

Die Sprachheilarbeit

2/94

Auf ein Wort

Claudia Iven

Hauptbeiträge

Johannes Pahn, Elke Pahn, Rostock
Die Nasalierungsmethode. Verfahren der Therapie,
Übung und Bildung der Stimme 63

Birgit Hänning, Margarete Saatweber, Bad Nenndorf
Die Einheit von Atmung und Stimme – eine
unabdingbare Voraussetzung in der Sprach- und
Stimmtherapie 74

Volker Middeldorf, Lindlar
Praktische Aspekte der Dynamischen Stimmtherapie 81

Gertraud Stelzig, Bad Rappenau
Physiologie, Psychologie und Philosophie der Stimme –
atmungsorientiert betrachtet 103

Magazin

Rezensionen • Materialien und Medien • Buch- und
Zeitschriftenhinweise • Aus-, Fort- und Weiterbildung • Auf-
ruf • Vorschau • Beihefter „Kongreßprogramm Hamburg“
6.-8. Oktober 1994

39. Jahrgang/April 1994

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, 12349 Berlin;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:
Peter Arnoldy, Wartbergstraße 40, 74076 Heilbronn

Bayern:
Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
97525 Schwebheim

Berlin:
Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 12159 Berlin

Brandenburg:
Monika Paucker, Berliner Straße 29,
03172 Guben

Bremen:
Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe

Hamburg:
Volker Pläß, Gryphiusstraße 3, 22299 Hamburg

Hessen:
Hans Fink, Burgackerweg 6A, 35460 Staufenberg

Mecklenburg-Vorpommern:
Dirk Panzner, Eschenstraße 5, 18057 Rostock

Niedersachsen:
Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25,
31535 Neustadt

Rheinland:
Marianne Gamp, Beringstraße 18, 53115 Bonn

Rheinland-Pfalz:
Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein

Saarland:
Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 66265 Holz

Sachsen:
Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29,
04155 Leipzig

Sachsen-Anhalt:
Regina Schleiff, Am Sauerbach 6,
06493 Ballenstedt

Schleswig-Holstein:
Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 21465 Wentorf

Thüringen:
Gothard Häser, Brennerstraße 3 a, 99423 Weimar

Westfalen-Lippe:
Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestel- lungen:

 **verlag modernes lernen - Dortmund**

Borgmann KG - Hohe Straße 39
D-44139 Dortmund
Telefon (02 31) 12 80 08, Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

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

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpäd-
agogik e. V.

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Kloster-
straße 79b, 50931 Köln,
Telefon (02 21) 4 70 55 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße
131, 28199 Bremen, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Olden-
dorf, Telefon (0 51 52) 29 50

Mitteilungen der Redaktion:

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhand-
lungen 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 Sprachheilar-
beit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren ge-
kennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Mei-
nung 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. **(Anzeigenschluß: jeweils am 3. des Vormo-
nats.)**

Bezugsbedingungen:

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

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheil-
pädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im
Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausan-
schrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs:
Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestel-
lungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahres-
schluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Um-
zug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Ver-
lag mitteilen.

Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei
Adressenänderungen die Deutsche Bundespost, Post-
dienst, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem
Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemä-
ße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright:

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind ur-
heberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck - auch
von Abbildungen - , Vervielfältigungen auf fotomechani-
schem Wege oder im Magnettonverfahren - auch aus-
zugsweise - bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen
oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für
den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch her-
gestellt werden.



Claudia Iven

Auf ein Wort

Was heißt „Professionalität“?

Die Frage nach dem Verständnis von Professionalität in Ausbildung und Tätigkeit von Sprachheilpädagogen wurde angeregt durch eine Diskussion auf der 28. Deutschen Dozentenkonferenz, die im Mai 1993 in Kiel stattgefunden hat. Dort hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die aus elf Dozentinnen und Dozenten aus neun Studienstätten in drei Ländern (!) bestand und sich mit hochschuldidaktischen Fragestellungen und damit der Zielsetzung der universitären Ausbildung von Sprachheilpädagogen befaßt hat. Anlaß für diese Diskussion war das Bewußtsein, daß neue, erweiterte oder geänderte Praxisfelder auch alternative Ausbildungsstrukturen und -inhalte erfordern. Auszüge unserer gemeinsamen Überlegungen sind hier zusammengefaßt.

Nach einem ersten Informationsaustausch über die unterschiedlichen Studienbedingungen rückten bald Fragen in den Mittelpunkt, die sich einfach anhören, auf die sich aber keine einfachen Antworten finden lassen:

- *Was und wie sollen die Studierenden eigentlich lernen?*

Natürlich gilt es, den Studenten das nötige Fach- und Methodenwissen zu vermitteln. Da es bei der späteren Tätigkeit aber um die Herstellung, Wiederherstellung oder Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit von Menschen geht, ist in vielerlei Hinsicht auch ein Verantwortungsbewußtsein zu erwerben, und zwar

- den Klienten gegenüber, damit Therapieziele und therapeutische Maßnahmen und Methoden möglichst individuell angepaßt werden können, und
- sich selbst gegenüber, indem man besondere Interessen, eigene Fähigkeiten, aber auch Kompetenzgrenzen erkennen und akzeptieren lernt.

Der Kollege Martin *Sassenroth* hat in einem Begriff zusammengefaßt, wie dieses Verantwortungsgefühl auch im universitären Rahmen vermittelt werden kann: durch 'Betroffenheit'. Das heißt, daß in praxisorientierten Seminaren und Übungen, die inhaltlich von Diskussionsgruppen und Leseseminaren bis zu angeleiteter Therapiepraxis reichen, Selbsterfahrung in vielen Bereichen ermöglicht wird. Die Studenten sind dann im besten Sinne betroffen von ihren eigenen Erfahrungen als Lernende, als Therapeuten, als Kommunikationspartner etc. und können so ihre eigenen Vorlieben und ihren eigenen Stil entwickeln.

Neben der Verantwortungsbereitschaft ist in den Lehramtsstudiengängen eine weitere Qualifikation erforderlich, nämlich eine hohe Flexibilität im Umgang mit den sich teilweise rapide ändernden Strukturen der Sprachheilschule, die es als lange gewohntes Tätigkeitsfeld am Ende der eigenen Ausbildung vielleicht gar nicht mehr gibt...

Der Begriff der Qualifikation leitet über zur nächsten Frage:

- *Was sollen die Absolventen können?*

Wollen wir 'Alleskönner', die von allen Nischen sprachheilpädagogischer Tätigkeit zumindest schon einmal gehört haben und fest in

allen Sätteln sitzen? (*Dabei entsteht schnell der Eindruck: Von allem ein bißchen, von keinem etwas Richtiges...*) Wollen wir 'Spezialisten', die zwar nur einen Teilbereich, diesen aber besonders gut beherrschen? (*Ein Spezialist ist jemand, der von ganz wenig ganz viel weiß – ein Experte ist dann jemand, der von nichts alles weiß...*) Oder wollen wir, wie Kollege Jobst Mehlan es formulierte, am Ende gar den „Spezialisten, der alles kann“ als Quadratur des Kreises?

Unserer Diskussionsrunde erschien eine etwas 'anspruchslösere' Variante wünschenswert: eine Kombination aus breitem Grundwissen mit einer Spezialisierung je nach Interessens- oder 'Betroffenheits'-Lage und dem Wissen über Informationsquellen in den Bereichen, in denen man sich nicht spezialisiert hat. Damit ist eine gewisse Bereitschaft zu Fort- und Weiterbildung, d.h. zum *Weiterlernen* eingeschlossen.

- Welche Konsequenzen ergeben sich für das Lehren und Lernen an der Universität?

Als wichtigste Überlegung: Wenn wir Kommunikationsfähigkeit und Berücksichtigung individueller Gegebenheiten vermitteln wollen, müssen wir als Hochschullehrer diese auch herstellen können. Symmetrische Kommunikation und idiographische Fallanalyse lernen sich nicht in Vorlesungen oder Referaten. Das Hochschulstudium muß sich öffnen und hat dies auch in weiten Teilen schon getan: Die Vermittlung von theoretischem Fachwissen wird ergänzt durch Selbsterfahrungseinheiten, Kleingruppenarbeit etc. (und die Erfahrungen zeigen, daß dies auch in Studienstätten mit hohen Studentenzahlen machbar ist!); Praktiker werden an die Universität geholt

und die Studenten in die Praxis geschickt; Dozentinnen und Dozenten machen ihre eigene therapeutische Tätigkeit transparent, indem sie Studenten an den Therapien teilnehmen lassen und ihnen so Therapieerfahrung und Supervision ermöglichen.

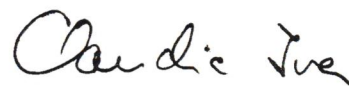
Die vielen Praxisbeispiele zeigen, daß zumindest die Hochschullehrer, die mitdiskutiert haben, in der Lage sind, sich den geänderten Perspektiven, die sie theoretisch vermitteln, auch praxisnah anzupassen. Modelle und Konzepte zur Einbindung der therapeutischen Praxis werden wohl an allen Hochschulen bereits erprobt.

Zurück zum Ausgangspunkt: Was heißt denn nun „Professionalität“?

In ergänzender Auflistung:

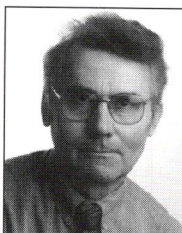
- ein breites Fachwissen anwenden können,
- Verantwortungsgefühl gegenüber den Klienten und sich selbst entwickeln,
- eigene Kompetenzen und Kompetenzgrenzen erkennen können,
- und eine ständige Lernbereitschaft bei Sprachheilpädagogen und Hochschullehrern, denn:

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann.“ (Francis Picabia)



(Dr. Claudia Iven ist Assistentin am Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln.)

HAUPTBEITRÄGE



Johannes Pahn, Elke Pahn, Rostock

Die Nasalierungsmethode Verfahren der Therapie, Übung und Bildung der Stimme ¹

Zusammenfassung

Der Begriff *Nasalierungsmethode* beinhaltet ein Stimmübungsverfahren zur Therapie der gestörten Stimme und zur Stimmbildung. Die Übungsmaßnahmen unterscheiden sich nach Ätiologie und Pathogenese einer Störung. Aus diesem Grunde werden diagnostische Termini eingeführt, die den verschiedenen übungstherapeutischen Ansätzen entsprechen. Unter den methodischen Leitgedanken: Ökonomie der Stimmfunktion, Instrumentalität der Stimmfunktion und Therapiekonzeption besitzt die Methode 7 Schwerpunkte. Die praktischen Übungsmaßnahmen sind Prinzipien unterworfen, die zu einer großen Variationsbreite führen, so daß sich die Behandlungsverläufe einer jeden Stimmstörung und eines jeden Patienten deutlich unterscheiden.

