ceci/Ringstrom/Lea* 1981, 159).

Literatur:

Bruner, J.S.: Processes of cognitive growth: Infancy. Worcester/Mass. 1968.

Ceci, S.J., Ringstrom, M., Lea, S.E.G.: Do Language-Learning Disabled Children (L/LDs) Have Impaired Memories? Journal of Learning Disabilities 14, 3 (1981), 159-162.

Dannenbauer, F.: Ist der kindliche Dysgrammatismus grammatisch? – Zu den Sprachproblemen entwicklungsdysphasischer Kinder. Die Sprachheilarbeit 34 (1989), 151-168.

Herbst, M.: Non-verbales expressives Handeln bei Kindern mit auffälliger und unauffälliger Sprachentwicklung. Hausarbeit zur Erlangung des Magistergrades. LMU München 1992.

Klemm, A.: Handeln ohne verbalen Input zur Entwicklung des Gedächtnisses für Handlungen bei Kindern im Kindergartenalter. Unveröff. Diplomarbeit. LMU München 1991.

Knopf, M.: Gedächtnis für Handlungen – Funktionsweise und Entwicklung. Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für das Fach Psychologie. Heidelberg 1992.

Piaget, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart 1968.

Szagun, G.: Sprachentwicklung beim Kind. München 1980.

Anschrift der Verfasserin:

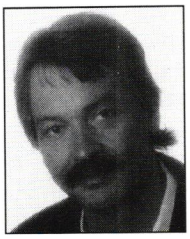
Melanie Herbst
Klinikum Großhadern
Neurologische Klinik
Marchioninistraße 15
8000 München 50

Melanie Herbst, Sprachheilpädagogin, M.A., arbeitet in der neurologischen Klinik im Klinikum Großhadern in München. Die vorliegende Arbeit ist eine Kurzfassung ihrer Magisterarbeit.

Die Sprachheilarbeit 38 (1993) 3, S. 140—145

MAGAZIN

Einblicke



Klaus-Jürgen Berndsen, Unna

Die Bedeutung orofazialer Reflexentwicklung für die Lautbildung

Zusammenfassung

Bevor das Kind zu ersten sprachlichen Äußerungen gelangt, durchläuft es Entwicklungsstufen, die dem „prälinguistischen Stadium" zuzuordnen sind. In dieser Phase kommt es zu Abstimmungen von Funktionen, die von der Forschung lange Zeit – im Zusammenhang mit der Sprachentwicklung – wenig beachtet wurden. Im vorliegenden Beitrag werden schwerpunktmäßig die orofazialen Reflexentwicklungen in der frühen Kindheit und Zusammenhänge zu Entsprechungen lautlicher Realisationsmöglichkeiten als eine wichtige Funktionseinheit beschrieben. Es wird das „Funktionsschema orofazialer Reflexe und Lautbildung" vorgestellt, das dem Behandler Orientierung und Hilfe bei Diagnose, Prognose und einen systematischen Therapieaufbau in der Phase früher Laut- und Reflexentwicklung sein soll.

Zu der Fähigkeit, Sprache zu verstehen und zu produzieren, gelangt das Kind allmählich, wobei es von Geburt an mit dem Schreien als erste stimmliche Äußerung verschiedene Entwicklungen durchläuft. Die Sprachentwicklung wird in Abhängigkeit zu Bedingungen gesehen, die einerseits dem kindlichen Organismus zuzuordnen sind und andererseits aus der Umwelt wirken.

Zu den organischen und physiologischen Voraussetzungen des Spracherwerbs gehören:

1. Das Funktionieren und Vorhandensein der Sinnesorgane mit ihren Wahrnehmungsfunktionen.
2. Das Nervensystem mit daran gebundenen Funktionen, wie Gedächtnis, integrative Zeichenbewertung und andere kognitive Funktionen.
3. Handlungsprogramme und motorische Bewegungsmuster.
4. Die Sprechwerkzeuge und Sprechvorgänge.

Wird ein Glied dieses Funktionszusammenhanges in seiner Leistungsfähigkeit behindert, so werden davon sprachliche Funktionen verschiedener Ebenen und Qualitäten betroffen.

Während im „prälinguistischen Stadium" und in Phasen späterer Sprachentwicklung der Verlauf der Lautsprache stets erkennbar bleibt, gelangen wir zu Einsichten über Sprachentwicklungen, die im Zusammenhang mit perzeptorischen Fähigkeiten stehen, weitaus schwieriger.

Zunächst kann eine völlige Eigenständigkeit beider Entwicklungsbereiche angenommen werden. In der Folge kommt es aber zunehmend zu Annäherungen und einer fortwährenden gegenseitigen Beeinflussung (Feedback).

Dies belegt, daß die lautlichen Produktionen gehörloser Kinder in den ersten Lebensmonaten nicht von hörenden Kindern zu unterscheiden sind, später aber aussetzen. Auch geben kindliche Äußerungen in dieser Phase keinerlei Aufschluß darüber, in welcher Sprachgemeinschaft die Kinder aufwachsen.

Die sprachliche Artikulation fordert hochdifferenzierte Koordinationsleistungen der an dem gesamten Vorgang beteiligten Muskulatur.

Kann das beabsichtigte Ziel, einen bestimmten Laut zu bilden, nicht innerhalb eines gewissen Zeitraumes erreicht werden, nämlich bevor die Impulse für den folgenden Laut diesen überlagern (verlangsamte oder disharmonisierte Diadochokinese), sind also Präzisionsbewegung und Zeitintervalle nicht opti-

mal abgestimmt, kommt es zu Abweichungen in der Artikulation.

Darüber, ob sich die Artikulation des Kindes hinreichend ausbildet, liefert uns die Lautentwicklung in der *vorsprachlichen* Phase keine ausreichende Information.

Es kann aber sicher angenommen werden, daß die angeborenen vegetativ-reflektorischen Handlungen des Kindes, wie der Saug-, Schluck-, Beiß- und Atemreflex und deren ideomotorische Entwicklung eine wesentliche Grundlage für die Sprechbewegungen bilden.

Diese Annahme bestätigt sich auch dadurch, daß sich beide Funktionsbereiche derselben Organe und desselben neuromuskulären Systems bedienen (*Beteiligte Hirnnerven für Gesicht, Mund- und Schluckbereich sind:* Trigeminus, Fazialis, Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, Hypoglossus).

Grundsätzlich darf deshalb aber nicht gefolgert werden, daß nichtsprachliche orale Bewegungen und Sprechbewegungen immer miteinander korrespondieren, oder – bezogen auf die sprachtherapeutische Arbeit – angenommen werden, daß z.B. ausschließlich durch Training oraler Bewegungen Sprechfähigkeiten zu verbessern sind (vgl. *Love/Hagermann/Taimi* 1980; *Schäfersküpper/Cramon* 1985).

Für die vorsprachliche Phase hingegen, in der sich präzise neurophysiologische Wechselbeziehungen erst differenzieren, ist eine direkte Entsprechung entwicklungsbedingter oraler Funktionen und der Lautbildungsfähigkeit festzustellen.

Auf einige dominante physiologische Entwicklungen des orofazialen Systems wird folgend kurz eingegangen.

1. Reflektorisch vegetative Funktionen

1.1 Mundbewegungen in der fetalen Phase

Der ontogenetisch älteste Teil des zentralen Nervensystems ist die Zervikalregion, die am frühesten funktionsfähig wird. Da Bewegungen der Mund- und Nackenregion von dort beeinflußt werden, gehören sie zu den frühesten Fetalbewegungen. Die stammesgeschichtlich ältesten Hirnteile (es sind zugleich die lebenswichtigen) bilden die unteren Regionen des Gehirns. Von hier aus schreiten die Entwicklungen kranial und kaudal fort. Bei der Geburt sind erst ein Drittel der Hirnbahnen myelinisiert. Der Prozeß der Myelinisation ist etwa mit 18 Monaten abgeschlossen. Pyramidenbahnen und Großhirnassoziationsbahnen sowie die Kleinhirnverbindungsbahnen reifen zuletzt. Bahnausreifungen schreiten ausgehend vom Kopf bis zu den Füßen allmählich fort, so daß Hals- und Armbereich viel früher unter kortikaler Kontrolle stehen als Beine und Füße.

1.2 Saugen

Die Summe sich entwickelnder Verhaltensweisen eines Organismus ist durch seine Struktur determiniert. Strukturen entwickeln sich unabhängig von Besonderheiten der Interaktionsgeschichte eines Organismus. Diese Strukturen sind genetisch determiniert, und sich daraus ergebende Verhaltensweisen sind instinktiv.

Einer solchen Verhaltensweise entspricht z.B. das Reflexsaugen des Neugeborenen an der Mutterbrust.

Beim unreifen Kind wird das Reflexsaugen hauptsächlich durch lutschende Bewegungen mit der Zunge ausgeführt und unterscheidet sich von Saugbewegungen älterer Kinder, die dabei hauptsächlich die Wangenmuskulatur aktivieren.

Der Zungenstoß begleitet das Saugen und bewirkt ggf. das Herausschieben des Mundinhaltes.

1.3 Schlucken

In früher Kindheit liegt der Kehlkopf nahe der Mundhöhle, der Pharynx ist kurz. Die Zunge füllt den gesamten Mundraum aus, die Zungenspitze berührt in Ruhelage die Lippen und gelangt beim Schlucken meist noch über die Lippen hinaus. Dieses Schluckmuster herrscht etwa bis zum 6. Lebensmonat vor. Saugt das Kind, strafft sich die Oberlippe. Zunge und Unterkiefer werden gegen den Oberkiefer gehoben. Gelangt flüssige Nahrung in den hinteren Mundbereich, kommen die hintere Pharynxwand, der weiche Gaumen und die Zunge eng zusammen und drükken sie durch den Pharynx. Der Larynx hebt

sich deutlich mehr als bei Erwachsenen. Saugen und Schlucken bilden in den ersten 12 Lebenswochen eine Einheit. Der Ablauf ist ein primitiver Reflex. Erst nach dem dritten Lebensmonat wird dieser gehemmt, da sich nun höhere Hirnfunktionen eingestellt haben.

Während der reibungslose Ablauf des Schluckens zunächst in der Medulla oblongata (Hirnstamm) geregelt wird, finden später in den beidseitig angelegten Zentren der Formatio reticularis (innerer Teil des Hirnstammes) kompliziertere, höhere Vorgänge statt, z.B.:

a) Differenzierung der Sinnesreize, Wichtiges muß vom Unwichtigen getrennt werden: Ist Schlucken nötig oder nicht?

b) Blockierung unnötiger Bewegungen und, wenn notwendig, auch Auslösung von Reflex- und/oder höherer Gehirnfunktionen.

c) Ablauf des Schluckvorgangs auch ohne willentliche Steuerung: Nervensystem als Programm.

Bei Schluckstörungen beobachtet man sehr oft auch eine verminderte Koordination des Atemrhythmus. Die Frequenz, das Luftvolumen, die Atempausen und die Verbindung von Schlucken und Atmen können nicht immer hinreichend abgestimmt werden.

1.4 Beißreflex

Er kann beim Säugling bis zum Alter von 6 bis 7 Monaten beobachtet werden, danach stellen sich ein Enthemmungsreflex und die damit verbundenen rotierenden Kaubewegungen ein. Der Beißreflex zeigt sich bei lokaler Stimulation im Gaumenbereich und führt zu festem Kieferschluß. Sein Persistieren ist unvereinbar mit mahlendem Kauen und der Entwicklung von Sprechbewegungen.

„Bulldoggenreflex" (diffuse kortikale Schäden) bedeutet in diesem Zusammenhang, daß der Patient so fest zubeißt, daß sein Kopf am Spatel hochgezogen werden kann.

Der „Freßreflex" zeigt sich z.B. bei einem apallischen Syndrom. Dabei stellen sich rhythmische Auf- und Abbewegungen des Kiefers ein, welche die rotierende normale Kaubewegung stören.

2. Lautsprachentwicklung

2.1 Aktive Teile des Ansatzrohres bei der Sprachlautbildung

Die Stellung des beweglichen *Unterkiefers* zum feststehenden Oberkiefer (Kieferwinkel) bestimmt den Öffnungsgrad der Laute.

Die Lippen machen Bewegungen passiv mit (z.B. bei a). Sie greifen aber auch formend ein, wenn sie gerundet, vorgestülpt (u, o) oder gespreizt werden (e, i, s, z). Ein gepreßter Kontakt besteht bei Verschlußlauten (p, b) und Nasalen (m).

Die Zunge ist durch ihre große Beweglichkeit bei der Lautbildung am stärksten beteiligt: Für die Vokale stimmt sie durch Aufrichten, Vor- und Zurückziehen im ganzen oder einzelner Teilbereiche die erforderlichen Resonanzräume ab. Den Konsonanten verschafft sie durch Bildung verschiedener Hemmstellen und Berührungspunkte ihre spezifischen Artikulationsmerkmale.

Das Gaumensegel gibt in der deutschen Sprache nur bei Nasalen (m, n, ng) den Weg zur Nasenöffnung ganz frei. Dieses erreicht das Velum durch Hebung und Annäherung an den *Passavant*schen Wulst. Das Velum schließt dabei den Nasenraum nicht einfach ab bzw. gibt ihn bei Nasalen frei, sondern bildet vielmehr feinste Abstufungen, um ein offenes Näseln (Rhinolalia aperta) gerade noch zu verhindern. Bei Vokalen, die als Orallaute bezeichnet werden, ist der Öffnungsgrad des Velums nicht nur sprachlich, sondern auch sprecherisch unbedeutend.

2.2 Phasen der Sprachentwicklung

Phase 1

In den ersten Lebenswochen tritt Schreien als erste lautliche Äußerung des Kindes auf.

Phase 2

Nach der sechsten Lebenswoche erscheinen, als neue Art der Vokalisation, Gurrlaute. Sie treten auf als Kehlkopflaute (Glottale) und Gaumenlaute (Velare).

Phase 3

3. bis 8. Lebensmonat: Erste Lallphase, in der wesentliche sprechmotorische Fähigkeiten erworben werden, die Voraussetzung für spätere Ausspracheentwicklung sind. Das Kind produziert Laute, die nicht eindeutig mit den Lauten der Umgebungssprache übereinstimmen.

Phase 4

8. bis 12. Monat: Zweite Lallphase und dabei schrittweise Annäherung an Konsonanten und Vokale der zu erwerbenden Muttersprache. Produzierte Konsonanten verlagern sich fortschreitend vom Rachen und hinteren Mundraum (Glottale und Velare) nach vorne. In der letzten Phase des Lallens treten vermehrt Alveolare und Dentale Laute (t, d, n) und die Labialen p und b auf. Dabei kommt es weniger zur Bildung von Segmenten als zu Lautfolgen, z.B.: papap, mammam, dadada, dededei.

Silbenstrukturen sind vorwiegend Konsonant-Vokal (KV), und KVK (Konsonant-Vokal-Konsonant). Konsonanten sind nach der Art ihrer Bildung Plosiva und Nasale.

Phase 5

Bildung von „Protowörtern". Dies sind phonetische Gestalten, die eindeutig einen Referenzbezug zur Umgebung haben z.B.: das Kind hört ein Auto und regiert lautlich mit „m".

Sie sind kreative Eigenschöpfungen des Kindes und nicht aus der Erwachsenensprache imitiert.

Phonetisch gesehen treten sie auf als:

- isolierte oder wiederholte Vokale,
- silbische Nasalkonsonanten und Frikative,
- einzelne oder wiederholte KV-Folgen, bei denen Konsonanten wiederum als Verschluß- oder Nasalkonsonant identifiziert werden.

Phase 6

Der Übergang vom Lallen zur Äußerung ist kein abrupter, sondern die Phase späten Lallens überlagert sich zeitlich mit Äußerungen der ersten Wörter.

In dieser Phase fällt auf, daß KV-Folgen auftreten bzw. geübt werden, die wenig später in neu auftretende Wörter überführt werden (*Elbers/Ton* 1985).

Phase 7

Phonologie der ersten 50 Wörter (Quantitative Angabe bietet nur Anhaltspunkt). Diese neue Phase beginnt, wenn das Kind einzelne Wörter aus seinem sprachlichen Umfeld aufgreift und diese äußert (Alter 10 bis 13 Monate). Ab diesem Zeitpunkt ordnen *Ferguson/Farwell* (1975) die phonologische Entwicklung vorrangig dem lexikalischen Lernen zu. Da in dieser Phase der enge Bezug von Laut- und reflektorisch vegetativer Entwicklung zu höherer Komplexität gelangt, sollen einige Folgeentwicklungen nur noch angedeutet werden.

Im Vordergrund sprachlicher Aneignung stehen jetzt zunehmend lexikalische Einheiten – überwiegend einfache Wörter mit spezifischer phonetischer Gestalt. Während einige Wörter über längere Zeiträume relativ stabil bleiben, werden andere phonetisch mehr oder weniger stark variiert, z.B. das Zielwort „da" als „da, de, ded, dada, dat".

Es dominieren die Verbindungen KV, KVKV, KVK; VKV treten seltener auf.

Vorrangig verwenden die Kinder bei ihren ersten Wortproduktionen Laute, die auch in der letzten Phase des Lallens dominieren, nämlich vordere Verschluß- und Nasallaute wie [p, b, t, d] und [m, n]. Selten lassen sich hintere Verschlußkonsonanten wie [k, g] der Öffnungskonsonant [h] oder Reibelaute wie [f, v, s, z] realisieren.

Größere Variabilität zeigt sich bei den Vokalen. Während der Zentralvokal [a] wohl immer in den ersten Wörtern vorkommt, läßt sich eine Regelmäßigkeit für die Bildung anderer Vokale nicht voraussagen.

Für die Entwicklung der reflektorisch-vegetativen Funktionen des Saugens, Schluckens, Beißens, Kauens, Atmens und der Lautentwicklung des Kindes wird von uns eine entwicklungsphysiologische Parallelität und gegenseitige funktionelle Bedingung angenommen.

Anhand des folgenden Schaubildes werden Korrelationen aufgezeigt, die sich auf Ergebnisse mehrjähriger Forschungen stützen, die am Institut für Stimm- und Sprachtherapie in Unna realisiert wurden. Auf die Tatsache, daß es nicht in jedem Fall zu einer fein abgestimmten und exakt parallelisierten Entsprechung kommen muß, wird in diesem Zusammenhang besonders hingewiesen.

Das erarbeitete *Funktionsschema orofazialer Reflexe und Lautbildung* soll helfen, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten im Rahmen der Früherkennung – bezogen auf

Funktionsschema orofazialer Reflexe und Lautbildung

Physiologische Entsprechungen reflektorisch vegetativer Funktionen und der Lautentwicklung

	Reflektorisch-vegetative Funktionen	Lautbildungsentwicklung
1. Phase	Infantiles Saugen und kombiniertes Schlucken: beides nicht isoliert möglich, nur flüssige Nahrung, Zungenstoß (bis zum 4. Lebensmonat).	Schreien als erste lautliche Äußerung des Kindes. Ab 6. Woche Gurrlaute: Glottale und Velare.
2. Phase	Infantiles Saugen und Schlucken isoliert möglich. Breiige Nahrung kann aufgenommen werden (ab 4. Lebensmonat).	Beginn der 1. Lallphase: Kind produziert Laute, die nicht mit denen der Umgebungssprache übereinstimmen. Erwerb von Fähigkeiten für die spätere Artikulation.
3. Phase	Ablösung des infantilen Schluckens; Saugbewegung durch Wangen unterstützt; Hemmung des Beißreflexes und Kaubewegung, halbfeste Nahrungsaufnahme (6. Lebensmonat).	Beginn der 2. Lallphase: Schrittweise Annäherung an Konsonanten u. Vokale der Muttersprache. Konsonantenbildung fortschreitend vom Rachen (glottale und velare Laute) nach vorne (alveolare und dentale Laute).
4. Phase	Kauen und Schlucken von fester Nahrung (ab 10.-12. Lebensmonat).	Späte Lallphase, Übergang zu ersten Wortäußerungen in Form von Konsonat-Vokal-Verbindungen (vordere Verschluß- und Nasallaute): Papa, Mama.

die ausgewählten Entwicklungsbereiche – zu spezifizieren und zu erweitern.

Resümee

Qualitativ höhere Leistungen der reflektorisch-vegetativen Entwicklungsebene bedingen solche bei der Lautproduktion. Insgesamt stellt sich das orofaziale Organsystem als ein Zusammenschluß anatomischer und physiologischer Elemente dar, die zur Entwicklung oder zum Ablauf folgender Funktionen beitragen und sich in der Ontogenese bedingen: *Nahrungsaufnahme (Kauen, Schlucken), Mimik, Atmung, Phonation.*

Die Koordination der orofazialen Funktionen ist die Voraussetzung für eine korrekte sprachliche Artikulation.

Bei den Vorgängen des Saugens, Kauens und Schluckens werden die gleichen orofazialen Elemente aktiviert, die auch die Artikulation beeinflussen. Kraft und Geschwindigkeit der Muskelkontraktionen werden dadurch zunehmend weiter entwickelt und differenzierter verwendet. Sie tragen wesentlich zu der für die Artikulation notwendigen Koordinationsentwicklung bei und sind „vorsprachliches Training".

Wie für andere Präventionsbereiche gefordert, müssen auch orofaziale myofunktionelle Entwicklungen frühzeitig beachtet und Auffälligkeiten erkannt werden. Fehlentwicklungen der dominierenden und sich bedingenden Funktionen des Essens, Trinkens, den damit verbundenen Vorgängen des Saugens, Kauens, Schluckens, Atmens, der Okklusion und Zahnstellungsbildung und dem wichtigen Bereich der Sprachentwicklung können so weitgehend verhindert oder in ihren Auswirkungen erheblich begrenzt werden.

Literatur

Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. München 1992.

Berndsen, K.-J.: Medienhandeln und Kommunikationslernen. Frankfurt, Bern, New York, Paris 1990.

Berndsen, K.-J., Berndsen, S. (Hrsg.): Neuromotorische Koordinationsstörungen und Auswirkungen auf die orofaziale Muskulatur. Frankfurt, Bern, New York, Paris 1991.

Dannenbauer, F., Chipman, H.: Spezifische Sprachentwicklungsstörung und symbolische Repräsentationsschwäche. Frühförderung interdisziplinär 7 (1988), 67-78.

Dannenbauer, F.: Anmerkungen zur Ätiologieproblematik des kindlichen Dysgrammatismus. In: *Kegel, G., Arnold, T., Dahlmeier, K., Schmid, G., Tischler, B.* (Hrsg.): Sprechwissenschaft und Psycholinguistik 5, Opladen 1992.

Elbers, L., Ton, J.: Play pen monologues: The interplay of words and bables in the first word period. Journal of Child Language 12 (1985), 551-565.

Ferguson, C., Farwell, C.: Words and sounds in early language acquisition. Language 51 (1975) 419-439.

Love, R.J., Hagermann, E.L., Taimi, E.G.: Speech and Performance, Dysphagie and orale Reflexes in cerebral palsy. J. Sp. Hear. Dis. 45 (1980).

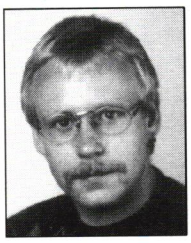
Schäfersküpper, P., Cramon, D. von: Untersuchungen und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens. Teil II. Phonation, Prosodie und Atmung. Die Sprachheilarbeit 30 (1985), 153-158.

Schalch, F.: Schluckstörungen und Gesichtslähmung. Stuttgart, New York 1989.

Wängler, H.: Atlas deutscher Sprachlaute. Berlin 1981.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Klaus-J. Berndsen
Institut für Stimm- und Sprachtherapie Unna
Bornekampstr. 50 a
4750 Unna



Rolf Brüdern, Rita Zellerhoff, Köln

Umgang mit dem lebendigen Werkstoff Holz als Möglichkeit der Kontaktaufnahme von behinderten und nichtbehinderten Jugendlichen

Wechselwirkung von pädagogischem und therapeutischem Handeln

Zusammenfassung

Im folgenden Aufsatz soll gezeigt werden, wie in einer integrativen Freizeiteinrichtung durch die handelnde Auseinandersetzung mit konkreten Materialien behinderten und nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten der Kommunikation und der Kooperation eröffnet werden. Es wird gezeigt, wie die gemeinsame Arbeit den Austausch über die geplanten Objekte auf sprachlicher Ebene ermöglicht, wie jedoch auch andere Kommunikationskanäle zur Verständigung eingesetzt werden können. Die vorgestellten Objekte selbst sprechen für sich, besonders die Skulpturen zeigen eine Bildsprache, die nicht übersetzt werden muß. Hier eröffnen sich im visuellen Bereich Ausdrucksmöglichkeiten, die sprachliche Beeinträchtigungen möglicherweise kompensieren können. An einem Beispiel wird gezeigt, wie ein Jugendlicher mit autistischen Störungen über die Arbeit an einem konkreten Objekt, einem Musikinstrument, zur erweiterten Kontaktaufnahme fähig wurde.

Die Idee zu diesem Aufsatz entstand in der Übung 'Technik mit sprachbehinderten Schülern' am Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln (vgl. auch *Zellerhoff* 1991).

Zuerst will Rolf *Brüdern* mit seinem Text Mut machen, sich mit dem spröden Material Holz auseinanderzusetzen, das aber durchaus lebendig werden kann, wie man ja aus der Geschichte des Pinocchio weiß.

Im Anschluß an seine Darstellung wird Rita *Zellerhoff* Wechselwirkungen von pädagogischem und therapeutischem Handeln aufzeigen und an diesem Beispiel konkretisieren.

● *Rolf Brüdern*

1. Mein Anliegen und Vorgehen

In diesem Aufsatz werden von mir drei Arbeiten aus dem Material Holz vorgestellt. Diese sind so konzipiert, daß sie von jedem Pädagogen angeleitet und durchgeführt werden können. Sie sollen anregen und ermutigen, mit Holz als Material umzugehen.

In der ersten Arbeit, dem Bau einer Schiffsflotte, entdecken die Handelnden einfachste Werktechniken im Umgang mit Holz. Gleichzeitig bleibt ein breiter Raum für eigene Kreativität.

Die Herstellung der Holzskulpturen in der Form von Gesichtern bietet die Möglichkeit, einen persönlichen Ausdruck zu erleben und zu gestalten, und kann so therapeutische Wirkungen erzielen.

An dem Beispiel des Klanginstrumentes, welches ich mit einem jungen autistischen Mann gebaut habe, soll gezeigt werden, daß schon durch den Umgang mit dem Material Holz therapeutische Wirkungen erzielt werden können. Die Geräusche, die wir bei der Herstellung dieses Klangkörpers erzeugten, wurden kommunikativ aufgegriffen und in eine gemeinsame Geräuschpartitur gebracht. Dadurch war schon während der Herstellung eine Kommunikation mit dem jungen Mann, im folgenden Peter genannt, möglich. Der fertige Klangkörper ermöglichte noch stärkere Ausdrucksmöglichkeiten und damit neue Wege der Kommunikation und des persönlichen Ausdrucks.

2. Vorstellung der integrativen Freizeiteinrichtung, ihrer Zielgruppe und ihrer Konzeption

Die vorgestellten Arbeiten wurden in einer integrativen Freizeiteinrichtung hergestellt, die ich im folgenden kurz vorstellen möchte. Die Einrichtung liegt in Sürth, einem Stadtteil am Rande Kölns. Sie wurde für behinderte wie für nichtbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene eingerichtet. Für die Besucher ergeben sich also Möglichkeiten, integrativen Umgang miteinander zu erleben. In der pädagogischen Konzeption des Hauses ist ein breiter Raum für pädagogische Freizeitgestal-

tung vorgesehen, so daß in der meisten Zeit während der Öffnung des Hauses Gruppenaktivitäten stattfinden. Die Angebote liegen schwerpunktmäßig im gestalterischen, kreativen Bereich. So gibt es z.B. eine Töpferwerkstatt, eine Holzwerkstatt, eine Foto- und eine Videogruppe und eine Kochgruppe. Des weiteren bestehen Angebote zur gestalteten Freizeit, so eine Tischtennis-AG, eine Psychomotorik-Gruppe sowie feste Gruppen für junge Erwachsene und Kinder.