1. Profil

Der Begriff Nasalierungsmethode ist zu einem Titel geworden, der sich seit der Entstehung in den 50er Jahren gehalten und einen Ruf erworben hat. Er wurde inhaltlich erstmals durch die Arbeit „Der therapeutische Wert nasaler Vokalklänge in der Behandlung funktioneller Stimmerkrankungen“ (Pahn 1964) belegt. Der Titel bezieht sich jedoch nur auf einen Schwerpunkt der Methode, die sich im Nasalierungsprinzip nicht erschöpft. Sie wird von drei Leitgedanken geprägt:

1. Ökonomie der Stimmfunktion,
2. Instrumentalität der Stimmfunktion,
3. Therapiekonzeption nach Ätiologie und Pathogenese der Störung.

Ökonomie bedeutet die konsequente Beachtung physiologischer Bewegungsabläufe auch bei irreversiblen organischen Schädigungen, um ungünstige kompensatorische

Reaktionen, die letztlich die Störung verstärken, zu vermeiden. 80 Prozent der Stimmstörungen sind Mischformen aus organischen und nichtorganischen Anteilen. Ökonomie bedeutet auch maximale Effektivität bei minimalem Energieaufwand. Sie hat wenig mit falsch und richtig, gut und schlecht oder einem Klangideal zu tun. Sie erlaubt stabile Therapieerfolge mit langer und hoher Belastbarkeit.

Instrumentalität bedeutet die Betrachtung der Stimme als Werkzeug, das in bestimmten Berufen ähnlich einem Musikinstrument mit artistischer Anforderung gebraucht wird. Voraussetzung ist eine umfassende Kenntnis des Instruments und eine hohe technische Fertigkeit des Therapeuten. Sie ist Grundlage für eine instrumentale Übung aller stimmlichen Teilfunktionen.

Therapiekonzeption bedeutet Abstand nehmen von Übungsmaßnahmen, die ohne Bezug zur Diagnose gleichförmig ablaufen, statt dessen Zuwendung zu einer breiten Palette von Übungs- und Therapiemaßnahmen mit individueller Auswahl, die prognostisch konzipierbar ist. Sie baut auf einer terminologisch vorgegebenen starken Differenzierung pädagogischer Maßnahmen und der Koordination mit medikamentösen, physikalischen, chirurgischen und psychologischen Therapieverfahren in Verlaufsformen der Mono-, Simultan- und Sequenztherapie auf.

¹ Vortrag zur gemeinsamen Tagung der LG Niedersachsen und LG Sachsen-Anhalt 'Die Einheit von Atem und Stimme' vom 14.-16. Oktober 1993 in Hannover.

Die Therapiekonzeption fordert damit die Bereitschaft zur intensiven Kooperation zwischen den Vertretern dieser Fachgebiete, die alle an Stimme und Sprache arbeiten. Die kurze Darstellung der Nasalierungsmethode soll

1. in der Beschreibung der Schwerpunkte,
2. in der Darstellung einer speziellen Terminologie und
3. in der Erläuterung einiger Beispiele der Therapiekonzeption erfolgen.

2. Schwerpunkte

Das Profil der Methode wird durch sieben Schwerpunkte untersetzt.

2.1 Die gemeinsame Basis für die Übung der Sprech- und Singstimme innerhalb der Stimmtherapie und Stimmbildung

Diese Basis wird begründet:

- mit dem Gebrauch nur eines Instrumentes zum Sprechen und Singen mit oft fließenden Übergängen,
- mit fließenden Grenzen zwischen Therapie und Stimmbildung,
- mit fließenden Grenzen zwischen Leistungsbeschränkung, Störung und Erkrankung,
- mit der häufig professionellen Anforderung an die Sprech- und Singstimme in einer Person,
- mit dem Übergreifen einer Störung der Sprechfunktion auf die Singfunktion und umgekehrt,
- mit dem instrumental-ökonomischen Denken auf medizinischer Grundlage.

Diese Basis bestimmt entscheidend die Gestaltung, Auswahl und Zielsetzung aller Übungen, die vordergründig therapeutisch wirksam sind, aber auch viele stimmbildnerische Elemente enthalten und die einen lückenlosen Übergang von der Übung der Sprechstimme zur Singstimme erlauben. Voraussetzung für die Singstimmübung ist in jedem Falle eine gut regulierte Sprechstimmfunktion und Sprechartikulation.

2.2 Das Nasalierungsprinzip

Die Wirkung des Nasalierens von Vokalklängen beruht auf der Inaktivierung des Gaumensegels bei Stimmgebung ohne und später auch mit Artikulationsbewegung. Das Gaumensegel funktioniert in enger Kopplung an die gesamte obere Kehlkopfaufhängemuskulatur, die sich beim Nasalieren gleichermaßen entspannt. Damit wird die Aktivität aller kehlkopfhhebenden Kräfte herabgesetzt und eine Verstärkung der Stimmlippengrobspannung durch die untere Aufhängemuskulatur des Kehlkopfes ermöglicht. Diese hebenden Bewegungen stellen den Hauptfaktor einer unökonomischen Stimmfunktion dar (vgl. Abb. 1, 2, 3).

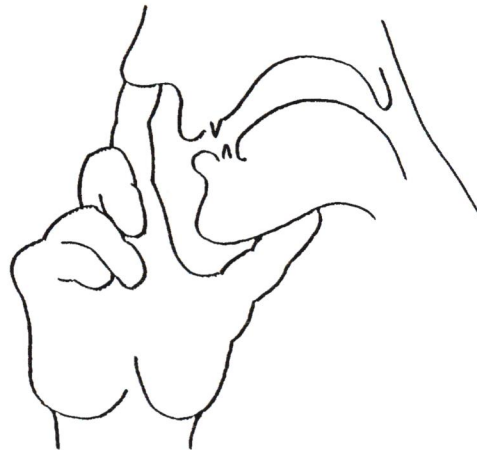


Abbildung 1: Typischer Handgriff bei Nasalierungsübungen: Zeigefinger am Nasenflügel zur Kontrolle der Nasalierung; Daumen am Mundboden zur Kontrolle der oberen Larynxaufhängung

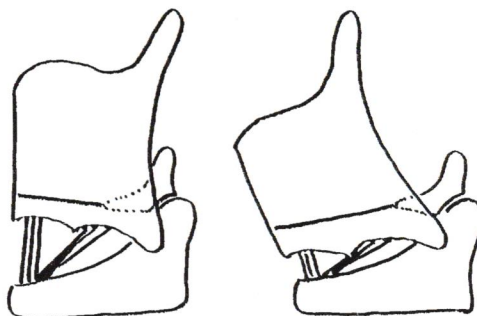


Abbildung 2: Wirkung des M. cricothyreoideus als Grobspanner der Stimmlippen

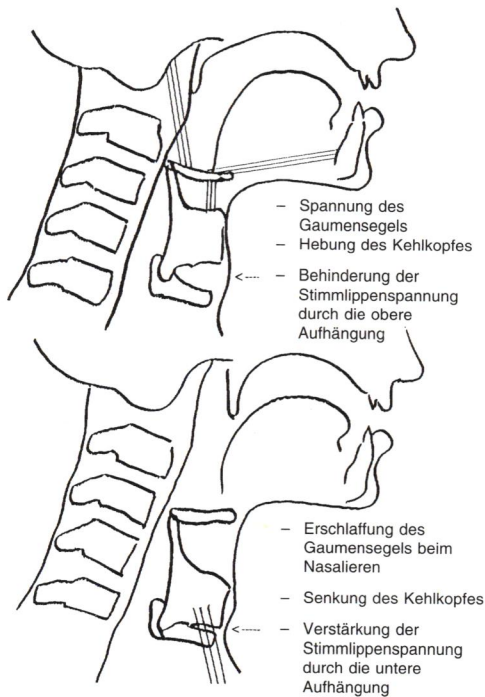


Abbildung 3: Wirkung der oberen und unteren Aufhängungsmuskulatur des Larynx auf die Grobspannung der Stimmklappen

Darüber hinaus werden weitere Vorteile erzielt:

1. größerer Resonanzraum durch ein weiteres und längeres Ansatzrohr,
2. bessere resonatorische Modulierbarkeit durch geringere Spannungen im Rachen-Mundraum,
3. leichtere artikulatorische Modulierbarkeit,
4. größere Freiheit in der Wahl des Timbre der Singstimme und in der Anpassung an ein Stimmgebungsideal,
5. geringere Ermüdbarkeit der gesamten Stimm-Sprechfunktion durch ökonomische Spannungen und Bewegungsabläufe.

Mit dem Nasalieren wird vorübergehend ein Reflex benutzt, der den Kehlkopf in eine günstige Position zur phonatorischen Stimmklappen-Spannung bringt. Nach Automatisierung dieses Positionswechsels wird der Reflex nicht mehr gebraucht und die Nasalierung

weggelassen. Das erfolgt problemlos sehr schnell und in jedem Fall ohne Gefährdung der Oralität-Nasalität-Balance im Artikulationsablauf.

2.3 Stimmtechnische und übungstherapeutische Schwierigkeitsstufen

Sie umfassen 8 Schritte für die Sprechstimme und 10 für die Singstimme (vgl. Abb. 4). Diese Schritte werden durch mehrere methodische Prinzipien unteretzt, so daß ein lückenloser, dem Symptom und Individuum angepaßter Aufbau vom artikulationsfreien Stimmspielen bis zur Artikulation auf einem stimm-sprachlich anspruchsvollen Niveau gewährleistet ist. Innerhalb der Schwierigkeitsstufen entsteht damit eine sehr große Variationsbreite der Übungskonzeption, die für jeden Patienten individuell gestaltet wird.

- | | |
|------|---|
| 18 | echte Tiefstellung des Larynx |
| 17 | artistische Bereiche |
| 16 | Vibrato |
| S 15 | Schwelltöne |
| I 14 | Mittelregister |
| N 13 | Resonanzformung |
| G 12 | Zurücknahme der Nasalierung |
| E 11 | Phonation mit Artikulation |
| N 10 | Phonation mit Vorstufen der Artikulation und Übergang zu stehenden Tonhöhen |
| 9 | Stimmspielen im Voll- und Randregister ohne Artikulation nasaliert |
| 8 | Resonanzformung und Ausdrucksgestaltung |
| S 7 | Zurücknahme der Nasalierung |
| P 6 | Artikulation nasaliert |
| E 5 | Stimmspielen mit Vorstufen der Artikulation nasaliert |
| C 4 | Stütze und Antrieb |
| H 3 | Atmung |
| E 2 | Haltung |
| N 1 | Stimmspielen ohne Artikulation nasaliert |

Abbildung 4: Technische und übungstherapeutische Schwierigkeitsstufen

2.4 Das Programmieren dynamischer Stereotype

Dieser Schwerpunkt betont, daß sich stimmtherapeutische Übungen und Stimmbildung im Rahmen der Regulationsmechanismen unseres Körpers mehr auf den Aufbau, Umbau und Neuaufbau eines zentralnervösen Engramms als auf das periphere Erfolgsorgan richten müssen. Damit gewinnen Gesichtspunkte der medizinischen und pädagogischen Psychologie starken Einfluß. Der Änderung einer Teilfunktion oder eines Teilprogramms wird die Änderung der Gesamtfunktion oder des Gesamtprogramms gegenübergestellt. Die Bedingung für diesen oder jenen Weg müssen in jedem Einzelfall in Verbindung mit der prognostischen Einschätzung geprüft werden. Herkömmliche Übungsmethoden mit dem Ziel der Behandlung einer Teilfunktion lassen sich unter diesem Aspekt neu bewerten und einer umfassenden Methodik zuordnen. Der Vorteil durch die gezielte Nutzung bedingter Reflexe und dynamischer Stereotypen zwingt zu entscheidenden theoretischen und methodischen Konsequenzen wie z.B. das Löschen eines vorhandenen unbrauchbaren Engramms bei Notwendigkeit der Aufnahme eines neuen Engramms für Stimmgebung und Artikulation. Das kann bei einer irreversiblen Larynxparese, einer Mutationsstörung oder einer hormonellen Dysphonie mit Strukturwandel im Larynx notwendig werden, wenn die vorhandenen Innervationsmuster im dauerhaft veränderten Erfolgsorgan nicht mehr kompensierbare, unerwünschte Wirkungen erzielen und neue Muster aufgenommen und automatisiert werden müssen.

2.5 Das Hörtraining

Das Ziel des Hörtrainings liegt in der auditiven Sensibilisierung in den aufeinander aufbauenden Bereichen:

1. Erkennen einfacher musikalischer Bewegungsmerkmale,
2. Erkennen formaler sprachlicher Bewegungsmerkmale,
3. Erkennen pathologischer und physiologischer Qualitätsmerkmale der Stimme und Sprache,

4. Kurzzeitgedächtnis für stimm- und sprachliche Qualitäten und Bewegungsabläufe,
5. Langzeitgedächtnis für stimm-sprachliche Qualitäten und Bewegungsabläufe,
6. Vorstellen der Qualitäten und Bewegungsabläufe anhand graphischer Darstellungen und terminologischer Bezeichnungen,
7. Aufbau eines neuen stimm-sprachlichen Selbstbildes.

Hörtraining findet in jeder Übungsbehandlung unter Gebrauch des Tonbandgerätes und unter Nutzung visueller Vorstellungen für Stimmbewegungen und Stimmqualitäten statt. Alle Übungen des Stimmspiels werden dazu graphisch in Symbolen dargestellt (vgl. Abb 5 bis 8) und mit einem Namen be-

Intonation – Tonbewegung



Abbildung 5: Symbole des Stimmspiels

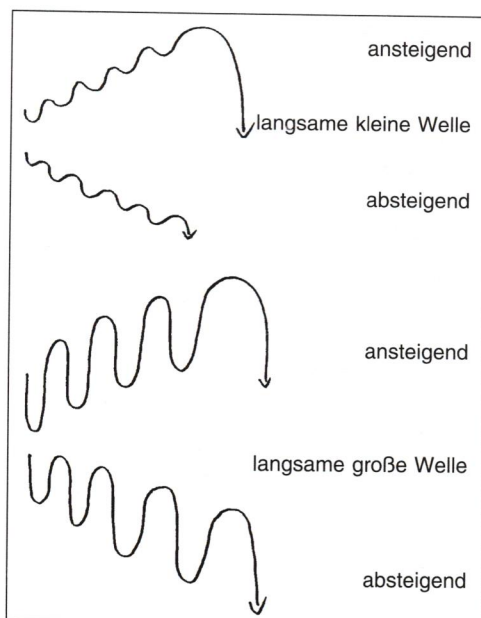


Abbildung 6

Einschwingphase ES

- ⌋ --- Beginn des Vokals oder idV mit h (Hauch) = HES z.B. Himmel
 ○ --- Beginn des Vokals oder idV mit Ventiltön oder sog. physiologischem Glottisschlag (Punkt) = PES z.B. Insel

Vollschwingphase VS

- Stimmgebung
 ʋ V indifferenter Vokal nasalisiert (idV)
 ~a a Vokal a nasalisiert (e i o u)
 a a nicht nasalisiert
 KS KS Kausilbe nasalisiert
 Kisch Kisch Kieferschütteln nasalisiert

Aufschwingphase AS

- > Abschluß des Vokals oder idV weich = WAS z.B. Sonne
 ---○ Abschluß des Vokals oder idV = PAS z.B. innerhalb d. Wortes beobachten

Abbildung 7: Schwingphasen

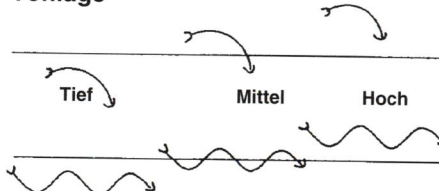
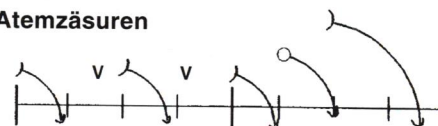
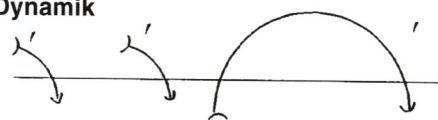
Tonlage**Rhythmus****Atemzäsuren****Dynamik**

Abbildung 8

nannt. Das optische Symbol und die begriffliche Bezeichnung erleichtern die auditive Vorstellung und ermöglichen dem Therapeuten, ganz bestimmte Spann- und Bewegungsabläufe der Larynxmuskulatur zu trainieren und gezielte Übungsaufgaben für die Heimübung zu stellen. Diese Stimmspielübungen beinhalten alle in der natürlichen Sprache vorkommenden Grundformen melodischer Bewegungsabläufe und lassen sich in mehrere Schwierigkeitsstufen durch Vorstufen der Artikulation bis zur deutlichen Artikulation anreichern. Schließlich ermöglichen sie auch durch die Ausdehnung auf das Randregister den fließenden Übergang zur Singstimmübung unter therapeutischen Bedingungen.

Zum selektiven Hörtraining stehen Tonbänder bzw. Kassetten für den Patienten zur Verfügung mit den Inhalten:

- allgemein-musikalische Elemente,
- melodische Sprachbewegung,
- rhythmische Sprachbewegung,
- dynamische Sprachbewegung.

2.6 Die alters- und berufsabhängige Bezogenheit

Die Zusammenhänge zwischen Lebensalter, physiologischer Stimmentwicklung und Häufigkeitsgipfel von Stimmstörungen zwingen übungsmethodisch zur differenzierten Anpassung. So müssen sich Übungen im Kleinkindesalter auf die Befähigung der Eltern oder Erzieher als Vorbilder der kindlichen Nachahmung konzentrieren, wobei eine breite Palette von Kinderreimen, Kinderliedern und Singspielen zur auditiven Sensibilisierung den Kern darstellen. Bei Schulkindern, einschließlich Jugendlichen in der Mutation, bestehen andere Bedingungen sowohl der Motivation zur Übung als auch der Ätiologie von Dysphonien, z.B. durch Fehladaptation bei Wachstumsschüben des Kehlkopfes. Die Mutation wird auf Grund der wachstumsbedingten optimalen Chance zur Anpassung an künftige Fertigkeiten und Belastungen, z.B. beim Sänger, als interessantester und bedeutungsvollster Abschnitt für die Prophylaxe von späteren Stimmstörungen und für die Stimmbildung aufgefaßt, dessen volle Nutzung höchste methodische und praktische Anforderungen stellt.

Ganz andere Bedingungen bestehen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Ätiologie der Dysphonien, der physiologischen Bedingungen zur Umprogrammierung, der Anpassung an Belastungen, der Motivation zur Therapie und Stimmbildung, der sozialen Voraussetzungen und der Erwartungen.

Die methodische Spielbreite erfährt eine Erweiterung durch die Berufsbilder der Patienten mit zum Teil sehr unterschiedlicher stimmlicher Anforderung. Die Stimmqualitäten eines Schauspielers müssen variabler sein als die eines Lehrers. Die des Lehrers unterscheiden sich wiederum von denen einer Kindergärtnerin im Ausdruck, Wechsel zwischen

Sprechen und Singen und der Dauerbelastung. Unterschiedliche Arbeitsräume schaffen sehr voneinander abweichende Bedingungen des stimmlichen Einsatzes durch Lärm, Hall und Größe, auf die sich die Patienten einstellen müssen. In der Regel weichen diese Bedingungen stark von denen des Übungsraumes ab und müssen therapeutisch berücksichtigt werden, um Fehlanpassungen zu vermeiden.

2.7 Die Balance körperlicher und seelischer Spannung

Die Zielstellung liegt in den Bereichen:

1. Beseitigung muskulärer gesamtkörperlicher und stimmungsfunktionsbehindernder Verspannungen ohne und mit psychischem Hintergrund;
2. Herstellung einer ausgeglichenen seelischen Stimmungslage als Basis einer qualitativ optimalen Stimm- und Sprechfunktion;
3. Selektive Aktivierung hoher stimminstrumentaler Spannungen und schneller Spannungswechsel;
4. Lösung der Stimmtechnik aus der Bindung an seelische Spannungen;
5. Beherrschung emotionaler Spannungen in Ausdruck und Gestaltung.

Die Methode geht davon aus, daß Singen und Sprechen hohe instrumentale Spannungen und feinmotorische Spannungsänderungen erfordern, die aus Gründen der Ökonomie und Schnelligkeit auf kleine Funktionseinheiten des Regelkreises beschränkt bleiben müssen. Diesem Ziel dient das Autogene Training (AT), aufbauend auf *Schulz* (1956) mit Erweiterung durch *Müller-Hegemann* (1952) und *Pahn* (1966), ergänzt durch Musik und Bild nach *Teirich* (1953 und 1958) sowie gymnastisches Training (vgl. *Pahn* 1968).