Nachdem ich kurz das Jugendhaus Sürth und die Konzeption dieser Einrichtung vorgestellt habe, möchte ich nun einige grundsätzliche Möglichkeiten mit dem Werkstoff Holz aufzeigen.

3. *Mut zum Umgang mit dem Material Holz*

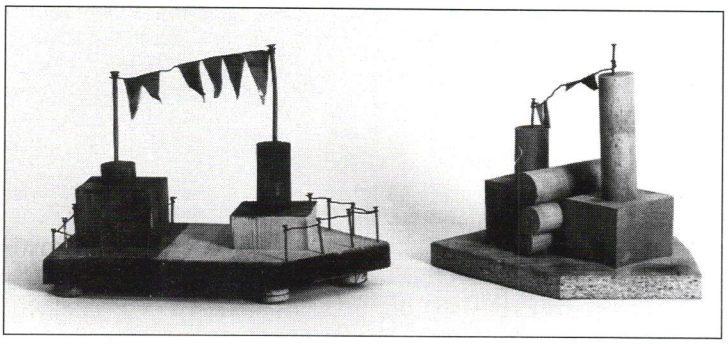
An dieser Stelle möchte ich Mut machen, sich mit dem Werkstoff Holz zu beschäftigen. Pädagogen sehen oft Probleme beim Umgang mit dem Werkstoff Holz, weil ihre ersten Gedanken oft an gängige Vorstellungen der professionellen Holzverarbeitung geknüpft sind. Ohne professionelle Werkstatt und ohne das Wissen von Profis wird es jedoch kaum möglich sein, so exakte Holzverbindungen herzustellen, wie sie zum Beispiel beim Bau von Möbeln wichtig wären, oder so genau zu fräsen oder zu schleifen.

Das Material selbst trägt ebenso dazu bei, daß es nicht „so einfach" zu verarbeiten ist. Holz hat eine Wuchsrichtung, welche bei der Bearbeitung beachtet werden muß. Außerdem läßt sich ein Arbeitsschritt bei der Bearbeitung des Holzes nicht so leicht wieder rückgängig machen wie etwa bei Ton. Hat man etwas von dem Material zuviel abgesägt oder geraspelt, so muß man häufig von vorne beginnen.

Im folgenden möchte ich darum Möglichkeiten des handelnden Umgangs mit Holz aufzeigen, die sich einfach verwirklichen lassen und die keine zu großen Anforderungen an das Können des Pädagogen und an die Ausstattung stellen. Die vorgestellten Beispiele können für Kinder und Pädagogen zu schönen und damit auch zu weiterführenden Erlebnissen werden. Bei diesen Arbeiten wird das Material dem Handelnden mehr und mehr vertraut. Er erkennt immer neue Möglichkeiten des Umgangs mit Holz und der kreativen Gestaltung. Die verschiedenen Arbeitstechniken werden erlernt. Dies ist auch möglich, wenn der Pädagoge nicht über das gesamte handwerkliche Vorwissen verfügt.

4. *Entdecken individueller Fähigkeiten und handwerklichen Könnens beim Bau einer Schiffsflotte*

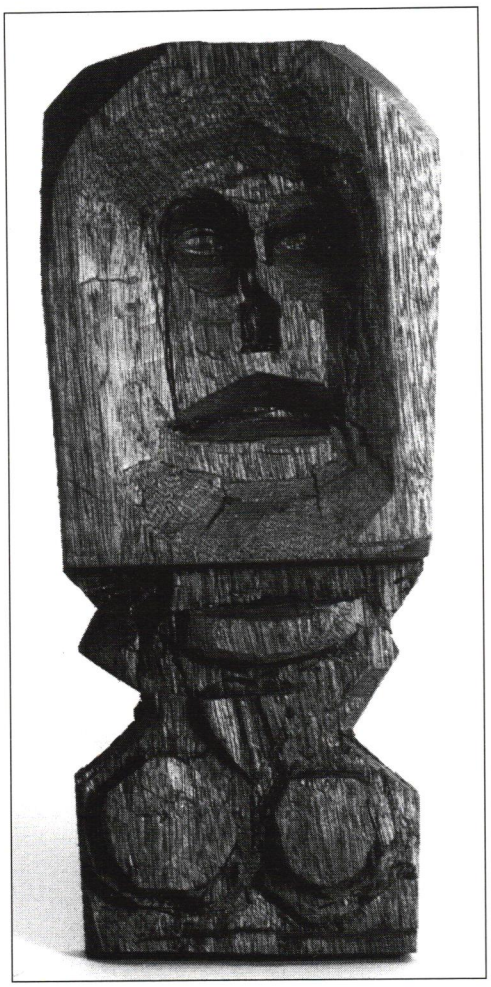
Im folgenden wird eine einfache Arbeit – der Bau einer Schiffsflotte – vorgestellt, die jedoch breiten Raum bietet für das Entdecken verschiedenster Arbeitstechniken. Hierdurch wird kreatives Gestalten ermöglicht. Als Werkzeug werden Hammer und Säge benötigt, des weiteren wird noch Holzleim gebraucht. Das Ausgangsmaterial ist ein rechteckiges Holzbrett, das so zugesägt wird, daß es an einer Seite spitz zuläuft. Auf dieser Grundform können die Kinder nun mit einfachen Techniken aus sämtlichen Materialien den Schiffsaufbau entwerfen. Sie können runde, dreieckige, quadratische, flache und hohe Formen benutzen und mit Nägeln oder Leim verbinden. Bei diesem Tun entdecken die Kinder, wie z.B. durch das Sägen eine Form verändert werden kann. Sägen sie beispielsweise ein Stück eines rechteckigen Holzstükkes ab, so entsteht eine neue Form, ein Quadrat. Dieses wiederum bekommt in einen anderen Zusammenhang gestellt eine persönliche Bedeutung, z.B. bildet dieses Quadrat



das Führerhaus des eigenen Schiffes. Nägel können die Reling, den Mast oder die Schiffsschraube darstellen. Indem die Kinder Dinge aus ihrem Verwendungszusammenhang lösen und kreativ neu bestimmen, lernen sie, reversibel zu denken und zu abstrahieren. Bei der Arbeit können Kinder ihre individuellen Fähigkeiten zeigen und dabei gleichzeitig mit anderen Kindern kooperieren. Sie helfen sich gegenseitig, so daß auch Kinder, die motorisch eingeschränkt sind, mitmachen können. Die Gruppenaktivität fördert auch Kinder, die sich nicht viel zutrauen, weil sie durch die Ideen der anderen angeregt werden. Mit den Arbeitstechniken lernen die Kinder, daß sie etwas bewirken können, daß sie selbst etwas verändern können. Für Kinder, die in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt sind, ist das eigene Werkstück ein augenfälliger Beweis ihres Könnens. Das Bewußtsein dieses Könnens kann sich positiv auf ihr Selbstbild auswirken.

5. *Mit Hilfe des Materials zu einem eigenen Ausdruck gelangen: am Beispiel einer Gesichtsskulptur*

Das Herstellen von Holzskulpturen zeigt einige gestalterische Möglichkeiten auf, welche im Umgang mit Holz liegen. Das Formen mit Holz bietet gleichfalls die verschiedensten Chancen, einen eigenen Ausdruck zu erkennen und diesem Gestalt zu geben. Gesichtsskulpturen sind mit Kindern und Jugendlichen fast jeden Alters durchzuführen. Die Holzskulptur kann nach persönlichen Ideen und Fertigkeiten verwirklicht werden. Das Material bilden Baumstämme, dicke Balken oder auch schlichte Bretter. Auf den Brettern kann z.B. durch Aufleimen oder Nageln weiteres Material befestigt werden, so daß die persönliche Vorstellung eines Gesichtes umgesetzt wird. Aus den Balken und Stammstücken kann durch einfaches Zusammenstellen oder -legen ein Gesicht gebildet werden. Mit einem Stecheisen, einer Holzraspel und einer Feile lassen sich schon kompliziertere Arbeitstechniken durchführen, die helfen, aus dem Balken ein Gesicht zu modellieren. Die Handhabung der Werkzeuge ermöglicht das Abreagieren überschüssiger Energien. „Mal richtig hämmern" macht Spaß, vielleicht weil es soviel Lärm macht, der subjektiv als positiv erlebt wird. Die Verwendung spanender Werkzeuge kann zur Harmonisierung von Bewegungsabläufen beitragen, etwa zur Rhythmisierung der Handbewegung beim Sägen. Ich selbst habe den Kindern und Jugendlichen nicht vorgegeben, welche Technik sie anwenden sollten, sondern ebenfalls eine Gesichtsskulptur angefertigt. Viele haben sich dabei eine Technik abgeschaut. Andere haben neue kreative Möglichkeiten für sich entdeckt.



Bei dieser Arbeit stand nicht die Beherrschung eines komplizierten Werkzeugs im Vordergrund, sondern die eigene kreative Umsetzung von Ideen. Auch Kinder und Jugendliche mit Behinderungen hatten bei dieser Arbeit die Möglichkeit, ein Selbstbild zu entwerfen.

6. *Geräusche als Möglichkeit zur Verständigung nutzen am Beispiel: Bau eines Klanginstrumentes*

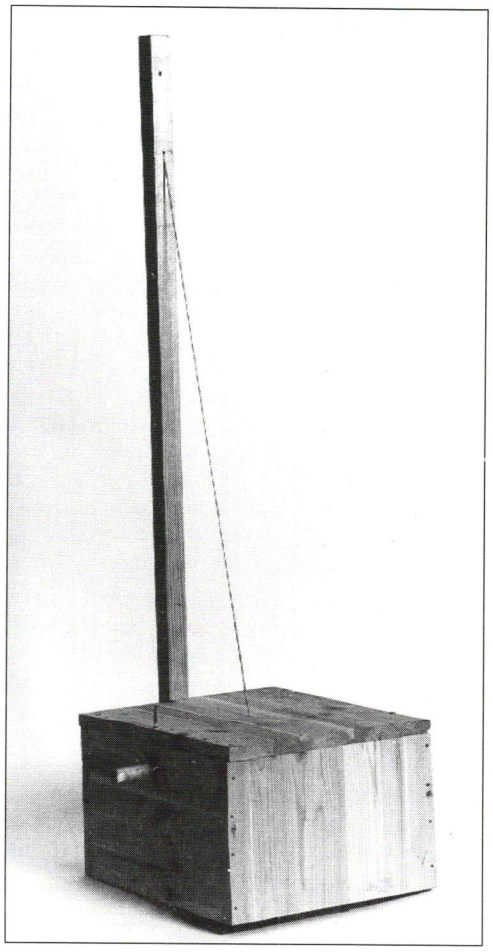
Ich möchte nun noch eine Arbeit vorstellen, welche ich mit einem einundzwanzigjährigen jungen Mann durchgeführt habe. Wir kennen uns seit drei Jahren und gehen regelmäßig jede Woche in diese Einrichtung. Peter hat autistische Züge. Er läßt sich jedoch von Geräuschen und Klängen und Rhythmen ansprechen und benutzt diese neben seiner Sprache auch oft, um sich mitzuteilen. Ich habe die Möglichkeiten des Holzwerkraumes genutzt, um eine intensive Beziehung zwischen Peter und mir aufzubauen. Durch handelnden Umgang mit Material und Werkzeug ergaben sich viele Möglichkeiten der Kommunikation. Peter fand neue Möglichkeiten sich mitzuteilen, und ich konnte seine Äußerungen aufnehmen und ihm zurückmelden.

So erzeugte er beim Sägen oder Feilen lange oder kurze, laute oder leise Geräusche und rhythmische Geräuschfolgen. Ich nahm seine Geräuschsequenzen auf und erwiderte sie. Das machte uns Spaß, und wir kamen darüber in ein Gespräch.

Durch die Anregung eines Musiklehrers habe ich mit Peter ein Musikinstrument gebaut.

Zuerst mußten wir von einem dreißig Zentimeter breiten Fichtenbrett vier etwa vierzig Zentimeter lange Bretter absägen. Beim Sägen mit der Handsäge führte ich teilweise Peters Hand, und wir kamen zu einer Rhythmisierung und Abstimmung der Bewegungen. Die Bretter wurden dann zu einem Quader zusammengebaut. Wir bestrichen die Kanten mit Leim, ich bohrte Nagellöcher vor, und Peter schlug die Nägel ein. Er forderte mich auf, dabei mitzumachen, so daß ich mir auch einen Hammer nahm und wir nun gemeinsam werken konnten. Aus dem Klang der Hammerschläge entstand für uns ein Frage- und Antwortspiel. Nachdem die Seiten des Quaders verbunden waren, fertigten wir einen quadratischen Deckel aus Holz und verleimten diesen. Der so entstandene Korpus wurde mit einem Hals versehen. Er bestand aus einem drei Zentimeter breiten Vierkantholz von einem Meter Länge. Wir befestigten den Hals mit Leim und Schrauben an einer Seite des Korpus. Peter bohrte in die Mitte des Korpus und im oberen Teil des Vierkantholzes ein Loch, durch das wir eine E-Saite zogen, die wir mit einer Unterlegscheibe verknoteten. Zunehmend nahm Peter nicht nur über Geräusche Kontakt mit mir auf, sondern auch durch das gemeinsame Handeln, das für uns zu einem gemeinsamen Erlebnis wurde, denn das Entstehen des Instruments wurde von dem Gefühl begleitet, daß jeder einen Teil seiner Fähigkeiten dazu beitragen konnte. Dieses gemeinsame Tun war also eine Hilfe in der Überwindung von Peters autistischen Tendenzen.