Die hervorragende Eignung des AT zur Behandlung von Angst, Hemmungs- und Spannungszuständen muskulärer und seelischer Art ist bekannt. Bisher wurde es im wesentlichen neben die Stimmübungsbehandlung gestellt (vgl. *Krech* 1959), so daß nur ein Teil seiner eigentlichen Wirkungsmöglichkeit ausgeschöpft werden konnte. Die beste Wirkung

auf stimmbehindernde Spannungszustände in nächster Umgebung des Kehlkopfes wird in der Nasalierungsmethode durch eine Erweiterung der Standardformen des AT von Schulz, die vollständig beherrscht werden muß, mit mehreren organbezogenen Auto-suggestionen erzielt. Sie beinhalten:

1. Eine direkt ansprechbare Entspannung der Wangen-, Kiefer- und Zungenmuskulatur,
2. eine mittelbar ansprechbare Entspannung der Rachen-, Kehlkopf- und Halsmuskulatur durch Kühleempfindung des inspiratorischen Luftstromes,
3. eine Entspannungsvertiefung in den genannten Bereichen durch die in- und expiratorische und phonatorische Rohr-empfindung der Luftstrom- und Stimmführung. Daraus ergibt sich folgender Aufbau der Formeln:

hen erlernt werden. In diesem letzten Stadium werden Übungen des Stimmspiels ohne und später mit Vorstufen der Artikulation eingefügt, bis schließlich bei Artikulation nur noch die Inspirationsphase zur Realisierung der organbezogenen Kopf-Halsübungsgruppe nutzbar bleibt. Da die Anwendung des AT durch einen Therapeuten an eine spezielle Ausbildung geknüpft ist, können natürlich auch weniger anspruchsvolle Relaxationsverfahren verwendet werden. Das Wesentliche bleiben die Ziele und deren schnelle Verwirklichung.

3. Terminologie

3.1 Der Terminus „usogen“

Übungstherapeutisch heben sich von organogenen und psychogenen Dysphonien dem instrumental Charakter der Stimme entsprechend deutlich Gebrauchsstörungen ab,

Formel	Kurzform
1 Ich bin ganz ruhig	Ruhe
2 Arme und Beine sind ganz schwer	Schwere
3 Arme und Beine sind ganz warm	Wärme
4 Herz schlägt ganz ruhig und kräftig	Herz
5 Es atmet mich ganz ruhig	Atmung
6 Sonnengeflecht strömend warm	plexus Solaris
Kopf- Halsübungsgruppe	
1 Wangen sind schwer	Schwere
2 Lippen sind schwer	
3 Zunge liegt schwer im Mund	
4 Mund öffnet sich von selbst	
5 Stirn ist angenehm kühl	Kühle
6 Mund ist beim Einatmen kühl durchströmt	
7 Nase ist kühl durchströmt	
8 Hals ist kühl durchströmt	
9 Atemluft strömt durch ein weites Rohr	Rohr
10 Stimme strömt durch ein weites Rohr	

Da alle Stimmübungen im Stehen ablaufen, muß das AT erst im Liegen, dann reduziert im Sitzen und schließlich weiter reduziert auf Kopf, Hals, Schultergürtel und Arme im Ste-

hen für die sich der terminologisch unbelastete Begriff „usogen“ mit weiterer Untergliederung in Hinblick auf Therapieansätze anbietet (Pahn/Friemert 1988):

Ätiologie

phonogen = quantitative und qualitative Überlastung

technogen = mangelhafte Technik bei Stimmprofession

mimetogen = Nachahmung unökonomischer Bewegungen und Spannungen und ungünstiger Stimmqualitäten durch Kinder

adaptogen = Fehlanpassung an eine ungewohnte Belastung (extern)

adaptogen = Fehlanpassung durch Imbalance zwischen zentralem Programm und verändertem Erfolgsorgan in Struktur oder Innervation (intern)

senso- = schwache perzeptiv – analytische Fähigkeit
audiogen

senso- = schwache expressiv – motorische Fähigkeit
kinetogen

Therapieansatz

– Stimmschonung

– Beratung

– Aufbau einer instrumental-ökonomischen Technik

– Behandlung der Erzieher

– stimm-sprachliche Sensibilisierung

– Konditionierung

– Korrektur von Teilfunktionen

– Anpassung eines neuen Programms an das veränderte Erfolgsorgan

– Hörtraining

– Bewegungstraining

– autogenes Training

Für usogene Störungen mit organischen und psychischen Anteilen muß diagnostisch nach Wechselwirkungen gesucht werden, um aus medizinischer Sicht eine geeignete Therapiekonzeption mit sinnvoller Zuordnung der Übungsverfahren zu somato- und psychotherapeutischen Maßnahmen aufstellen zu können. Die Wechselwirkungen werden nach Anamnese, Zustand und Gewicht als Primärbefund, Sekundärreaktion und begleitende Komponente aufgefaßt und einem Reaktionsgefüge zugeordnet:

- Prädisposition,
- störungsauslösendes Moment,
- störungserhaltendes Moment,
- Kompensation,
- Dekompensation.

Insgesamt erlaubt diese terminologische Gliederung eine sehr zielgerichtete Therapie und eine angemessene prognostische Einschätzung, die sehr zur Motivation des Patienten beiträgt.

primär**sekundär oder Komponente****nur Komponente**

psychogene Dysphonie

----- organogen, usogen

----- konstitutogen

organogene Dysphonie

----- psychogen, usogen

----- konstitutogen

usogene Dysphonie

----- psychogen, organogen

----- konstitutogen

Damit ergeben sich Formen der Mono-, Simultan- und Sequenztherapie mit einem planbaren zeitlichen Ineinandergreifen verschiedener Therapiemaßnahmen aus allen drei Bereichen. Für die Therapiekonzeption spielen weitere Begriffe eine wichtige Rolle:

3.2 Die Differenzierung usogener Symptome

Usogene Symptome sind in allen instrumental-Teilfunktionen des Sprechens und des Singens nachweisbar und können die Glottisfunktion direkt oder indirekt beeinflussen oder

im Stimmlippenspannmechanismus selbst liegen. Die Teilfunktionen sind:

- Haltung
- Atmung
- Stütze
- Antrieb
- Artikulation
- Resonanzformung.

Die Kehlkopfhebenden Kräfte besitzen bei Gewichtung aller usogenen Einflüsse auf die Glottisfunktion die stärkste negative Wirkung. Sie erklärt sich durch die antagonistische Behinderung der Stimmlippenspannung durch den *M. cricothyreoideus* bds., so daß Lautstärke, höhere Töne und Belastungsdauer eingeschränkt werden. Da die hebenden Kräfte auch als Brückenglied zwischen Artikulation, Resonanzformung und der Glottisfunktion eine Rolle spielen, wirken sie auf direktem und indirektem Wege behindernd.

Auf die den Kehlkopf hebenden Kräfte wurde bereits durch *Zenker/Zenker* (1960) aufmerksam gemacht. Eine ausführliche Diskussion zur Stimmlippenspannung erfolgte durch *Pahn* (1984). Aufbauend auf dieser stimmphysiologischen Erkenntnis, benutzt die hier dargestellte Methode die sogenannte „Nasalierungsprobe“ zur differential-diagnostischen Abgrenzung usogener Störfaktoren der oberen Kehlkopfaufhängung von organogenen und psychogenen.

Zur Nasalierungsprobe wird der Proband aufgefordert, bei leicht geöffnetem Mund und angelegten Nasenflügeln Stimme zu geben. Gleichzeitig werden Mundboden und Larynxposition getastet. Das Ergebnis wird mit der Situation des Sprechens und des Singens ohne Nasalierung verglichen (vgl. Abb. 1).

Der Wirkungsmechanismus dieser Probe beruht auf der reflektorischen Ausschaltung der Kehlkopfhebenden Kräfte. Eine augenblickliche Qualitätsverbesserung der Stimme zeigt ein wesentliches usogenes Symptom an. Die Geschicklichkeit der Ausführung in Verbindung mit dem Tastergebnis erlaubt einen Rückschluß auf psychogene Dysregulation und senso-kinetische Fähigkeiten. Beide lassen sich durch herkömmliche Prüfverfahren

weiter abgrenzen. Die Nasalierungsübungen bauen auf dem gleichen Wirkmechanismus auf.

4. Therapiekonzeption

Es ist eine Tatsache, daß Übungstherapeuten zur Behandlung einer Stimmstörung in der Regel nicht eine, sondern mehrere Methoden benutzen, die sie nach Erfahrung individuell mischen. Meist können sie nicht vorhersagen, welche Kombination Erfolge bringt, so daß erst nach Behandlungsversuchen die Auswahl erfolgt. Bei Betrachtung einer sehr großen Zahl von Behandlungsverläufen zeichnen sich jedoch Gruppierungen der Stimmstörungen ab, die auf gleiche Behandlungsmaßnahmen ansprechen. Voraussetzung für diese Beobachtung ist, daß diese große Patientenzahl, die sicher 500 überschreiten muß, von ein und demselben Therapeuten behandelt wurde. Da nur wenige Therapeuten solch eine Zahl erreichen, erklärt sich die Seltenheit dieser Erfahrung.

Die hier dargestellte Terminologie ist aus dieser Erfahrung entstanden. Die Gruppierungen lassen sich differentialdiagnostisch unterscheiden, so daß die Diagnose den therapeutisch sinnvollen Weg aufzeigt und aus der Empirie heraushebt.

4.1 Bezug usogener Komponenten zur Diagnose

Unter Beachtung der Untergruppen des usogenen Bereiches ergeben sich damit nicht nur für rein usogene, sondern auch für primär organogene Störungen unterschiedliche Therapiekonzeptionen:

a) z.B. irreversible Larynxparesen

- Prophylaxe der internen und externen Fehladaptation, d.h. der Imbalance zwischen Programm und Erfolgsorgan und Überforderung der geschädigten und auch der nicht geschädigten Muskulatur;
- Neuprogrammierung der Stimmfunktion entsprechend dem veränderten Erfolgsorgan;
- Hörtraining zur Erkennung der angestrebten und im Bereich des Möglichen liegenden akustischen Merkmale;

- Prophylaxe einer sekundären Chorditis;
- gegebenenfalls Koppelung mit phonochirurgischen Eingriffen;
- Simultan- und Sequenztherapie, niemals Monotherapie;
- Beginn wie bei reversiblen Larynxparesen, sofern die Paralyse oder Irreversibilität diagnostisch nicht gesichert werden kann.

b) z.B. reversible Parese des N. laryngeus superior

- Reizstromdurchflutung zur Verstärkung der regionalen Durchblutung;
- Exponential-Reizstrom mit angepaßter Phonation;
- Übung von Vokaleinsätzen;
- hohe Stimmlautstärke;
- Übung im oberen Grenzbereich des Voll- und Randregisters;
- Prophylaxe der internen Fehladaptation.

c) z.B. Mutationsstörung

- Hörtraining;
- interne Adaption nach einem Mutationschub;
- manipulative Hilfe;
- minimale Stimmlautstärke;
- bei Fistelstimme Übung im unteren Grenzbereich des Randregisters;
- Autosuggestion einer tiefen Stimmlage;
- Balance im Grenzbereich zwischen Unter- und Überforderung;
- Prophylaxe der sekundären Chorditis.

Unter Beachtung der stimmtechnischen und übungstherapeutischen Schwierigkeitsstufen des Schwerpunktes 3 und der alters- und berufsabhängigen Bezogenheit der Übungen des Schwerpunktes 6 erweitert sich die jeweilige diagnosebezogene Therapiekonzeption um eine ihr zugehörige Übungskonzeption, so daß letztlich keine der anderen gleicht.

4.2 Übungskonzeption

Die Übungskonzeption richtet sich innerhalb des Schwerpunktes 3 nach Prinzipien für die

Sprech- und Singstimme, die der Instrumentalität und der physiologischen Regulation mit Ab- und Aufbau eines Engrammes der Stimmfunktion entsprechen.

a) Prinzipien der Sprechstimme

1. unverständliche → verständliche Artikulation
- Satzdenken
mit Lallen,
mit rhythmisiertem Lallen,
mit vokalisiertem Lallen;
- undeutliche Artikulation
mit stimmhaften Konsonanten,
mit Explosivlauten,
mit Reibe- und Zischlauten;
2. Nachsprechen → freies Sprechen
Frage, Antwort → Diskussion;
3. einfache → schwierige Lautverbindungen;
4. langsame → schnelle Artikulationsabläufe;
5. rein sachlich → emotional;
6. musikalisch akzentarm → akzentreich;
7. leise → laute Artikulation → Rufen.

b) Prinzipien der Singstimmübung

1. melodischer Bewegungsraum der Sprechstimme → Singstimme;
2. gleitende Tonbewegung → stehende Tönehöhen;
3. Vollregister → Randregister;
4. Randregister → Mittelregister;
5. bei fehlendem Gebrauch des Randregisters:
Übung Randregister → Vollregister;
bei fehlendem Gebrauch des Vollregisters:
Übung Vollregister → Randregister;
6. HES → PES;
7. Legato → Marcato Portato Staccato
(gleichmäßiger Antrieb → variierender Antrieb);

8. Lautverbindung einfach → schwierig;
9. Artikulation sinnfrei → sinnvoll;
10. Artikulation langsam → schnell;
11. musikalische Bewegungsabläufe langsam → schnell;
12. Registerwechsel langsam → schnell;
13. Tonschritte klein → groß;
14. Phonation leise → laut;
15. innerhalb eines Registers Abwärtsbewegung → Aufwärtsbewegung.

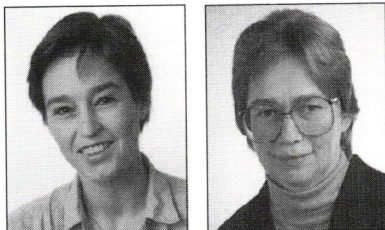
Diese Prinzipien führen zu vielfältigen Variationen der stimmtechnischen Übungen, die in schriftlicher Form, wie das Spiel eines Musikinstrumentes, nicht mehr vermittelbar sind und nur durch eine praktische Ausbildung erlernt werden können.

Literatur

- Krech, H.:* Die kombiniert – psychologische Übungstherapie. Wiss. Z. Universität Halle, Ges.-Sprachwiss. Reihe 8 (1959), 397-430.
- Müller-Hegemann, D.:* Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, Psychiatrie, Neurologie und medizinischen Psychologie, Vol. 4 (1952), 274-285.
- Pahn, J.:* Der therapeutische Wert nasasierter Vokalklänge in der Behandlung funktioneller Stimmkrankungen. Folia phoniatriat. 16 (1964), 249-263.
- Pahn, J.:* Autogenes Training in der Behandlung funktioneller Stimmstörungen. Folia phoniatriat. 18 (1966), 117-130.
- Pahn, J.:* Stimmübungen für Sprechen und Singen. Berlin 1968.
- Pahn, J., Friemert, K.:* Differentialdiagnostische und terminologische Erwägungen bei sogenannten funktionellen Störungen im neuropsychiatrischen und phoniatriischen Fachgebiet. Folia phoniatriat. 40 (1988), 162-164.
- Pahn, J., Dettmann, R., Šram, F.:* Zur Verteilung und funktionellen Auswirkungen von Paresen der Stimmlippenbewegungs- und spannmuskulatur anhand elektromyographischer Untersuchungen. Folia phoniatriat. 36 (1984), 273-283.
- Schulz, J.H.:* Das autogene Training (Konzentration, Selbstentspannung). Stuttgart 1956.
- Teirich, H.R.:* Ruhebilder in der Gruppenpsychotherapie. Z. Psychotherap. med. 9 (1953), 80.
- Teirich, H.R.:* Musik in der Medizin. Stuttgart 1958.
- Zenker, W., Zenker, A.:* Über die Regelung der Stimmlippenspannung durch von außen am Kehlkopf angreifende Mechanismen. Folia phoniatriat. 12 (1960), 1-36.

Anschrift der Verfasser:

Doz. Dr. Dr. Johannes Pahn
 Dr. Elke Pahn
 Swölkenweg 9
 18147 Rostock



Birgit Hanning, Margarete Saatweber,
Bad Nenndorf

Die Einheit von Atmung und Stimme – eine unabdingbare Voraussetzung in der Sprach- und Stimmtherapie¹

Zusammenfassung

Es wird versucht, den Stellenwert von Atmung und Stimme in Sprach- und Stimmtherapie aufzuzeigen. Die Komplexität der Sprache führt zu unterschiedlichen Herangehensweisen. Eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Sprach- und Stimmtherapie ist jedoch die Einheit von Atmung und Stimme, d.h. die Einheit des Menschen mit seiner Atmung und seiner Stimme. Atem- und Bewegungsübungen, Regenerationswege nach *Schlaffhorst-Andersen*, Lautfunktionsarbeit und der Umgang mit musischen Elementen finden ihren Einsatz nicht nur in der Stimmtherapie, sondern ebenso in der Behandlung sprech-, sprach- und redeflußgestörter Patienten. Der Einsatz von Atemschriftzeichen empfiehlt sich insbesondere bei der Arbeit mit Kindern.

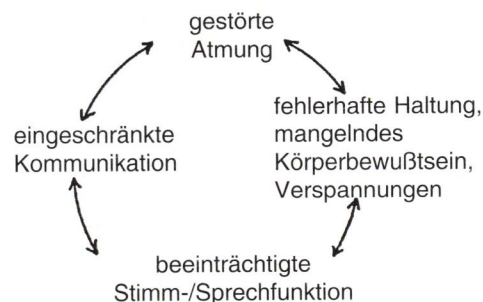
1. Einleitung

Dem Phänomen der menschlichen Sprache liegt eine Vielfalt einzelner Fähigkeiten und Fertigkeiten zugrunde, die sich in motorischen, sensorischen, affektiven, kognitiven und sozialen Bereichen wiederfinden. Sprache ist eine grundlegende, zentrale und beziehungsreiche menschliche Funktion, deren Störungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen im Zusammenhang mit der gesamten Persönlichkeit des Menschen stehen.

Sehen wir diese Komplexität der menschlichen Sprache, und gehen wir davon aus, daß nie die Sprache an sich gestört ist, sondern immer der Mensch in seiner sprachlichen Äußerung beeinträchtigt ist (*Westrich*), so ist es nur folgerichtig, in der Therapie von Sprach- und Stimmstörungen bei der Harmonisierung der gesamten Persönlichkeit anzusetzen, ohne jedoch das Symptom aus dem Auge zu verlieren. Eine Voraussetzung für diese Harmonie ist der Einklang von Atmung – Stimme – Bewegung, d.h. der Einklang des Menschen mit seiner Atmung, seiner Stimme, seiner Sprache und seiner Aussage.

Die Arbeitsweise *Schlaffhorst-Andersen* geht davon aus, daß Sprechen ein gesamtkörperliches Geschehen ist, dessen verbindendes und tragendes Element der Atem ist. Atmung – Stimme – Bewegung (auch Artikulationsbewegung) stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander, d.h. sie beeinflussen – fördern oder stören – sich wechselseitig.

Wenden wir uns nun den unterschiedlichen Beeinträchtigungen stimm- und sprachaffälliger Menschen zu, so stellt sich folgender Problemkreis dar:



Diesen Problemkreis zu durchbrechen sollte das Ziel jeder Stimm- und Sprachtherapie sein. „Stimme ist in dem Interaktionsgeschehen des Sprecher-Hörer-Bezugs nicht nur Träger verbaler Information, sondern gleichzeitig Ausdruck der Gesamtpersönlichkeit wie auch der momentanen emotionellen Situation des Sprechenden“ (*Biesalski/Frank* 1982, 302). Sehen wir also die stimmliche Äußerung des Menschen, z.B. auch des sprachgestör-

¹ Der Beitrag ist die Niederschrift eines Vortrages/ Workshops zur gemeinsamen Tagung des LG Niedersachsen und LG Sachsen-Anhalt zum Thema: 'Die Einheit von Atem und Stimme' vom 14.-16. Oktober 1993 in Hannover.

ten Menschen, als Ausdruck seiner Persönlichkeit, so liegt es doch wohl auf der Hand, über die Arbeit an der Stimme an eben dieser Persönlichkeit zu arbeiten.

2. Stotterertherapie

Wir möchten hier zwei Kernprobleme aufzeigen, die uns bei der Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer immer wieder begegnet sind:

- die Angst vor der Aussage oder Dialogangst (*Westrich*) und
- Primär- und Sekundär-Verspannungen, besonders in der Artikulations-, Stimm- und Atemmuskulatur.

2.1 Haltungs- und Bewegungsarbeit in der Stotterertherapie

Beginnen wir, um die stimmlichen Möglichkeiten des stotternden Menschen zu fördern, mit der Haltungs- und Bewegungsarbeit. „Haltung, Bewegung und Mittelkörperspannung sind immer auch Ausdruck der seelischen Befindlichkeit des Menschen. An ihnen wird das Verhältnis des Menschen zu sich selbst, sein Verhalten gegenüber der Welt, die ihn umgibt, deutlich“ (*Saatweber* 1991, 53).

Verspannungen der Muskulatur finden wir bei allen stotternden Menschen in mehr oder weniger ausgeprägtem Maße. Ob sie primär da waren oder ob sie sekundär beim oder durch das Stottern auftreten, spielt keine so große Rolle. Die Angst vor der Aussage, vor der Situation, vor der Tatsache des Sprechens-Müssens überhaupt führt zu Blockaden, zuerst einmal situationsbedingten Verspannungen, die sich jedoch leicht manifestieren. Diese Spannungen bzw. Verkrampfungen wahrzunehmen, ist die erste Aufgabe des Therapeuten und Patienten. Körperempfinden muß entwickelt werden.