Nachdem das Klanginstrument fertiggestellt war, probierten wir es direkt aus. Töne konnten durch das Anschlagen der Saite erzeugt werden. Die Tonhöhe ließ sich verändern, indem man an dem Hals zog oder drückte um die Saitenlänge zu verändern. Peter entdeck-



te bald auch die Möglichkeit, mit Gegenständen über die Saite zu streichen und somit Töne zu erzeugen. Bei dem ersten Spiel konnte Peter viele Töne ausprobieren. Er zeigte Freude über sich selbst und nutzte außerdem die Töne, um mit mir Kontakt aufzubauen. Ich mußte ihm wiederholt mit anders erzeugten Klängen antworten oder mit ihm gemeinsam auf dem Instrument spielen. Dieses Spiel war ein Zusammenspiel im wahrsten Sinne des Wortes und verdeutlichte sehr anschaulich, daß über das gemeinsame Tun autistische Tendenzen überwunden werden konnten.

7. *Eine Zusammenfassung, gleichfalls als Anregung gedacht*

Ich habe diese drei verschiedenen Beispiele aus dem Bereich der Holzarbeiten ausgewählt, weil sie nach meiner Meinung die vielfältigen, einfach zu verwirklichenden Möglichkeiten des Umgangs mit Holz aufzeigen. Bei dem Schiffsbau können Arbeitstechniken schon von ganz jungen Kindern ausprobiert werden. Dieses gilt ebenso für den Maskenbau. Die eigene Kreativität und das eigene Handeln sind jeweils wichtige Bestandteile der Arbeit, die den Kindern positive Rückmeldungen über sich selbst geben können. Daß die Arbeit mit Holz auch für die sonderpädagogische Arbeit geeignet ist, habe ich an dem Beispiel des Instrumentenbaus mit Peter gezeigt. Der Bau und das Spielen des Klanginstruments waren für Peter eine passende Möglichkeit, sich mit seiner Umwelt zu verständigen, sich mir gegenüber zu öffnen und mir etwas von seinen Vorstellungen mitzuteilen. Somit konnte er seine autistischen Tendenzen ein Stück weit überwinden.

Meine Darstellung zeigt nur einen kleinen Teil der Werktechniken mit Holz auf, doch ich hoffe, daß anregende Ideen oder auch Bestätigungen über das eigene Tun mit dem Werkstoff Holz von dieser Arbeit ausgehen. Die pädagogische und sonderpädagogische Bedeutung dieser handelnden Auseinandersetzung wurde in unterschiedlichen Aspekten dargestellt. Auch hier hoffe ich, daß sich in der praktischen Anwendung weitere Handlungsfelder erschließen.

● *Rita Zellerhoff*

Die Wechselwirkung von pädagogischem und therapeutischem Handeln

Ich wollte die Darstellung von Rolf *Brüdern* nicht durch theoretische Überlegungen unterbrechen, deshalb schließe ich diese nun hier an.

Rolf *Brüdern* zeigt in seiner Arbeit, daß bei der Freizeitgestaltung behinderter und nichtbehinderter Kinder pädagogische und sonderpädagogische Förderung erzielt werden kann, daß die gestaltete Freizeit im Einzelfall aber auch (sprach-)therapeutische Wirkung haben kann (vgl. besonders die Kooperation mit dem autistischen Jungen). Während des gemeinsamen Instrumentenbaus gelang der Austausch extraverbaler Kommunikation und der Zugang zu der sprachlichen Verständigung mit dem Jungen.

Meine theoretischen Überlegungen knüpfen an die Frage an, ob die hier beobachteten Ergebnisse des pädagogischen Handelns schon die Bedeutung therapeutischen Handelns gewinnen können.

In einem geschichtlichen Überblick seines Handbuchs zeigt *Grohnfeldt* (1989) Entwicklungsphasen und Pendelbewegungen in der Pädagogik und ihre Auswirkungen auf die Arbeit mit den sprachgestörten Menschen auf. Danach hat es den Anschein, daß im Laufe der Pädagogik sich die Akzentuierung empirisch-rationaler Ansätze und die Hinwendung zum Menschen als psychophysische Ganzheit abwechseln (vgl. *Grohnfeldt* 1989, 28).

In letzter Zeit besteht eine Tendenz zur Pädagogisierung der Therapie und zu einer therapeutischen Durchdringung der Pädagogik offensichtlich als Gegenbewegung zur Testgläubigkeit. Zunächst möchte ich hierzu Otto *Braun* zitieren:

„Der aktuelle Trend der Weiterentwicklung der Sprachtherapie geht in Richtung der Entwicklung von konzeptübergreifenden Therapiemodellen, die

- zum einen vor allem bei sprachbasalen oder sprachtragenden psycho-physiologischen und psychischen Funktionsbereichen, wie z.B. Wahrnehmung und Motorik, ansetzen und die Ziele der Sprachtherapie durch Wahrnehmungsförderung

oder psychomotorisch orientierte Sprachförderung oder Integrierte Sprach- und Bewegungsförderung u. dgl. zu erreichen suchen;

- zum anderen eine ganzheitliche Sprachtherapie oder besser eine sprachganzheitliche Therapie anzielen, indem auf der Grundlage einer ganzheitlichen Betrachtung der Sprache und ihrer Bedingungen die komplexe Strukturiertheit und die vielfältige Funktionalität von Sprache in kommunikativen Handlungszusammenhängen auf pädagogisch-therapeutischem Weg vermittelt werden sollen" (*Braun* 1989, 47 f).

Braun zeigt Gefahren dieser Auffassung auf; durch die Ausweitung des Therapiebegriffs wird dieser unscharf gegenüber pädagogischer Förderung.

Die Pädagogisierung der Sprachtherapie führt zu einer Therapeutisierung des pädagogischen Raumes und damit zu einer weiteren Pathologisierung von sprachlichen Auffälligkeiten und Abweichungen (vgl. *Braun* 1989, 48).

Auch in diesem Punkt weist *Braun* auf die mögliche Gefahr hin, daß die eigentliche sprachheilpädagogische Therapie zu kurz komme und daß dadurch das Spezifische unseres Faches sich losgelöst von der therapeutischen Praxis weiterentwickele.

„Die Möglichkeit der Weiterentwicklung von problemspezifischen Behandlungskonzepten im Sinne von indikativen Konzepten und Handlungsmodellen und Unterformen gerade im pädagogischen, insbesondere im sprachheilpädagogischen Raum fordern zur Nutzung auf" (*Braun* 1989, 48).

Ich möchte nunmehr mit einer problemspezifischen Sichtweise die Beschäftigung Rolf *Brüderns* mit dem jungen Mann einordnen.

Dabei beziehe ich mich auf die Tätigkeitstheorie der sowjetischen kulturhistorischen Schule, da sie m.E. für die kommunikative Funktion der Sprache und insbesondere für die Entwicklung von Wortbedeutungen einen hohen Erklärungsgrad besitzt (vgl. *Zellerhoff* 1991).

Nach der sowjetischen Tätigkeitstheorie der kulturhistorischen Schule hat sich während der Phylogenese des Menschen die Sprache in gesellschaftlich vermittelten Handlungszusammenhängen ausgebildet.

In der Ontogenese des Menschen wird dieser Prozeß nachvollzogen. Außerdem erwirbt das Kind Wortbedeutungen über die kulturell vermittelten Erfahrungen, die quasi in den Gegenständen, etwa in einem Werkzeug, „geronnen" sind. Schließlich werden dem Kind Bedeutungen symbolisch und sprachlich vermittelt.

Durch die Symbolfunktion der Sprache wird ein gedanklicher Austausch ermöglicht. Mit Hilfe der Sprache können Handlungen initiiert werden. Sprache kann schließlich planvolles menschliches Handeln leiten, weil sie dem Menschen die gedankliche Vorwegnahme der Handlung erlaubt (vgl. *Leontjev* 1980).

Im folgenden möchte ich aufzeigen, daß in der hier dargestellten Beschäftigung wichtige pädagogische Voraussetzungen für den Nachvollzug dieses ontogenetischen Prozesses geschaffen wurden.

Zunächst wurden die Inhalte so ausgewählt, daß sie für den jungen Mann subjektive Bedeutung gewannen. Sie ermöglichten darüber hinaus einen sprachlichen Austausch.

Erst in Ansätzen konnte die Sprache als handlungsleitendes Medium eingesetzt werden. Insoweit halte ich die Förderung des jungen Mannes für noch nicht problemspezifisch genug, sie bildet jedoch einen guten Ausgangspunkt für eine mögliche Therapie. Zunächst kann noch nichts über die Art der Therapie ausgesagt werden, denn es wäre zuerst zu ergründen, welche Probleme dieser mangelnden Fähigkeit des jungen Mannes zugrunde liegen können. Denkbar wäre eine generelle Unfähigkeit zur personalen Kontaktaufnahme. Es könnte aber auch sein, daß seine Abstraktionsfähigkeit besonderer Förderung bedarf, mögliche weitere Aspekte wären zu berücksichtigen.

Die therapeutische Arbeit bedarf also zunächst einer gezielten Problemstellung, ehe entschieden werden kann, ob eine Indikation für eine Sprachtherapie besteht.

Im Falle einer schwerwiegenden Beziehungsstörung wäre hier ggf. eine psychotherapeutische Therapie angezeigt. Vielleicht wäre aber auch eine Schulung der planerischen Fähigkeiten, z.B. eine Erweiterung der Antizipation hilfreich.

Wenn eine Sprachtherapie indiziert ist, so müssen didaktische Entscheidungen über

den Aufbau der Therapie getroffen werden, die während des Ablaufs immer wieder den sich verändernden Bedingungen angepaßt werden müssen. Die Umsetzung läßt dann sehr variable Lernwege offen. Sie können spielerisch, bewegungs- oder handlungsorientiert und phantasievoll sein, aber auch symbolisch oder abstrakt. Dabei spielen Vorlieben und besondere Fähigkeiten aller Beteiligten eine wichtige Rolle.

In der methodischen Arbeit besteht eine enge Verschränkung von therapeutischer und pädagogischer Arbeit.

Ich bin mit *Scholz* der Meinung, daß die Indikation einer Therapie eng gestellt werden soll, da eine Therapie, auch wenn sie pädagogisch gut geleitet wird, einen Eingriff in die Persönlichkeitsentwicklung darstellt (vgl. *Scholz* 1987). Negative Rückschlüsse auf das Selbstbild des Menschen sind denkbar.

Trotz dieser problemspezifischen Sicht möchte ich jedoch nicht neue pädagogisch-therapeutische Ansätze verdrängen, sondern einen weiteren Suchweg vorschlagen.

Durch die Pädagogisierung der Therapie sind viele kreative Behandlungskonzepte entwikkelt worden, die den Menschen als psychophysische Einheit im Blick haben, deren Wirkungen jedoch noch nicht hinreichend erforscht sind. Eine begleitende Forschung könnte zu einer Weiterentwicklung der zugrundeliegenden theoretischen Annahmen und zur intersubjektiven Überprüfbarkeit dieser Konzepte beitragen.

In diesem Sinne könnten wichtige Erfahrungen, die aus der konkreten Arbeit gewonnen wurden, für die therapeutische Arbeit nutzbar gemacht werden. So könnten, wie hier, auch Erfahrungen aus der Freizeitbeschäftigung mit behinderten und nichtbehinderten Kindern wichtige Erkenntnisse für wissenschaftliche Therapiekonzepte liefern.

Literatur:

Braun, O.: Psychologische Aspekte der Sprachtherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 32-50.

Grohnfeldt, M.: Der Beitrag unterschiedlicher Wissenschaften im Rahmen der Sprachtherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 13-31.

Leontjev, A.H.: Probleme der Entwicklung des Psychischen. Königstein/Ts. 1980.

Scholz, H.-J.: Interaktionistische Aspekte der pädagogischen Intervention bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Sprache-Stimme-Gehör 11 (1987), 87-90.

Zellerhoff, R.: Handlungsorientierung in Unterricht und Therapie der Schule für Sprachbehinderte. In: *Lüschow, F., Pabst-Weinschenk, M.* (Hrsg.): Mündliche Kommunikation als kooperativer Prozeß. Frankfurt/M. 1991, 96-103.

Zellerhoff, R.: Stottern aus der Sicht einer Lehrerin. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, 192-205.

Anschrift der Verfasser:

Rolf Brüdern
Palanterstr. 40
5000 Köln 41

Rita Zellerhoff
Heinrich-Lersch-Str. 86
4000 Düsseldorf 13

Rolf Brüdern studiert Sonderpädagogik an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.

Rita Zellerhoff arbeitet als Lehrerin für Sonderpädagogik im Hochschuldienst ebenda.

(Fotos: Martin Zellerhoff, Foto und Design, GHS Essen)

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildungstagung der LG Niedersachsen und Sachsen-Anhalt

Die diesjährige Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs-Landesgruppen Niedersachsen und Sachsen-Anhalt findet als Gemeinschaftsveranstaltung vom *14. bis 16.10.1993 in Hannover / Queens Hotel* statt.

Tagungsthema:

Die Einheit von Atem und Stimme – Interdisziplinäre Beiträge aus ganzheitlicher Sicht

Folgende Referentinnen und Referenten werden am 15. und 16.10.1993 Vorträge und Workshops anbieten: Dipl.Log. S. *Codoni*, CH-Basel; Dr. V. *Middeldorf*, Köln; B. *McKenna*, I. *Pause*, (Lehrer der Alexander Technik) Bremen; Dr. J. *Pahn/Pah*n, Rostock; M. *Saatweber*, B. *Hänning*, Bad Nenndorf; Dr. G. *Stelzig*, Bad Rappenau.

Auskunft und Anmeldung:
Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Landesgruppe Niedersachsen, Lange-Hop-Str. 57, D-3000 Hannover 71 (Tel.: 05 11-52 86 90 Frau Heinle).