Ein guter und elastischer Spannungszustand – Etonus – muß wiedererlangt werden, d.h. überspannte Muskelpartien müssen Spannung abgeben und unterspannte Muskelpartien Spannung aufbauen. Gleichmäßiges Verteilen der Arbeitsleistung muß erreicht werden. Dieser Prozeß wird als „Spannungsausgleich“ bezeichnet und bedeutet Reaktivierung von Muskelgruppen und deren Zu-

rückführung in den natürlichen Bewegungsrhythmus, zum dynamischen Gleichgewicht der körpereigenen Kräfte. Hier ist ebenfalls eine gute Mittelkörperspannung von Bedeutung.

Die Arbeitsweise *Schlaffhorst-Andersen* kennt hier die sogenannten Regenerationswege: das Kreisen, das Schwingen, die rhythmische Bewegung, Atmen und Tönen (vgl. *Saatweber*). Ohne an dieser Stelle weiter auf die einzelnen Formen einzugehen, sei nur gesagt, daß es sich bei den Regenerationswegen um Stufen zu einer ganzkörperlichen Etonisierung handelt. Weil sie in ihrer Ausführung und der damit verbundenen Auswirkung auf den Organismus kaum voneinander zu trennen sind, können Übungen nicht nur einem Regenerationsweg zugeordnet werden, sondern meist mehreren gleichzeitig, eben als Weg von einer Stufe zu einer anderen.

Lernt es der stotternde Mensch, sich mit Hilfe dieser kreisenden, schwingenden oder rhythmischen Bewegungen in einen ausgeglichenen Spannungszustand zu versetzen, so kann dieses dadurch erlangte Bewußtsein nur guttun. Das Gefühl, sich selbst wahrzunehmen, in sich zu ruhen, Kontakt zum Boden zu haben und darüber aufgerichtet zu sein, verleiht letztendlich Sicherheit, Vertrauen zu sich selbst und seiner Umwelt. Dieses Vertrauen wiederum macht aussagebereit und aussagefähig.

Aber nicht nur Haltungs- und Bewegungsübungen allein sind die Grundlage für ein verbessertes Sprechverhalten. Insbesondere die Atmung hat hier eine zentrale Bedeutung.

2.2 Atemarbeit in der Stotterertherapie

Jeder, der mit stotternden Menschen arbeitet, weiß, wie auffällig das Atemverhalten des Stotternden ist. Hochatmung, Schnappen, Luft anhalten, fehlende Atempause sind nicht nur beim Stottern selbst zu beobachten, sondern oft schon so eingeschliffene Muster, daß eine ruhige Zwerchfellatmung oder, besser gesagt, eine ausgeglichene Costo-Abdominal-Atmung nur selten zu beobachten ist.

Welche Bedeutung hat nun die Atmung für den Menschen überhaupt? Schon seit der Antike kennt man den Zusammenhang zwi-

schen Atemverhalten des Menschen und seiner psycho-physischen Befindlichkeit. In der Atmung spiegelt sich jeder seelische und körperliche Ablauf wider. Atmen ist nicht nur ein funktionaler Austausch lebensnotwendiger Stoffe, sondern eröffnet dem Menschen eine Beziehung zur Umwelt, eine Verbindung zwischen seinem Innen und Außen. Im Griechischen hat der Begriff „pneuma“ sowohl für den Atem als auch für Geist und Seele Wortbedeutung. Atem bedeutet Leben. Er ermöglicht somit auch Bewußtsein, „bewußtes Sein“. So haben wir es nie mit isolierter Atmung zu tun, sondern immer mit dem Menschen, der atmet (vgl. *Gundermann*).

Was bedeutet es nun für den Menschen, wenn die Atmung gestört ist, wenn der rhythmische Atemablauf nicht gegeben ist, der Ruheatmung die Atempause fehlt? Abgesehen von der eingeschränkten Sauerstoffversorgung, die sich letztendlich in allen Körperfunktionen auswirkt, hat die unzureichende Atmung Auswirkungen auf die Stimme, das Sprechen sowie die seelische Befindlichkeit. Was tun?

„An der Atmung arbeiten heißt, sie zunächst in ihrem Rhythmus wahrzunehmen und zu ordnen“ (*Saatweber* 1991, 24). Bei der Ruheatmung ist die Pause im Atemrhythmus eingebunden. Die Atempause folgt im physiologisch gesunden Atemrhythmus der Ausatmung. Sie ist nicht als Stillstand der Atmung zu verstehen, sondern vielmehr als ein Ausschwingen der Ausatembewegung, vergleichbar etwa dem Moment, in dem die Meereswelle am Strand ausrollt und beginnt zurückzulaufen. Es ist der kurze Moment, in dem sich Ein- und Ausatemkräfte die Balance halten, d.h. ausgewogen sind. Aus dieser Lösung heraus entsteht erneut der Impuls zur Einatmung. Die Existenz der Pause und ihre Qualität sind für die nachfolgende Ein- und Ausatmung bestimmend.

Atemspannung wird aufgebaut, und diese Atemspannung ist wiederum Voraussetzung für eine gute Körperspannung (Eutonisierung) und eine gute Stimmspannung. Beides wiederum ist Voraussetzung für einen ungestörten Sprechablauf und die immer wieder notwendige Bereitschaft zur sprachlichen Darstellung. Allein das Erleben der Atem-

pause in einer ruhig fließenden Atmung gibt Sicherheit.

Hat der Stotternde gelernt, den Mut zu haben, den Einatemimpuls nach einem Sprechbogen wirklich abzuwarten, und die Erfahrung gemacht, daß auch der Zuhörer eine Atempause mitträgt und nicht „aussteigt“, so wird dieses Gefühl ihn auf die Dauer begleiten. Er wird vom überhasteten Sprechen mit der Gefahr des Hängenbleibens oder Wiederholens Abstand nehmen können und zu einer fließenden, von angemessenen Atempausen durchsetzten Sprechweise kommen, die ihm umgekehrt wieder personale Sicherheit verleiht.

2.3 Arbeit an der Stimme

2.3.1 Die Sprechstimme

Wenden wir uns nun der direkten Arbeit an und mit der Stimme zu. Hier bietet sich der fünfte Regenerationsweg nach *Schlaffhorst-Andersen* an: das Tönen.

Das Tönen baut auf den vorangegangenen Wegen der Regeneration auf. Tönen bedeutet zunächst nur, der Ausatemluft mit Hilfe der Stimmbänder, die durch den Anblasedruck in Schwingung versetzt werden, einen Widerstand entgegenzusetzen. Durch die Schwingungen, die an den Stimmlippen entstehen, wird der ganze Körper mit seinen Hohlräumen, Wandungen und knöchernen Elementen – je nach unterschiedlichen Lautfunktionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten – in Vibration versetzt und erfährt somit eine Mikromassage. Diese kann Fehlspannungen im Körper ansprechen und eutonisieren.

Wie kann nun auch der stotternde Mensch diese Möglichkeiten nutzen? Allein das Wahrnehmen der von der Stimme erzeugten Schwingungen im Körper kann von den Spannungen im Ansatzrohr ablenken, gleichzeitig aber auch Resonanzräume für die Stimme erschließen.

Wer kennt nicht die wohltuenden Auswirkungen einer volltönenden Stimme. Wenn der Stimmklang des anderen Menschen sich schon positiv auswirkt, wieviel mehr die resonanzreiche eigene Stimme.

Alle Sprachlaute der deutschen Sprache haben Auswirkungen auf den Organismus (vgl.

Saatweber). Ohne auf die Lautfunktionsarbeit der Arbeitsweise *Schlaffhorst-Andersen* an dieser Stelle näher eingehen zu wollen, sei nur kurz auf die spannungsaufbauenden Auswirkungen z.B. der Explosivlaute, im Gegensatz zu den entspannenden Auswirkungen, z.B. der Klinger, hingewiesen.

Über diese Erfahrungen hinaus sollte der Stotternde jedoch auch den Umgang mit Texten lernen. Zuerst wird es darum gehen, die mit den einzelnen Lauten gemachten Erfahrungen am Text auszuprobieren und die o.g. Auswirkungen auch im Zusammenhang wahrzunehmen. Darüber hinaus sollte jedoch auch gestalterisch mit Texten umgegangen werden. Gestalterisches Arbeiten dient dazu, Klarheit im Sinne von Aussagekraft zu gewinnen. Ich gestalte meine eigene Sprache so, daß ich verstanden werde, daß Absicht, Zweck und Wille eine adäquate, ganz persönliche Äußerung erfährt. Ich gestalte einen Text, den ich nicht selbst verfaßt habe, so, daß über meine Reproduktion dieser Text einen persönlichen Bezug erhält, meine Gedanken in Form von Sprache eine Relation zur Dichtung eingehen, sei es mit Abstand, Skepsis, Hingabe, Freude oder Trauer. Gestalterisches Arbeiten wird also das Ziel anstreben, Geist, Psyche bzw. Emotion über phantasievolle Wege in eine aussagekräftige Form zu bringen (vgl. *Saatweber*). Und auch für stotternde Menschen kann dieser Weg nur hilfreich sein.

2.3.2 Die Singstimme

Daß der Stotternde beim Singen selten oder nie stottert, ist bekannt und in der Literatur vielfach erwähnt. Ob diese Tatsache allein ausreicht, den Stotternden singen zu lassen, möchten wir bezweifeln. Warum aber ist gerade das Singen so wichtig – nicht nur für stotternde Menschen?

Atem- und Stimmfunktionen werden beim Singen durch größeren Stimmumfang und längere Atembögen sowie rhythmische Gesetzmäßigkeiten in ganz besonderem Maße gefordert. Das heißt, die oben beschriebenen positiven Auswirkungen auf Atmung und Stimme werden noch einmal intensiviert. Darüber hinaus sollte jedoch die psychische Komponente des Singens nicht unterschätzt werden. Singen befreit, Singen ist lustvoll,

Singen harmonisiert und fördert letztendlich die Persönlichkeit. Und genau das braucht der stotternde Mensch.