Die Schule Schlaffhorst-Andersen

für Atmung und Stimme bietet Ferien-, Fortbildungs- und Informationskurse in Bad Nenndorf und Wöltingerode (Harz) an.

Programmanforderungen und Anmeldungen an:
Schule Schlaffhorst-Andersen für Atmung und Stimme, Sekretariat Jugenddorf Bad Nenndorf, Bornstraße 20, 3052 Bad Nenndorf. Telefon: 0 57 23/31 23; Telefax: 0 57 23/7 67 44.

Tandem

'Tandem' ist ein Institut für interdisziplinäre Weiterbildung; es bietet Seminare für Fachkräfte der therapeutischen, medizinischen und pädagogischen Arbeit an. Nähere Informationen sind erhältlich bei: Tandem, Frankfurter Str. 195, 3500 Kassel.

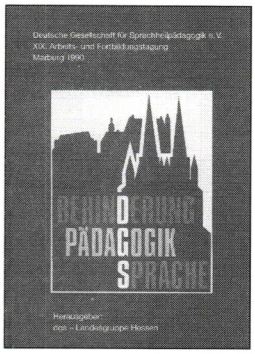
„Arbeitskreis Stimme" gegründet

In Bad Teinach wurde ein interdisziplinärer „Arbeitskreis Stimme" gegründet. Initiator ist Herr Prof. Dr. Horst *Gundermann*, langjähriger Leiter einer Klinik für Stimmstörungen.

Die Mitglieder sind Ärzte, Künstler, Pädagogen, Therapeuten und Wissenschaftler aus dem gesamten Bundesgebiet. Erstmals sitzen Vertreter aller das Phänomen Stimme betreffenden Berufsgruppen und Fachgebiete an einem Tisch. Ihr gemeinsamer Ausgangspunkt ist eine ganzheitliche Sichtweise auf die menschliche Stimme. Die Schwerpunkte sind Prophylaxe, Therapie und Ausbildung.

Angesichts der gravierenden Zunahme von Stimm- und Sprechstörungen soll einer breiten Öffentlichkeit die Bedeutung einer gesunden Stimme als wesentliche Voraussetzung des Wohlbefindens ins Bewußtsein gerufen werden. Der Arbeitskreis ist überzeugt, daß gerade eine fachübergreifende Zusammenarbeit dazu beitragen kann.

Rezensionen



Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) – Landesgruppe Hessen (Hrsg.): Behinderung – Pädagogik – Sprache. Tagungsbericht zur XIX. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs vom 27. bis 29. September 1990 in Marburg. Redaktion: Doris und Hans Fink. Gießen 1991 (Auslieferung 1992). 342 Seiten. 30 DM.

„Was also ist Sprachheilpädagogik?" Mit halb ironischem, halb mahnendem Unterton an die Adresse der dgs – so ließ vor Jahr und Tag an dieser Stelle der Rezensent seine Besprechung des Düsseldorfer Tagungsberichtes ausklingen. Verheißt da nicht bereits das weitgespannte Thema der im vorliegenden Band dokumentierten Tagung ('Behinderung-Pädagogik-Sprache') Aussicht auf einige Klarstellungen?

Die Herzen der Tagungsteilnehmer indes beflügelte vorerst anderes, etwas Einmaliges, das auf immer mit der Marburger Zusammenkunft in Erinnerung bleiben wird: jene beglückende Erfahrung einer erstmaligen (Wieder-)Begegnung von Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen aus Ost und West zu freiem Fachaustausch und kollegialem Gespräch. Nur schade, daß sich der Herausgeber offensichtlich nicht dazu verstehen konnte, dieses Ereignishafte mindestens in einem Geleitwort niederzulegen und zu bewahren. So

bleibt es weitgehend dem Eröffnungsvortrag vorbehalten, auch in dieser Hinsicht die Akzente zu setzen: *Grohnfeldts* 'zeitgemäße Deutungen der Sprachheilpädagogik als wissenschaftliche Disziplin' machen die Einflüsse des jeweiligen historischen Kontextes auf die Standortbestimmung der Sprachheilpädagogik kenntlich, spüren den begrifflichen Veränderungen nach und reflektieren denkbare Auswirkungen der deutschen Einheit auf das sprachheilpädagogische Selbstverständnis. Manche, im Rückblick als 'weitsichtig' zu bezeichnende, Anregungen dieses Versuchs einer sprachheilpädagogischen Bestandsaufnahme hat das Fach (und der Verband) sich inzwischen zueigen gemacht, manch andere harren noch der weiteren Diskussion und Umsetzung.

Das Themenspektrum der gesammelten Beiträge ist – wie bei Tagungen vergleichbarer Größenordnung mittlerweile allenthalben üblich – sehr breit angelegt. Es werden heilpädagogische Aspekte zur Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder aufgezeigt (*Rodenwaldt*), Überlegungen zur LRS-Therapie mitgeteilt (*Kretschmann*) und Möglichkeiten einer computerunterstützten Arbeit in der Sprachheilschule beschrieben (*Deuse/Deuse*); es wird der Einsatz von Arbeitsmitteln bei Schülern mit Sequenzstörungen geschildert (*Wiedenmann*), das Ausdrucksspiel aus dem Erleben (*Peter-Moosig*) und mehrdimensionales Lernen am Beispiel des Erstlesens (*Marx/Steffen*) nahegebracht.

Ein über den gewöhnlichen fachpädagogischen Tellerrand hinausweisendes, längst überfälliges und manchen interdisziplinären Lerngewinn versprechendes Schwerpunktthema handelt von Bedingungen, Chancen und Problemfeldern einer sprachheilpädagogischen Projekt-Arbeit mit türkischen Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Die Darlegungen von *Wendlandt, Tekbasaran* und *Ünsal* zur Projektgründung und Konzepterstellung, zur Erstkontaktaufnahme und zum Umgang mit türkischen Familien sowie zum Komplex der doppelten Halbsprachigkeit bei türkischen Migrantenkindern sind nicht nur außerordentlich informativ, sie werben auch für ein verstärktes kompetentes Engagement in einem noch weithin unbestellten Arbeitsfeld.

Ein Arbeitskreis in ausgewogener 'Ost-West-Besetzung' befaßt sich mit einem zweiten thematischen Schwerpunkt; hier werden auf den diagnostischen Ersterkundungszweck zugeschnittene, quasi in der Mitte zwischen 'klassischer' Sprachdiagnostik einerseits und seit geraumer Zeit vielfach favorisierten freien Sprachproben andererseits anzusiedelnde Konzepte und Realisationen eingangsdiagnostischer Maßnahmen erörtert. *Teumer* referiert das Hamburger Screening-Verfahren für Fünfjährige und *Breuer* das Kurzverfahren einer Überprüfung des lautsprachlichen Niveaus bei Fünf- bis Siebenjährigen; *Petermann* erläutert ein weiteres Verfahren zur Erfassung sprachlicher Auffälligkeiten bei Vorschulkindern und *Grunwald* stellt einen von ihm erstellten Diagnosebogen vor. Die Autoren offerieren eine interessante Angebotspalette praxistauglicher Diagnoseverfahren, nur hätte man zu gern – und das betrifft nicht nur diesen Workshop – per entsprechender Kurzzusammenfassung auch Kenntnis erhalten von Einwänden, Argumentationen und Fragestellungen der sich jeweils anschließenden Plenumsdiskussion.

Einen Fixpunkt bilden nach wie vor Förderansätze, welche auf die eine oder andere Weise rhythmisch-musikalische/wahrnehmungsfördernde/psychomotorische mit sprachtherapeutischen Absichten koppeln wollen (*Endter-Damm, Kuntz et al., von Netzer, Olbrich, Schnell*) und von falladaptierten Modellvorschlägen bis hin zu solchen reichen, die Konzeptkomponenten und methodische Anleihen aus verschiedenen (psycho-)therapeutischen Richtungen zusammenbinden. Gerade die praktisch Tätigen entfalten auf diesem 'ganzheitlichen Gebiet' eine erstaunliche und erfreuliche Kreativität. Vielleicht sollte aber allmählich die (auf Stottertherapien gemünzte) Empfehlung von *Braun* auch auf den vorstehenden Bereich ausgedehnt werden: Statt ständig neue Therapien und Therapiekombinationen zu proklamieren und Minimalvariationen zu erfinden, möge man aus den vorliegenden Therapiekonzepten und Integrationsmodellen diejenigen fundierten auswählen, genauer untersuchen und eventuell weiterentwickeln, die größere Verbreitung und mehrere Jahre der Anwendung feststellen lassen[1].

Auf der Marburger Tagung dominieren unübersehbar die im engeren Sinne anwendungsorientierten bzw. fachpraktisch-therapeutisch ausgerichteten Ansätze/Ausführungen zu Lasten eher (wissenschafts-)theoretisch basierter Modellüberlegungen bzw. evaluierter Konzepte. Ob hier ein kurzfristiger Trend sich abzeichnet oder eine tiefergreifende (und nicht unproblematische) innerdisziplinäre Gewichtsverschiebung sich ankündigt, wird sich bald erweisen (müssen).

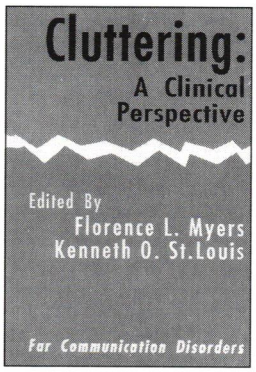
Gleichsam 'gegen diesen Strom' entwickeln *Förster/Welling* in einem lesenswerten Beitrag den Umriß einer erziehungswissenschaftlichen Forschungsperspektive für die pädagogische Arbeit mit aphasiebehinderten Kindern, erörtern Fragen einer kriteriengeleiteten pädagogischen Zielfindung sowie einige Konsequenzen für die Aphasiediagnostik und -therapie. Aufmerksamkeit verdienen auch die Beiträge zur Stotterthematik: das gilt für die Ausführungen von *Jehle/Randoll* über zwei Projekte zur Behandlung des Stotterns, und das gilt erst recht für den farbig-einprägsam gehaltenen *Baumgartner*schen Erfahrungsbericht über die (Weitwinkel-)Therapie des kindlichen Stotterns in Anlehnung an *Van Riper*. Ausgreifend und mit zahlreichen weiterführenden Denkanstößen versehen interpretiert *Holtz* in seiner anschaulich-detailliert gearbeiteten Kasuistik die Sprachentwicklungsverzögerung eines Mädchens als zeitliche Handlungsstörung.

---

[1] Vgl. *Braun, O.*: Psychologische Aspekte der Sprachtherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Band 1: Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin 1989, 32-50, hier 46f.

Der vorliegende Tagungsbericht bezeugt zweifelsohne eine lebendige, vielgestaltig-innovative Sprachheilarbeit in verschiedenen Handlungsfeldern. Einem Nichtteilnehmer des Kongresses oder jenem Leser, der sich lediglich über aktuelle Strömungen der Sprachheilpädagogik informieren möchte, wird ein Überblick und die Lektüre allerdings unnötig erschwert durch das ungeordnete Nebeneinander der Beiträge, das gelegentlich den zwiespältigen Charme eines 'sprachheilpädagogischen Bauchladens' verströmt: von Hölzchen auf Stöckchen. Hier hätte eine – sich nicht auf die alphabetische Reihenfolge der Vortragenden zurückziehende – klare (redaktionelle) Gliederung nach inhaltlichen Gesichtspunkten einige Abhilfe schaffen können. Denn kaum etwas wäre schließlich mißlicher für die Fachdisziplin, als wenn dem (unzutreffenden) Eindruck Vorschub geleistet würde, *Lebendigkeit* lasse sich auch als *Beliebigkeit* buchstabieren.

Barbara Kleinert-Molitor



Florence L. Myers, Kenneth O. St. Louis (eds.): Cluttering: A Clinical Perspective. Whurr Publishers Ltd., London 1992. 146 Seiten. £ 11.95.

Dies ist ein Versuch, durch Vermittlung eines „Stands der Forschung" erneutes Interesse für eine vielschichtige Sprach- und Sprechstörung zu wecken, die nach wie vor in vielen Aspekten unerklärt bleibt.

Nach einem Vorwort von Charles *Van Riper*, das es nicht verfehlt, große Erwartungen zu wecken, liefern sieben Verfasser in sieben Kapiteln Beiträge zur Beschreibung und Behandlung von Poltern.

Im ersten Kapitel stellen die Herausgeber eine Reihe von Fragen, die die Diagnose und Therapie der vielfältigen (multifaceted) Störung Poltern beleuchten sollen:

- Ist Poltern eine Störung getrennt von Stottern?
- Haben Polterer auch Artikulations- und Sprachstörungen?
- Sind Schwierigkeiten mit dem Sprechtempo von zentralem Interesse für das Poltern?
- Ist Poltern in einem organisch-genetischen Faktor begründet?
- Ist Poltern heilbar?
- Warum wissen wir so wenig über Poltern?

Die letzte Frage deutet wohl an, daß die anderen schwer zu beantworten sein werden. Sie sind aber alle geeignet, das Interesse für die Störung zu stimulieren. Und die Verfasser sagen wie Deso *Weiss* vor 30 Jahren: „Die Zeit ist gekommen!" (22).

Das zweite Kapitel (*St. Louis* and Lena *Rustin*) berichtet über zwei Fragebogen-Untersuchungen (USA und UK) über Erkennung, Kenntnisse, Erfahrung und Ausbildung in Verbindung mit der Störung. Ein beunruhigend großer Teil der Befragten zeigt sowohl Pessimismus als auch Unwissenheit über Poltern (35). Die Verfasser wollen Poltern von Stottern absetzen (33) und schlagen Lösungen vor: vor allem Forschung, dann noch einen breiteren Platz in Lehrbüchern, auch Kurse, Aufklärungsarbeit in der Presse, Fernsehprogramme und Selbsthilfegruppen.

Im 3. Kapitel bemüht sich K. O. *St. Louis*, eine präzise Beschreibung von Poltern zu finden. Das vorläufige Ziel ist eine möglichst einfache Arbeitsdefinition, und hier ist das Ergebnis:

Poltern ist eine Sprech-Sprachstörung; seine wichtigsten Charakteristiken sind, daß es kein Stottern ist und daß es sich durch schnelles und/oder unregelmäßiges Sprechtempo äußert (49). – Die Schwächen dieser „Definition" liegen auf der Hand:

- Solange Stottern nicht einmütig definiert ist, wird man auch nicht sicher sein können, was „kein Stottern" heißt;
- Tempo- und Flüssigkeitsanomalien sind nicht immer leicht zu quantifizieren. Wir haben vorläufig kein zuverlässigeres Maß als die Zahl der gesprochenen Silben pro Sekunde, und die zu zählenden Einheiten sind nicht immer leicht zu identifizieren. Der Verfasser betont selbst den „verzweifelten Bedarf" an besseren Meßmethoden (53).

Realistisch gesehen bringt uns diese Definition also nicht viel weiter; jedoch deutet der Verfasser Wege an, um mögliche „unik charakteristische" Symptome für Poltern aufzudecken (53).

Gerade dieser Frage der Differenzierung von Poltern und Stottern geht im 4. Kapitel Alf *Preus* nach. Er kommt zu dem Ergebnis, daß Poltern und Stottern sowohl verwandte als auch unterschiedliche und entgegengesetzte Störungen sind. Sie sind beide durch mangelhafte Redeflüssigkeit charakterisiert, und sie treten oft im selben Individuum auf. Unterschiedlich sind sie insofern, als Poltern auch linguistische und artikulatorische Aspekte hat. Und schließlich sind die beiden Störungen entgegengesetzt, indem sie sich in bezug auf Koartikulation an je einem Ende eines Kontinuums befinden (62).

Sowohl *St. Louis* (49) als auch *Preus* (69) schienen davon auszugehen, daß Stottern genügend definiert ist. Im Leser aber – und wenigstens im Rezensenten – bleibt hier der Wunsch nach einem Hinweis.

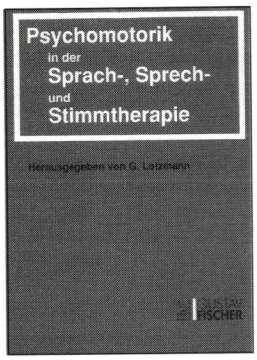
Kapitel 5, von Florence L. *Myers*, betont die Notwendigkeit, das Poltern als „Dyssynergie" (mangelhaftes Zusammenwirken) in einem komplexen System von Aspekten der Sprache und des Sprechens zu sehen. Die Verfasserin vergleicht das Poltern mit einer Verwerfung der Schichten in der Erdkruste (83): Die „Schichten" sind Sprechabsicht, Wortbedeutung und grammatisch-phonologische Strukturen, und die Verwerfung tritt in einem abweichenden Sprechen zutage. Ein durch Therapie bewußt gemachtes Servosystem (79) bietet nach Ansicht der Verfasserin die Möglichkeit, daß der polternde Sprecher sich selbst genau zuhört und die Notwendigkeit erkennt, sowohl die sprachliche Formung als auch die Sprechmechanik zu verbessern.

Im 6. Kapitel, von F. *Myers* und Claire L. *Bradley,* kommt die Idee von Dyssynergie zur Anwendung in Anweisungen zur Bewertung des Polterns als Grundlage für eine Behandlung. Nicht nur auf Selbstbeobachtung des Polterers wird Wert gelegt, sondern auch auf seine Einsicht, daß er eine Verpflichtung hat, sich im Gespräch verständlich und zusammenhängend zu äußern und auch den Partner zu Wort kommen zu lassen (101).

Es macht uns stutzig, noch einmal das alte Klischee zu sehen, daß es möglich wäre, schneller zu sprechen, als man denken kann (90). Was dann herauskäme, könnte, so denken wir, höchstens auswendig Gelerntes sein. Uns wird es vielmehr scheinen, daß ein solcher Polterer schneller denkt, als er sprechen kann; oder vielleicht noch besser: sich verleiten läßt, Gedankensprünge vorzunehmen, die sich dann im Sprechen niederschlagen. Diesen wichtigen Punkt sollte man einmal näher zur Diskussion aufnehmen.

Das 7. und letzte Kapitel, von David A. *Daly*, geht direkt und konkret auf Therapie ein. Eine Reihe von bewährten Übungen aus der älteren Literatur werden erwähnt. Interessant sind auch die neueren technischen Maßnahmen: vibrotaktile und verzögerte auditive Rückkopplung, die die Selbstbeobachtung erleichtern sollen (113-114). Am bedeutendsten finden wir jedoch die Selbstermutigung („positive self-talk", 118), und zwar weil wir durch das ganze Buch (mögliche Ausnahme S. 101) den Gesichtspunkt vermißt haben, daß Poltern nicht unbedingt als Sprech- oder Sprachstörung gesehen werden muß, sondern in der fehlenden Motivation zur Identifizierung mit dem Gesprächspartner seine Wurzel hat. Um diesen Erziehungsbedarf dürfte es nach der unbescheidenen Meinung des Rezensenten bei Poltern grundsätzlich gehen. Das hindert uns aber nicht, das Buch warm zu empfehlen: es verdient einen sicheren Platz in der sprachbehindertenpädagogischen Literatur, eben weil es erneut zur Diskussion und Forschung über Poltern auffordert.

Martin Kloster-Jensen



Geert Lotzmann (Hrsg.): Psychomotorik in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1992. 241 Seiten. 46 DM.

Der Band berichtet über die Inzigkofener Gespräche im März 1991 zur Psychomotorik als „Sammelbegriff für psychisch regulierbare Motorik, zu der Bewegungen, Haltungen und Tonus" (*Lotzmann*) gehören. *Lotzmann* hat Vertreter der Psychomotorischen Praxis eingeladen, um unter Berücksichtigung des Zentralbegriffes der Ganzheit verschiedene Aspekte der Motopädagogik darzustellen. Die Beiträge umfassen das weite Spektrum eines Ansatzes, der sich in vielen verschiedenen Facetten und Praxisanwendungen zeigt. So berichten Autoren wie *Mertens, Eckert, Grundner* und *März* über die Psychomotorik als ganzheitlichen Förderansatz in der Sprach- und Sprecherziehung im Rahmen des Motopädagogikkonzeptes des Aktionskreises Psychomotorik. Daneben stellt *Kleinert-Molitor* einige Grundgedanken einer psychomotorisch orientierten Sprachentwicklungsförderung vor, die stärker von sprachbehindertenpädagogischen Ansätzen ausgeht. Die weiteren Beiträge widmen sich entweder regulationspsychologischen Aspekten von Motorik und Sprechen (*Deuse*) oder Spezialproblemen wie der Stimmfunktionstherapie (*Greifenhahn-Kell*) oder anderen ähnlichen Ansätzen.

Der Band setzt die Reihe der Veröffentlichungen der Inzigkofener Gespräche fort und verdeutlicht das Konzept dieser Gespräche, Fachleute unterschiedlicher Provenienz zu einem Thema zusammenzuführen. Dabei zeigt sich in den Veröffentlichungen deutlich, daß einerseits im Rahmen der psychomotorischen Konzepte relativ wenig auf spezielle sprachbehindertenpädagogische Konzeptionen eingegangen wird, während andererseits in den sprachbehindertenpädagogischen Konzeptionen wiederum der Rolle der Motorik oft nur eine sehr untergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Es ist sicher ein Verdienst dieses Bandes, diese unterschiedlichen Positionen einander etwas angenähert zu haben. Dennoch ist die Zusammenstellung der Beiträge eher von den Bedürfnissen einer Zusammenfügung verschiedener Beiträger zu einem Gesprächsforum geprägt als von der Idee, eine

zusammenfassende Darstellung der Diskussion in einem speziellen Aspekt der Sprachbehindertenpädagogik zu geben.

Dietrich Eggert

Jürg Kollbrunner: Hexensprache. Klotz Verlag, Eschborn 1992. 272 Seiten. 29,99 DM.

Was wird man erwarten, wenn ein humanistischer Psychologe, der 15 Jahre in einer klinischen Abteilung mit sprach- und stimmgestörten Menschen in der Schweiz gearbeitet hat, zur Feder greift, um über Sprache, Sprachstörungen und -therapie zu schreiben? Da die Publikation weder eine Einleitung noch eine Zielvorgabe ausweist, bleibt die Beantwortung dieser Frage vorerst dem Leser überlassen. In vier Kapiteln bearbeitet der Autor sein „anhaltendes Gefühl des Nichtverstandenwerdens", seinen Ärger über eine mißverstandene und im medizinischen Milieu wohl gelegentlich mißachtete Einstellung zu Sprachstörungen.

Ausgangspunkt aller Reflexionen ist sein Erleben, daß unsere Sprache nicht nur dazu dient, überprüfbare Informationen zu vermitteln, sondern Ausdrucks- und Beeinflussungswert hat. Dadurch wird Sprache zur Waffe, die Verschleierung und Umdeutung ermöglicht, die starr oder lebensbehindernd werden kann. Sprachstörungen sind so gesehen häufig nicht Ausdruck gestörter Sprache, sondern Verwendung einer „Störungssprache", zu verstehen entweder als Sprache des Gestörtseins oder als Sprache des Störens, im einen wie im anderen Fall als Ausdruck von Beziehungs- und Dialogstörungen.

Auf diesem Hintergrund klagt *Kollbrunner* in seinem ersten Kapitel das fahrlässige Mißachten von größeren Zusammenhängen an. Strukturblindheit, der fehlende Respekt vor größeren Zusammenhängen des Lebens und Zusammenlebens, sieht er als eine der Zivilisationskrankheiten unserer Gesellschaft an. In einer Art „Stammtischgespräch mit sich selbst", bei dem niemand widerspricht, bemüht er aktuelle Kapitel der Schweiz- und Weltgeschichte als Belege für die erst nachfolgend gelieferten Grundthesen. Über die ökologische Krise, die Kriegsrüstung, die Werbungsmanipulation, den Unsinn von Statistiken, die mechanische Schulmedizin, E.T., Tschernobyl, den Golfkrieg oder Ideen über Glücklichsein ist hier zu lesen.

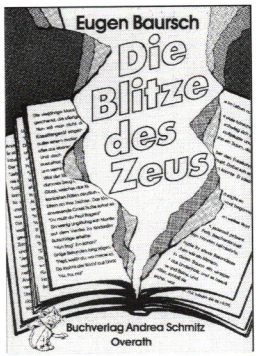
Im zweiten Kapitel („verwirrte und verwirrende Sprache") hinterfragt der Autor Schönworte, Sprachtabus, Sprachverlockungen, Viel- und Gescheitschwätzen. Er versucht auf 60 Seiten vertrocknete Worthüllen wieder mit Leben zu füllen, indem er sie in seinem „Hexensprache-Lexikon" auf die Ursprünge zurückführt – Worte wie 'aggressiv' und 'Angst', 'Beziehung' und 'Krise', 'Gott' und 'geil'. Vor dem dritten Kapitel über Sprachstörungen und Störungssprache legt er hier seinen Wunsch offen, daß Sprache (wieder) eine Hexe werden sollte, die die Vielschichtigkeit der Realität, die Sprache hervorbringt und durch Sprache verändert wird, integrieren könnte. In diesem Teil finden wir ein leidenschaftliches Plädoyer für ein In-Beziehung-Treten der Menschen in einer direkten, ehrlichen Kommunikation.

Hunderte von transkribierten Aussagen aus Gesprächen mit Sprachgestörten oder deren Eltern lassen ahnen, warum *Kollbrunner* zur Einschätzung gelangte, daß die Mehrzahl der „Sprach"-Gestörten und ihrer Bezugspersonen weniger Hilfe auf der Sprachebene, als vielmehr auf der Beziehungsebene benötigen. Diese Hilfe sollten aber Sprachtherapeuten selbst geben können, wenn sie durch entsprechende Selbsterfahrungsanteile in ihrem Studium auf diese Beziehungsarbeit vorbereitet werden. Ansonsten stehen Sprachtherapeuten in der Gefahr, durch „zielgeleitetes Erblinden" Spezialisten für Symptomverschiebung und -unterdrückung zu bleiben. Im abschließenden Teil („Erkenntnistheorie für Kinder") stehen handlungsleitende Überlegungen für einen Umgang mit Kindern, der diese in ihrem sozial-emotionalen Lernen hin zur beziehungsgerechten Kommunikation unterstützt.

Formal wird der Text immer wieder mit Grafiken, Liedern und Zitaten u.a. von *Buber, Laotse, Morgenstern, Ringelnatz,* von *Pink Floyd* oder den *Bee Gees* durchwoben.

Was soll man von diesem Buch mit seiner durchaus ernsthaften Thematik halten, das offensichtlich mit soviel Humor und selbstkritischem Schmunzeln geschrieben wurde? Ist es durch das Zitat des Autors „Da ich von allem nichts verstehe, rede ich überall mit" zu charakterisieren? Das etwas andere Buch – unkonventionell, schwer einzuordnen, intelligentes Plaudern eines sensiblen Beobachters und ernsthaften Nachdenkers? Eine Hexensprache, die die zielgerichtet Erblindeten unter den Sprachbehindertenpädagogen, die durch ihr Verständnis von Sprache behinderten Pädagogen, nachdenklich, ärgerlich, auf jeden Fall betroffen machen kann.

Hans-Joachim Motsch



Eugen Baursch: Die Blitze des Zeus. Tagebuchaufzeichnungen eines Schlaganfall-Patienten. Vorwort von Walter Huber. Buchverlag Andrea Schmitz, Overath 1992. 176 Seiten. 22,80 DM.

Der Schriftsteller Eugen *Baursch* erlitt fast 70jährig einen linkshirnigen Apoplex. Den Folgezustand, eine rechtsseitige Hemiparese und eine Wernicke-Aphasie, erlebt er wie einen Blitz aus heiterem Himmel.