3. *Therapiemöglichkeiten bei sprachaufälligen/sprachentwicklungsverzögerten Kindern unter besonderer Berücksichtigung von Atmung und Stimme*

Gehen wir in Anlehnung an *Grohnfeldt* davon aus, daß „der kindliche Spracherwerb in basale sensomotorische Prozesse eingebettet ist und im Zusammenhang mit kognitiven Strukturierungen als Interaktionsvorgang begriffen wird, sollten auch die sprachtherapeutischen Maßnahmen dementsprechend breitgefächert angelegt sein“ (*Grohnfeldt* 1990, 30). Dies bedeutet: „die Förderung von Basisfunktionen im Rahmen allgemeiner entwicklungsfördernder Maßnahmen (Sensomotorik, Bewegungserziehung, Rhythmik, kognitive Förderung...), um mögliche Bedingungs Hintergründe der Sprachstörung ursachenspezifisch aufzuarbeiten“ sowie „sprachstörungsspezifische Verfahren zur Förderung und Korrektur impressiver und expressiver Sprachfunktionen auf der phonetisch-phonologischen und/oder semantisch-lexikalischen und/oder syntaktisch-morphologischen Sprachebene im Hinblick auf eine Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit“ und „die mögliche Einbettung der Sprach- und Entwicklungsförderung in sozial- und spieltherapeutische Stützmaßnahmen zur individuellen Konfliktverarbeitung“ (*Grohnfeldt* 1990, 31).

Zur Förderung dieser Basisfunktionen – Bewegungserziehung – Rhythmik – Sensomotorik – bedient sich die Arbeitsweise *Schlaffhorst-Andersen* der bereits beschriebenen Regenerationswege. Kreisen, Schwingen, atemrhythmische Bewegungen harmonisieren und rhythmisieren Bewegungsabläufe und führen zu ausgeglichenen Spannungsverhältnissen in der Gesamtkörpermuskulatur (Eutonus). Insbesondere die beruhigende Wirkung des Kreisens fördert die kindliche Konzentrationsfähigkeit als wesentliche Voraussetzung einer erfolgreichen Sprachtherapie.

3.1 Die Atemschriftzeichen

Hier bietet sich die Arbeit mit den Atemschriftzeichen an. Gertrude *Schumann*, die Initiato-

rin der Atemschriftzeichen nach *Schlaffhorst-Andersen*, sagt selbst: „Neu an der Arbeit mit den von mir gefundenen Zeichen ist die Verbindung von Atem, Ton und Wort mit einem Bild, dessen Linien gezeichnet werden und die belebend auf Atmung und Stimme zurückwirken. Diesen Zyklus von kreisenden, schwingenden und rhythmisch bewegten Bildern nennt man heute 'Atemschriftzeichen'“ (*Schümann* 1991, 11).

Gertrude *Schümann* hat eine Vielzahl mehr oder weniger komplizierter Zeichen geschaffen, die alle dazu dienen, Atmung und Stimme anzuregen und positiv zu beeinflussen. Das einfachste Zeichen ist der Kreis. Dann gibt es z. B. das Schiffchen oder das Atemmännchen usw.



Atemschriftzeichen können in vielerlei Weise ausgeführt werden, z. B.

- mit Wachsmalstiften auf einem großen Bogen Papier, der vor einem liegt,
- ebenfalls mit Stiften auf einem Papier (z. B. Tapete), das an der Wand befestigt ist,
- mit Kreide auf der Tafel an der Wand,
- nur als Armbewegung frei in der Luft gezeichnet
- oder nur vor dem inneren Auge gedacht.

Bei Einsatz der Arme sollte auf den Wechsel zwischen rechtem und linkem Arm geachtet werden. Daß der Einsatz unterschiedlicher Farben der Stifte motivierend wirken kann und die dargestellten Zeichen zu wahren Kunstwerken werden läßt, ist leicht nachzuvollziehen.

„Alle Atem- und Stimmübungen sind nach den Prinzipien des dreiteiligen Atemrhythmus aufgebaut. Die Ausatmung wird durch die Bildung von Sprachlauten geformt und verlängert. Die Einatmung folgt den individuellen Bedürfnissen von Dauer und Tiefe. Die Atempause gestaltet sich entsprechend den jeweils vorangegangenen Ausatemungsformen“ (*Schümann* 1991, 87). So kann man z.B. mit einer hörbaren Ausatmung beginnen, d.h. ei-

nem stimmlosen Konsonanten (z.B. „f“). Weiterhin wird die Stimme mit eingesetzt in einem stimmhaften Konsonanten (z.B. „w“) oder einem Vokal. Daran schließen sich Silben, Wörter, Sätze, Verse, Lieder, ja ganze Geschichten an.

Ein Beispiel, um in der Stammlertherapie das „sch“ zu festigen, die Atmung zu fördern und beides mit atemverbundener rhythmischer Bewegung zu untermauern, ist der Kindervers

„Die Schafe scheinen schon zu schlafen.“

Schnell schafft der Schäfer mit der Scher’.

Er schert und schneidet schwachen Schafen

die schönen Schwänze, schwarz und schwer.“

– mit Hilfe des Atemschiffchens geübt.

3.2 Die Lautfunktionsarbeit in der Therapie sprachauffälliger Kinder

Auch die bei stammelnden Kindern notwendige Lautkorrektur oder Lautanbahnung basiert auf den Grundprinzipien einer guten Artikulation. Dies bedeutet ausgeglichene Spannungsverhältnisse im Artikulationsbereich (Ansatzrohr), die ihrerseits Auswirkungen auf Phonation und Atmung haben, umgekehrt aber auch von den Spannungsverhältnissen der Atem- und Stimm-Muskulatur (Zwerchfell – Kehlkopf) beeinflusst werden. Ohne auch hier auf die einzelnen Lautgruppen, ihre Bildung und Auswirkungen auf den Organismus genauer eingehen zu können, sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Arbeit an Atmung und Stimme auch Grundlage jeglicher Artikulationsschulung ist.

Wir möchten kurz ein Beispiel für den ganzkörperlichen Einsatz bei der Lautbildung geben: Nehmen wir einen Fall von Sigmatismus lateralis. Die Luft entweicht unkontrolliert. Die Zunge weist Fehlspannungen auf. Die Artikulation ist nicht normgerecht.

Ganzkörperliche kreisende Bewegungen eutonisieren die Muskulatur und schaffen eine erste Voraussetzung für eine intakte Atembewegung. Speziell kreisende Übungen mit der Zunge können hier zu entsprechendem Er-

gebnis führen. Der Einsatz der Stimme (z.B. Silben mit Explosivlauten und Vokalen pa, po, pu, tipp, tapp usw.) verbunden mit Ballprellen dienen dem gesamtkörperlichen Spannungsaufbau.

Die Arbeit mit dem Pezzi-Ball (auf dem Ball wippen) in Verbindung mit Explosiv- und Strömungslauten pf, tsch und später auch ts baut gesamtkörperlich Spannungen auf, was sich entsprechend auf die Artikulationsspannung auswirkt.

Wecken der Resonanzräume mit Hilfe des „w“ und Erspüren der in Kopf und Brustraum auftretenden Schwingungen sensibilisiert und führt darüber hinaus zu besserer Luftführung, die dann für die S-Bildung ausgenutzt werden kann. Nach diesen Vorübungen kann gezielt am S-Laut gearbeitet werden, da sowohl bei der Luftführung als auch bei der Artikulationsspannung bessere Voraussetzungen zu erwarten sind.

3.3 Die Nasenatmung

Auch wenn zwischen Nasenatmung und kindlicher Sprachstörung keine direkte Beziehung besteht, so kennt doch jeder/jede Therapeut/in die immer wieder verstopften kindlichen Nasen. Chronischer Schnupfen, in vielen Fällen jedoch bereits vorhandene Polypenbildung (die, selbst mehrfach operiert, immer wieder wuchern) verhindern bei der besten Sprachtherapie oft den gewünschten Erfolg. Nasalität einerseits, bereits beeinträchtigte Hörfähigkeit andererseits haben ihre Ursachen in der mangelnden Nasenatmung bzw. dem verstopften Nasenraum. Die Folge davon ist eine eingeschränkte Mundmotorik durch fehlenden Mundschluß bei notwendiger Mundatmung bis hin zu myofunktionellen Problemen.

Eine gute Nasenatmung hat nicht nur den bekannten Vorteil, daß die Luft angewärmt, angefeuchtet, gereinigt und durch die Nasenmuscheln in eine gleichmäßige Strömung geleitet wird. Auch das Zwerchfell muß dabei gegen einen höheren Widerstand als bei der Mundatmung arbeiten, was zu seiner Kräftigung führt. Die Nasenatmung bewirkt eine Atemvertiefung dadurch, daß das Zwerchfell aufgrund der Enge im Atemweg mit einem größeren Krafteinsatz nach unten ziehen

muß. Dieses wird zusätzlich noch durch das bewußte Wahrnehmen der Luftbewegung in der Nase unterstützt. Durch die vermehrte Atemtätigkeit wird der Gasaustausch verbessert. Das Blut erhält mehr Sauerstoff und kann somit die Organe und Muskeln in ihrer Funktion stärken.

Nasenübungen (z. B. bei einem zugehaltenen Nasenloch die Luft durch das andere kräftig ein- und ausatmen) sind hier angezeigt, ebenso aber auch Stimmübungen, die besonders die Nasenresonanzen ansprechen, wie z.B. der I-Vers

„Sieben dicke Riesen liefen in die Wiesen.

Wie die Winde bliesen, kriegten sie das Niesen.

Hatschi!“

oder N-Übungen

„Nanni, Nanni, nimm den Rat an:

Nun und nimmer neck den Nathan!

Nämlich Nathan schnappt noch zu

nach Nase und nach Hand im Nu.“

sollten mit besonderer Intensität geübt werden. Bei Kindern immer wieder beliebte Blasübungen (Wattepusten, Seifenblasen blubbern usw.) können hier ebenfalls erfolgreich eingesetzt werden. Es sollte jedoch in jedem Fall darauf geachtet werden, daß die Einatmung durch die Nase erfolgt und nicht wie üblich durch den Mund.

3.4 Rhythmische Elemente und Singen in der Kindertherapie

Bewegung, Musik, Sprache und deren Wechselbeziehungen untereinander sind grundlegende Faktoren für die Sprach- und Stimmtherapie. Unterstützende Bewegungen zum Lied, zu Sprechversen, zu rhythmisch gestalteter Sprache fördern nicht nur die Sensomotorik, sondern bieten ebenso Möglichkeiten, Grob- und Sprechmotorik zu verbinden, darüber hinaus semantisch Sinnhaftes zu erleben und auf vielfältige Weise zu gestalten.

Die enge Verbindung von Text und Melodie im Lied ist eine charakteristische emotionale, musikalisch-sprachliche Ausdrucksform. Über den durch die Singstimme erweiterten Stimmumfang und die erfolgte Ateman-

regung hinaus motiviert das Singen in besonderem Maße. Freude am Tun, Lust zu sprachlicher Äußerung ist eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Sprachtherapie und kann durch den Einsatz der Singstimme gefördert werden.