Die Menschen der Antike glaubten, daß der Göttervater Zeus die Menschen mit seinen Blitzen strafen konnte. Diese Vorstellung inspirierte den Autor zu seinem Buchtitel.

Eugen *Baursch* legt Tagebuchnotizen vor, die am Tage seiner Erkrankung beginnen und etwa vier Monate seine Rehabilitation begleiten und beschreiben.

Er schreibt in einer durch die Aphasie in Unordnung gebrachten Sprache, bei der syntaktische, grammatische und lexikalische Regeln ihre Wertstellung verloren haben. Den ersten Aufzeichnungen stellt er dann „Nachempfindungen" gegenüber, die er einige Wochen später verfaßt, nachdem sich sein Sprachvermögen gebessert hatte.

Der Autor vermittelt uns seine Sorgen und Nöte. Er beschreibt seine Hoffnungen, die er in die Therapie der Ärzte, Krankengymnasten und der Logopädin setzte. Er berichtet von dem Kampf mit der Krankenkasse, die die Kostenübernahme für eine stationäre Sprachheilbehandlung ablehnte.

Das Vorwort schrieb Walter *Huber*, der in sehr verständlicher Form das aphasische Syndrom beschreibt. Dadurch finden auch Laien Zugang zu diesem Buch.

Huber empfiehlt dieses Buch Fachleuten, Sprachgesunden und Aphasikern gleichermaßen, denn jeder wird es auf seine Weise mit Gewinn lesen. Dieser Empfehlung schließe ich mich gerne an.

Wolfgang Scheuermann

Personalia

Otto-Friedrich von Hindenburg vollendete am 27. Februar sein 80. Lebensjahr

80 Jahre vergehen nicht spurlos auf der Erde und erst recht nicht in einem Menschenleben. Acht Jahrzehnte zeichnen ein Gesicht wie Naturkräfte über lange Zeit eine Landschaft; und beim Betrachten beider erkennt man, ob es eine gute Zeit gewesen ist.

Als ich unserem Jubilar auf der festlichen Nachfeier im Kreise vieler Freunde und Mitarbeiter der dgs gegenübertrat, fand ich kaum Worte. Zu groß war die Freude, der fast neidvolle Respekt ihm gegenüber – so alt geworden und zugleich so jung geblieben zu sein. Ein Geheimnis für dieses jugendliche und lebensbejahende Strahlen in seinem Gesicht stand gleichsam neben ihm – seine verehrte Gattin. Ihr Blick versicherte ebenfalls: es war eine gute Zeit.

Verdienste und Ehrungen im Zusammenhang mit der Sprachheilpädagogik gab es viele im Leben von Otto-Friedrich *von Hindenburg*. Ein Höhepunkt war sicherlich die Verleihung des Verdienstkreuzes des Landes Niedersachsens am Bande im Jahre 1979. Gewürdigt wurde er für seine Pionierarbeit bei der Versorgung und Betreuung sprachbehinderter Vorschulkinder, den stetigen Bemühungen zur Errichtung von Sprachheilkindergartengruppen an allgemeinen Kindergärten. Zu dieser Zeit war sein Wirken als Sonderschulkonrektor an der Sprachheilschule Hannover (Albert-Liebmann-Schule) von 1952 bis 1975 schon beendet. Ich erinnere mich noch gut an die damals „revolutionären" therapeutischen Neuerungen, die er durch seine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Sprachheillehrer in die Schule einbrachte. Antriebslockerung hieß damals eine seiner psychagogischen Maximen, und das erfüllte die Schule mit prallem Leben.

Ein weiteres Geheimnis seiner Vitalität und Schaffenskraft liegt wahrscheinlich in seiner unstillbaren Neugier für die Psychodynamik innerseelischer Prozesse im Menschen. Seine Erfahrungen und sein Wissen gab er – schon lange im Ruhestand – als Lehrbeauftragter an der Evangelischen Fachhochschule in Hannover und in der Erwachsenenbildung vielen Menschen weiter.

Die Arbeit mit jungen Menschen und der Einsatz für junge Menschen prägten auch sein Engagement in der dgs. Lange Zeit führte er die Landesgruppe Niedersachsen als Vorsitzender.

Als Referent für Berufsfragen und als Ausschußvorsitzender war Otto-Friedrich *von Hindenburg* lange Jahre auch im Hauptvorstand der *dgs* tätig. Auf dem Kongreß in Marburg 1990 wurde er für seine langjährigen Verdienste vom Bundesvorsitzenden gewürdigt.

Als Anerkennung für sein langjähriges Engagement für die dgs wurde Herr *von Hindenburg* zum Ehrenmitglied des Verbandes ernannt.

Es war eine gute Zeit. Möge sie noch lange dauern.

Das wünschen wir Herrn *von Hindenburg* und seiner Gattin.

Heiko Sieling

Weitwinkel

BIAP-Empfehlung 24/1 der Kommission 24 (Früherkennung von Sprachstörungen)

Im Lebensabschnitt zwischen 0 und 3 Jahren können Defizite im auditiven, visuellen, motorischen und sozial-kommunikativen Bereich – einzeln oder in Verbindung miteinander – zu Störungen und Verzögerungen der Sprech- und Sprachentwicklung führen.

Ein Faltblatt mit einer vereinfachten Übersicht über die wesentlichen Entwicklungsabschnitte im auditiven, visuellen, motorischen und sozial-kommunikativen Bereich gibt unverzichtbare Merkmale an, bei deren Fehlen Maßnahmen zur diagnostischen und therapeutischen Früherfassung eingeleitet werden müssen.

Das BIAP empfiehlt daher, Eltern und Personen, die mit Kleinkindern beruflich zu tun haben, in hohem Maße zu sensibilisieren mit dem Ziel, Fehlentwicklungen, die zu sprachlichen Störungen führen können, frühzeitig zu erkennen.

Eine weitreichende Verbreitung des vorliegenden Faltblattes sollte zu diesem Ziel beitragen. Das Faltblatt kann bei den jeweiligen Landesgruppenvorsitzenden der dgs angefordert werden.

Frank Kuphal

Vorschau

R. Romonath: Sprachdiagnostik bei kindlichen Aussprachestörungen aus sprachsystematischer, pädolinguistischer und sprechhandlungstheoretischer Sicht.

H. Brauer: Sprechsilbenbegleitende Methode für die Stotterbehandlung.

J. Breckow: Kommunikation im Alter. Schwierigkeiten und sonderpädagogische Hilfestellungen.

Anzeigenschluß für Heft 4
ist der 2. Juli 1993

Sprachheilpädagogin
mit Berufserfahrung

(Psychomotorik, OFT, MFT, Aphasietherapie)

sucht ab 9/93 Halbtagsstelle im Großraum Köln.

Chiffre SP 39303

Als staatlich anerkannte
Sprachtherapeutin und
Kindergärtnerin
habe ich in Regeleinrichtungen und Sprachheilkindergärten Berufs- und auch Leitungserfahrungen sammeln und erfolgreich anwenden können.

Ich möchte mich neuen Aufgaben zuwenden, um mein pädagogisches, therapeutisches und organisatorisches Geschick, verbunden mit Kreativität, weiterhin zu realisieren.

Die Arbeit in einem neuropädiatrischen Team, das präventiv und rehabilitativ mit Kindern und Eltern arbeitet, stelle ich mir u.a. als neuen Wirkungskreis vor. Mein Interesse gilt aber auch Ausbildungsaufgaben im pädagogischen und sonderpädagogischen Bereich und den Leitungsfunktionen von integrativ arbeitenden Regelkindergärten oder Sondereinrichtungen.

Chiffre: SP 39300

Berufsanfängerin, mit Praxiserfahrung durch zahlreiche sprachtherapeutische Praktika und einem Zusatzstudium in Sonderpädagogischer Psychomotorik, sucht ab September 1993 eine feste Ganztagsstellung im Raum Hannover.

Chiffre: SP 39301

Yogaton

Neuartiges Sprachheilverfahren mit Übungscassetten - bestehend aus vier Tonbandcassetten, Einleitung plus sieben Therapieschritte à 30 Minuten.

Yogaton ist eine in sich abgeschlossene Stottertherapie, von der richtigen Atmung bis hin zum flüssigen Sprechen.

Als **unterstützende Funktion für den Therapeuten** sowie auch zur autonomen Selbstbehandlung gedacht.

Cassettentherapieset (4 Cass.) 115,- DM

Information und Bestellung:
Eva-Maria Liesenfeld, Obermatten 1
7803 Gundelfingen-Wildtal, Tel. 07 61 - 55 29 27

Bergedorfer Kopiervorlagen

„Lesenlernen mit Hand und Fuß"—

der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen von Ulrike Marx und Gabriele Steffen.

Dazu: Die ***Mitmach-Texte,*** das Textbuch zum Leselehrgang.

Bergedorfer Klammerkarten: Das Lernmittel mit Selbstkontrollverfahren zur Diffenrenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Große Auswahl verschiedener Titel für Deutsch und Mathematik. Klasse 1-4.
NEU: Sprachbetrachtung für KL. 5 und 6.

Lehrmittelservice: Gollwitz-Titel, Lernpuzzles, Sensory-Programm u. v. m., **Info** anfordern:

Persen **Verlag Sigrid Persen**
Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg / N.E.
Tel. 0 41 63 / 67 70 Fax 0 41 63 / 78 10

INSTITUT FÜR STIMM- UND SPRACHTHERAPIE
Dr. K.-J. Berndsen u. S. Berndsen
Bornekampstr. 50 a, 4750 Unna, Tel.: 02303-86888

Myofunktionelle Therapie in Theorie und Praxis

Folgende Kurse finden im „Institut für Stimm- und Sprachtherapie" in Unna unter der Leitung von S. Berndsen und Dr. K.-J. Berndsen im Jahre 1993 statt.

Kurs 1

Intensive Aus- und Fortbildung in Theorie und Praxis der „Myofunktionellen Therapie"

Kurs 2

Die Bedeutung orofazialer Therapien für die Praxis der Sprachbehandlung. Vorstellung bestehender Handlungskonzepte und praktische Übungen.

Teilnahmevoraussetzung: Kurs 1 im Bereich MFT

Termine:

Kurs 1	25. und 26. 6. 1993
Kurs 1	9. und 10. 10. 1993
Kurs 2	19. und 20. 11. 1993

Anmeldungen: Institut für Stimm- und Sprachtherapie
Bornekampstr. 50 a,
4750 Unna,
Tel.: 02303-86888

Intensivkurs zur Akzentmethode

Das Fach Phonetik der Universität Trier veranstaltet vom 10. bis 15. Oktober 1993 einen Intensivkurs zur Akzentmethode (Ganzheitsmethode zur Therapie bei kommunikativen Störungen, nach Prof. Dr. Svend Smith).
Der Kurs findet unter der Leitung von **Prof. Dr. Jens-Peter Köster und Frau Christa Hartlep** (Universitäts-Ohrenklinik Rostock) in Trier, der reizvollen deutschen Weinmetropole an der Mosel, statt. Er wendet sich speziell an Sprachheillehrer und Sprachtherapeuten im deutschsprachigen Raum.
Der Lehrgang wird sowohl die Theorie der Akzentmethode als auch einen umfassenden praktischen Teil zum Inhalt haben.

Weitere Informationen oder umgehende Anmeldung (da Beschränkung auf 30 Teilnehmer) an:

Universität Trier, Phonetik, z.Hd. Hedwig Hinzmann, Universitätsring 15, 54286 Trier,
Telefon: (06 51) 2 01 22 56; Fax: (06 51) 2 01 39 40.

Der Umgang mit cerebralparetischen Kindern

In diesem Seminar wird den TeilnehmerInnen in Theorie und Praxis der Umgang mit cerebralparetischen Kindern vermittelt. Behandlungsansätze von Bobath und Vojta wie z.B. „reflexhemmende Ausgangsstellungen" werden demonstriert und praktisch eingeübt. Auf die Problematik der Eß-, Kau- und Schluckstörungen wird speziell eingegangen und Therapiemöglichkeiten mit den TeilnehmerInnen erarbeitet.

Termin: 10. - 11.7.93 Kursgebühr 195 DM Dozentin: B. Schwind / Lehrkrankengymnastin

Anmeldung und Informationen über weitere Kurse:
TANDEM - Frankfurterstraße 195 - 3500 Kassel Tel. 05 61 / 400 12 94

Sie wollen Neues ausprobieren, sich verändern, mit Kollegen anderer Berufsgruppen zusammenarbeiten, sind

Sonderschullehrer(in)

der Fachrichtung Sprachheilpädagogik

und haben darüber hinaus evtl. Berufserfahrung. Dann sind Sie bei uns richtig.

Wir sind eine Heimsonderschule für Sprachbehinderte in freier Trägerschaft, zwischen Freiburg und Straßburg in landschaftlich reizvoller Umgebung gelegen.

Zum Schuljahrsbeginn 93/94 ist bei uns eine Sonderschullehrerstelle neu zu besetzen.

Wenn Sie sich bewerben wollen, wenden Sie sich an das

Evang. Kinder- und Jugendhilfezentrum Dinglingen e.V.
Abt. Sprachheilzentrum
Weinbergstr. 9
7630 Lahr

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Weser-Ems e.V. - Sprachheilkindergarten Nordenham - sucht zum 01.08.1993

eine/n Logopädin/en

für die Dauer des Ausfalls einer Mitarbeiterin infolge Mutterschaft (Erziehungsurlaub).

In unserem Sprachheilkindergarten werden 16 Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren in 2 Gruppen betreut. Die spracherwerbsgestörten Kinder werden von einem Mitarbeiterteam (Erziehern, Psychologin, Krankengymnastin) behandelt.

Die Vergütung erfolgt nach unserem Tarifvertrag BMT-AW (ähnlich BAT) mit den üblichen Sozialleistungen.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Arbeiterwohlfahrt
Sprachheilkindergarten Nordenham
z.H. Frau Ammermann
Körnerstr. 31
2890 Nordenham

Arbeiterwohlfahrt
Verband für soziale Arbeit

---

wolfsburg
DIE VOLKSWAGENSTADT.

Für die **Stadt Wolfsburg** (130.000 Einwohner) - Heilpädagogische Tagesbildungsstätte für geistig- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche - wird zum nächstmöglichen Termin gesucht:

Sprachheilpädagogin/-pädagoge

oder

Logopäde/in

mit staatlicher Anerkennung, für eine Teilzeitbeschäftigung von T 75 % der regelmäßigen Arbeitszeit (= rd. 28 Std./ Woche).

Die Stelle kann wegen Beurlaubung des Stelleninhabers z.Z. nur befristet bis 31.7.1994 angeboten werden.

Das Aufgabengebiet umfaßt die Förderung von z.Z. 49 geistig- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter: z.B. Sprachanbahnung, Behandlung von Dysgrammatismus und Dyslalie, Therapie sprachlicher Entwicklungsbilder bei cerebralen Bewegungsstörungen, Schulung der auditiven Merkfähigkeit. Außerdem sollen die päd. Mitarbeiter und die Eltern entsprechend angeleitet werden.

Die Vergütung erfolgt nach **Verg. Gr. V c/V b BAT**. Daneben werden alle sonst üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bewerbungen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) senden Sie bitte innerhalb von 3 Wochen nach Erscheinen der Anzeige an die

Stadt Wolfsburg,
Personalamt,
Postfach 10 09 44,
3180 Wolfsburg 1.

Wir suchen
eine(n) Logopädin/en
oder
eine(n) Sprachheilpädagogin/en

als Voll- oder Teilzeitkraft, die bereit ist, in unserem interdisziplinär arbeitenden Team selbständig mitzuarbeiten.

Wir bieten eine modern ausgestattete Praxis in der Nähe Bremens.

Logopädische und sprachheilpädagogische Ansätze integrieren wir in unserer Arbeit. Eine Kooperation mit angrenzenden Berufsfeldern findet statt.

In- und externe Fortbildungen sind möglich.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Ihre schriftliche Bewerbung bitte an

Sprachheilpädagogin
Gisela Lemcke
Langenstr. 1b
2807 Achim

Wir suchen für unseren Sprachheilkindergarten zum 1.08.1993 bzw. zum nächstmöglichen Termin

1 Logopäden(in) oder
Sprachtherapeuten(in)

sowie

1 Logopäden(in) bzw.
Sprachtherapeuten(in)
im Anerkennungsjahr

– Halbtagsbeschäftigung ist möglich –

Bitte bewerben Sie sich umgehend bei der

Lebenshilfe Soltau e.V.
Celler Straße 167
3040 Soltau
Tel. 05191/5013

Rehabilitationszentrum Bad Griesbach

- Klinikum Passauer Wolf -

Ein junges Team sucht Verstärkung.
Das Klinikum Passauer Wolf in Bad Griesbach ist eine Rehabilitationseinrichtung mit den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie und Innere Medizin.

Für die neurologische Klinik suchen wir noch eine/n

Logopäden/in
klin. Linguisten/in oder Sprachheilpädagogen/in

zur Diagnostik und Behandlung von Aphasien und Dysarthrien.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf (Fr. U. Müller, Tel. Nr. 08532/27 4552) oder Ihre Bewerbung.

Klinikum Passauer Wolf
Chefarzt Dr. W. Rink
Postfach 12 63
8394 Bad Griesbach i. Rottal
Tel. 08532/27 4511

odeborn klinik **Fachklinik für Neurologie und Innere Medizin**

sucht ab sofort

Logopädinnen/en

und/oder

Sprachtherapeutinnen/en

zur Komplettierung ihres Teams.

Die **Neurologische Klinik** umfaßt derzeit 252 Betten. Schwerpunkt der Arbeit ist die Rehabilitation von Apoplex-Patienten in den verschiedenen Rückbildungsphasen. Darüber hinaus werden auch Patienten mit Multipler Sklerose, mit Parkinson-Syndrom, mit Schädel-Hirn-Traumen, nach neurochirurgischen Eingriffen sowie anderen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und peripheren Nervensystems behandelt.

Wir hoffen
auf engagierte Mitarbeiter/innen für die Diagnostik und Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Stimmstörungen.

Wir wünschen
uns Mitarbeiter/innen mit Interesse an selbständigem Arbeiten, das viel Verantwortung und Eigeninitiative verlangt, aber auch mit genügend Offenheit, im Sprachtherapeutischen Team Erfahrungen zu sammeln und zu lernen.

Wir bieten
- eine Vergütung in Anlehnung an den BAT
- Urlaubsgeld, 13. Monatsgehalt und betriebliche Altersversorgung
- Unterstützung bei der beruflichen Fortbildung und Fortbildungsurlaub
- eine geregelte Arbeitszeit (38,5 Std./ Woche)
- einen unternehmenseigenen Kinderhort
- Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung
- verbilligte Personalverpflegung
- Benutzung der unternehmenseigenen Freizeitanlagen

Wenn Sie die Aufgabe reizt, richten Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen bitte an:

Odeborn-Klinik, Verwaltungsleiter U. Schenkel
Hinterm Schloßpark, D-5920 Bad Berleburg
Tel. (02751) 82140 oder 82141
Telefax: (02751) 82490

Eine Klinik der Wittgensteiner Kuranstalt

Suche
Sprachtherapeuten/in
als freie/r Mitarbeiter/in
Praxis für Sprachtherapie, Paar- und Familienberatung

W. Schoke-Banken
Mohnstr. 25
4040 Neuss 1
Tel.: 02131/462135

Sonderschule für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen
Felsenstraße 33, 9000 St. Gallen / CH-Schweiz

Wir suchen auf das Schuljahr 1993 (16. August) oder nach Vereinbarung

eine **Logopädin** oder einen **Logopäden**

Der Umfang des Pensums beträgt in gegenseitiger Absprache 50 - 100 %.

Wir freuen uns auf jemanden, der gerne mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, sich in den Bereich der Wahrnehmungsstörung und deren Therapie vertiefen möchte und bereit ist, sich innerhalb eines kleinen Teams zu engagieren.

Auskünfte und Bewerbungen: M. Neuweiler, Schulleiter, Tel. 00 41 71 / 22 66 43.

Suche

ab September 1993 im Großraum Münster / Dortmund für meine Praxis für Stimm- Sprech- u. Sprachtherapie eine

Dipl. Sprachheilpädagogin oder Logopädin

mit Berufserfahrung (Schwerpunkt: Diagnostik und Therapie von kindlichen Sprach- u. Sprechstörungen) in freier Mitarbeit oder Anstellung.

Zuschriften unter Chiffre: SP 39302

Anzeigenschluß

für

Heft 4/93

ist der 2. Juli 1993

Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Fachklinik für Neurologie und Orthopädie, AHB- und Rehabilitationsklinik

Für unsere im Bau befindliche moderne AHB- und Reha-Klinik suchen wir zum 1.7.93 oder später

Logopäden/-innen

Wir bieten
- übertarifliche Vergütung
- sehr gute interne / externe Fortbildungsmöglichkeit
- interdisziplinäre Teamarbeit mit Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ärzten und dem Pflegepersonal
- moderne, großzügige Behandlungsräume
- Mitarbeiter-Appartements können gestellt werden

Arbeitsschwerpunkte

Diagnostik und Therapie von:
- Aphasien
- Dysarthrien
- Dysphonien

Bad Klosterlausnitz

liegt im "Holzland" in Thüringen in unmittelbarer Nähe des Hermsdorfer Kreuzes in landschaftlich reizvoller Umgebung. Die Großstädte Gera und Jena sind verkehrsgünstig angebunden. Hier wird derzeit die nach modernsten Gesichtspunkten konzipierte Moritz-Klinik errichtet und voraussichtlich zum 1. Juli 1993 eröffnet werden.

Interesse?!

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die Geschäftsführung der Moritz-Klinik, Postfach 1520, W-3490 Bad Driburg

Die Stadt Bonn
sucht
zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine vollbeschäftigte Logopädin oder einen vollbeschäftigten Logopäden
- Vergütungsgruppe Vc / Vb BAT -

für den Heilpädagogischen Kindergarten Bonn-Duisdorf zur Vertretung für eine bis zum 14.07.1994 beurlaubte Mitarbeiterin.

eine teilzeitbeschäftigte Logopädin oder einen teilzeitbeschäftigten Logopäden
- Vergütungsgruppe Vc / Vb BAT -

für den Heilpädagogischen Kindergarten Bonn-Bad Godesberg in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer Vollbeschäftigten; das sind zur Zeit 19 Stunden und 15 Minuten.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften **unbedingt unter Angabe der Kennziffer 50-3** an den **Oberstadtdirektor - Personalamt-, Stadthaus, Berliner Platz 2, 5300 Bonn 1.**

Die Stadt Bonn ist um die berufliche Förderung von Frauen bemüht. Daher werden Bewerbungen von Frauen begrüßt.

Diplomsprachheilpädagoge/-in
oder
Sprachtherapeut/in

gesucht zur Mitarbeit für 2-3 Tage/Woche in gut eingeführter Praxis 50 km südlich von München. Zulassungsvoraussetzungen müssen erfüllt sein.

(Tel.: 08856-82 184)

Sprachheilpädagoge/in

als freie(r) Mitarbeiter/in für Sprachheilpraxis in Viersen/Niederrhein gesucht (70 km von Köln, 30 km von Düsseldorf).

Arbeit in einem Team, Supervisionsangebot und ein Patientenstamm mit unterschiedlichsten Störungsbildern erwarten Sie.

Praxis für Sprachtherapie
Dr. E.M. Saßenrath-Döpke
Kreuzherrenstr. 29
4060 Viersen 11
Tel.: 0 21 62 / 4 24 47 oder 0 23 81 / 2 11 91

KSSG

Kantonsspital St.Gallen

Die **Klinik für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde, Hals- und Gesichtschirurgie** (Chefarzt Prof. Dr. R. Gossenbacher) sucht für Eintritt auf Mitte Juni 1993 oder nach Vereinbarung eine/n

Logopädin/Logopäden

(80 - 100 % Teilzeitanstellung)

Das Aufgabengebiet umfasst die Diagnostik und Therapie verschiedener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Kindern und Erwachsenen.

Voraussetzung ist eine mit Diplom abgeschlossene Ausbildung; praktische Berufserfahrung wäre von Vorteil.

Sie finden bei uns einen Arbeitsplatz innerhalb eines eingespielten Teams und gute Weiterbildungsmöglichkeiten.
Im weiteren erwartet Sie ein vielfältiges Freizeitangebot (Kultur- und Handelsstadt St. Gallen; Bodensee und Appenzeller Land als Naherholungsgebiete). Personalzimmer stehen zur Verfügung.

Nähere Auskünfte erhalten Sie von Herrn Dr. M. Hoffmann, Leitender Arzt der Abteilung für Gehör-, Sprach- und Stimmheilkunde, Tel. 00 41 / 71 26 16 95.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte direkt an die

Personalabteilung des Kantonspitals,
9007 St. Gallen

BEZIRKS VERBAND PFALZ

PI-PFALZINSTITUT FÜR KINDER UND JUGEND-PSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Das Pfalzinstitut sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachheilpädagogen/in oder Logopäden/in

(auch Teilzeitarbeit möglich)

für die sprachtherapeutische Betreuung von 4- bis 14jährigen Kindern mit allen vorkommenden Sprachproblemen einschließlich dadurch verursachter Lernstörungen. Gewünscht ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team mit Ärzten, Psychologen, Bewegungs- und Musiktherapeuten und Pflege- und Erziehungspersonal.

Vergütung wie für Logopäden nach BAT mit Zulagen. Das Pfalzinstitut ist eine Fachklinik mit 78 Betten in landschaftlich reizvoller Lage am Rande des Naturschutzgebietes Pfälzer Wald zwischen den Städten Landau und Bad Bergzabern.

Auskunft: Telefon 06349 / 79 27 00

Bewerbungen richten Sie bitte an:

Dr. Peter Altherr,
Ärztlicher Direktor, Pfalzinstitut,
Weinstr. 100,
6749 Klingenmünster 2

L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39

4600 Dortmund 1 (ab 1.7. 93 neue PLZ: 44139)

002 088 281082
Schilling-Schule f. Sprach
u. Körperbehinderte
Herrn Prof. Bielfeld
Paster-Behrens-Str. 81

1000 Berlin 47

Anpassungslehrgang

für Diplomlehrer/innen, Diplomerzieher/innen und Diplomvorschulerzieher/innen für Sprachgestörte mit Ausbildung an der Humboldt-Universität Berlin, zur Erteilung der Berufsbezeichnung Logopäde/ Logopädin (Stimmqualifikation).

Weiterbildungslehrgang in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (DBL) e.V.

Dauer: 18 Monate (3 Blockwochen und 4 Wochenenden)

Atem - Stimme - Sprechen

Ein Seminar mit
Prof. Dr. Horst Coblenzer

Der Wochenkurs zum Überblick soll Gelegenheit geben, die COBLENZER-Arbeit als Gesamtschau zu erfahren. Ein reichhaltiges Übungsprogramm bietet praktische Beispiele aller Kursstufen (Haltung - Bewegung - Atem - Stimme - Artikulation - kommunikatives Sprechen). 29.08. - 05.09.93 in Kassel

Weitere Seminare im 2. Hj. 93:

z.B.:

- Einführung in den Aachener-Aphasie-Test
- Störungen der Wortverarbeitung bei Aphasie
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Eutonie - Belebung durch Körperbewußtsein
- Personenzentriertes Handeln in logopädischer Arbeit
- PNF-Therapie bei Fazialislähmungen
- Totale Kommunikation in der Aphasietherapie
- etc.

Fordern Sie weitere Informationen bzw. unser Programmheft an.

dialog•
interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung für Therapeuten GbR
Friedhofstr. 11 • 3507 Baunatal <neue PLZ 34225>
Tel.: 05 61 / 49 47 79 oder 0 56 22 / 23 52 • Fax: 0 56 22 / 64 23

competent & creativ

dialog•