4. Schlußbemerkungen

Atmung – Stimme – Sprache und Bewegung als Einheit erfahren und Wechselwirkungen untereinander ausnutzen, sollte eine Grundvoraussetzung jeglicher Stimm- und Sprachtherapie sein.

Das erfuhren die Teilnehmer in zwei Workshops mit folgendem Schwerpunkt:

In der Lautfunktionsarbeit wurden gezielt die spezifischen Rückwirkungen eines Lautes auf Atmung, Stimme, Bewegungsapparat und emotionale Befindlichkeit genutzt. Am Beispiel der beiden Lautgruppen Strömer und Halbklinger (stimmlose bzw. stimmhafte Frikative) konnten die Workshop-Teilnehmer erfahren, daß die erste Lautgruppe sie grundsätzlich eher in die Entspannung, Ruhe und Passivität führte, während die zweite sie eher anregte und aktivierte. Entsprechende Rückwirkungen auf die Stimme waren vor allem im 2. Workshop hörbar. Im abschließenden chorischen Singen kamen auch Vokale und Klinger (Nasale) zur Anwendung. Der Gruppenklang wurde immer wieder beschrieben, und das daraus folgende stimmbildnerische Vorgehen (Wechsel der verwendeten Laute, zusätzliche ganzkörperliche Bewegungen, Vorstellungshilfen) wurde erläutert.

Sprachliche Äußerung ist nur über die Bildung von Lauten und deren Kombinationen möglich. Der Einsatz der Stimme ist hierzu Voraussetzung sowie die den Laut transportierende Luft. Wie anders als durch die Schwingungen, die an unser Ohr gelangen, sollten wir die Worte des anderen hören.

Aktivieren und rhythmisieren wir die Atmung, kräftigen wir die Stimme und schließen alle nötigen Resonanzräume an, schaffen wir den richtigen Muskeltonus und korrektere musku-

läre Abläufe für eine lautreine Artikulation, sensibilisieren wir den Menschen für die eigene Aussage und das Wort des anderen, so haben wir die Grundlage für eine positive zwischenmenschliche Kommunikation gelegt und darüber hinaus für die „innere Ordnung“ des Sprechenden selbst gesorgt.

Wir möchten schließen mit dem Zitat von Hedwig Andersen: „Die Sprache ist nicht nur dazu da, um sich damit zu verständigen und Gedanken und Gefühle auszudrücken. Die Sprache ist vielmehr als Ausfluß seelisch körperlicher Erregungen zu betrachten und bei physiologisch richtiger Lautbildung ein wesentliches Mittel, alle beteiligten Organe zu kräftigen“ (Saatweber 1991, 30).

Literatur

- Biesalski, P./Frank, Fr.: Phoniatrie – Pädaudiologie. Stuttgart 1982.
- Grohnfeldt, M.: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin 1990.
- Gundermann, H.: Die Behandlung der gestörten Sprechstimme. Stuttgart 1977.
- Saatweber, M.: Einführung in die Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen. Bad Nenndorf 1991.
- Schümann, G.: Die Atem-Schriftzeichen. Wilhelmshaven 1991.
- Sommer, A.: Rhythmisch-musikalische Erziehung und Therapie bei stotternden Kindern und Erwachsenen. Rhythmik in der Erziehung 2 (1993), 38-43.
- Sprechverse für Kinder. Herausgeber Schule Schlaffhorst-Andersen. Celle 1983.
- Westrich, E.: Der Stotterer. Bonn-Bad Godesberg 1984.

Anschrift der Verfasserinnen:

Birgit Hanning
Therapeutin in der Ambulanz der Schule
Schlaffhorst-Andersen

Margarete Saatweber
Studienleiterin an der Schule Schlaffhorst-Andersen

Bornstraße 20
31538 Bad Nenndorf



Volker Middeldorf, Lindlar

Praktische Aspekte der Dynamischen Stimmtherapie

Zusammenfassung

Der Aspekt des Sich-Wohlfühlens als wichtige lernpsychologische Komponente im Therapieprozeß wird als wesentlicher didaktischer Ausgangspunkt einer patientenbezogenen Therapie hervorgehoben. Alles didaktische und methodische Entscheiden wird von der Persönlichkeit des Patienten/Klienten abgeleitet. Es werden die drei Konstituenten des Stimmstörungskomplexes vorgestellt: Stimm-Performanz, Stimm-Expektanz und Stimm-Akzeptanz, welche den Blick auf die Ätiologie der Unzufriedenheit des Patienten/Klienten mit seiner Stimme ermöglichen sowie eine Basis darstellen für die inhaltlich-zielgerichtete Betrachtung und Bearbeitung der Stimmstörung als physiologisch-pathologisches und psychisches Problemfeld. Die therapeutischen Partner treffen interaktiv, aufeinander bezogen, Entscheidungen in den rehabilitativen Handlungsfeldern Beratung, Lernen und Gestaltung sowie Auswahl motivierender Übungsinhalte mit dem Ziel, schnell eine maximale Zufriedenheit mit der Stimme in der Kommunikation zu erreichen. Die vorgestellten Maßnahmenbündel geben Hinweise auf Strukturierung, Gestaltung und Inhalt der Stimmtherapie mit dem Ziel der Etablierung der Therapieergebnisse in der alltäglichen Kommunikation des Patienten/Klienten.

1. Einleitende didaktische Gedanken zur Dynamischen Stimmtherapie

Es ist für mich schon wichtig zu wissen, womit und von wem ich umgeben bin und in welchem Ambiente und welcher Atmosphäre ich mich aufhalte, wenn ich mir zum Ziel setze, gezielt an meiner Rehabilitation zu arbeiten und etwas Bestimmtes zu lernen. Ich muß zum intensiven Lernen erhebliche Anstrengungen unternehmen, um mich konzentrieren zu können. Ich kann gut lernen, wenn mich viele Reize dazu auffordern und wenig Reize davon abhalten. Reize, welche mich persönlich auffordern, sind beispielsweise mich interessierende Gesprächspartner, mich ansprechende Themen, Handlungen, Abläufe, abwechslungsreiche Medien, saubere und

freundliche Unterkunft, helles Arbeitslicht, Medien und moderne Geräte, Stille und Ruhe, Sorglosigkeit, innere Bereitschaft, Motivation, ...Sie, lieber Leser, werden möglicherweise völlig andere Schwerpunkte setzen, als ich es getan habe.

Und das ist eine Tatsache – und eine wichtige Erkenntnis, die wir in der Therapie zu beachten haben: Jeder von uns braucht eine bestimmte Konstellation an Reizen und Rahmenbedingungen, um hinreichend offen zu sein für Neues, um einen schnellen Zugang zu finden zum Lernen und um hohe Konzentrationsfähigkeit entwickeln zu können. Konzentration, die Bündelung aller Aufmerksamkeit gerichtet auf einen Fokus, setzt die angesprochene Konstellation an Reizen voraus. Dieser Aspekt didaktischer Überlegungen wurde bisher in der Literatur kaum thematisiert. Und doch ist er in der therapeutischen Praxis ein so wichtiges Phänomen: Konzentriertsein und das Sich-Wohlfühlen des Patienten/Klienten in der Therapie.

Dazu sind Motivation, Verstanden- und Akzeptiertwerden, Ziele haben, Erfolg verspüren und andere den Menschen positiv stimulierende Prämissen und Erfahrungen erforderlich. Will die Therapie diese Voraussetzungen beim Patienten schaffen und auf persönlichen Vorlieben und Strebungen aufbauen, so hat sie patientenbezogen zu sein. Das kann gelingen, wenn alle therapeutischen Maßnahmen von der Besonderheit des Stimmgestörten abgeleitet werden.

Ein weiterer Aspekt der Patientenbezogenheit neben den persönlichkeitsabhängigen Präferenzen ist selbstverständlich die Berücksichtigung der individuellen Besonderheit der Stimmstörung. Die Therapie wird auf die individuelle Stimmproblematik ausgerichtet und

bezieht die psychischen und sozialen Probleme des Patienten ein.

Alle Patienten haben den Wunsch, ihr stimmliches Problem schnell zu bewältigen und erwarten eine intensive und erfolgreich greifende Therapiemaßnahme. Sie sind bereit, intensiven Einsatz zu erbringen. Erwartung und Bereitschaft des Patienten müssen in allen therapeutischen Maßnahmen und in der Organisation des Therapiegeschehens beachtet werden. Persönlichkeit wie Stimmstörungsstruktur des Patienten verlangen didaktisch-methodisch ein individuelles Vorgehen im Therapieprozeß: bei der Auswahl und Gestaltung der Therapiemaßnahmen sowie der Organisation der temporären, personalen, technischen und räumlichen Rahmenbedingungen.

Therapeutische Intensität wird erreicht, wenn neben vielen den Patienten zufriedenstellenden, motivierenden und stärkenden Impulsen und neben dem steten Wechsel von konzentrierter Aktivität und notwendiger Entspannung und einer steten Bewußtheit der therapeutischen Handlung ein solches Lernen ermöglicht wird, welches dem Lernvermögen des Patienten weitestgehend entspricht. Die Basis der Stimmtherapie ist das Interaktionsgeschehen zwischen Patient/Klient und Therapeutin – sie sind Therapiepartner. Beide wollen Veränderungsprozesse einleiten und durchführen. Wir müssen aber zur Kenntnis nehmen, daß damit auch mitlaufende, nicht intendierte, also funktionale Prozesse einhergehen und u.U. ungewollte, negative Resultate hervorrufen können.

Stimmtherapie muß stets den sinngestaltenden Bezug zwischen dem Inhalt therapeutischen Handelns und dem interaktiven Nutzen und der Bedeutung dessen im kommunikativen Umgang im Alltag des Patienten sichtbar machen. Der Arbeitsgegenstand Stimme muß in der Stimmtherapie neben dem Gesichtspunkt der Funktion stets im Zusammenhang mit sozial-kommunikativen Parametern thematisiert werden.

Eine der bedeutendsten und oft auch schwierigsten Aufgaben der Stimmtherapie ist der Transfer der in der Therapie erarbeiteten individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten in alltägliche außertherapeutisch-kommunikative Situationen und Interaktionen. Dazu müssen

Einübung und Anwendung neu erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmbildungsfähigkeiten stets einen engen Bezug zu individuellen Interaktionsmustern und -strukturen sowie zu den konzeptuellen Vorstellungen des Patienten haben. Das Üben und Anwenden bekommt dadurch für den Patienten auch einen teleologischen Kern, und ihm wird deutlich, daß das Ziel der Therapie eine ihn zufriedenstellende Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im Alltag ist.

Jeder Erwachsene hat aufgrund seiner eigenen Entwicklung (Biographie) und seiner aktuellen Lebenssituation innerhalb eines soziokulturellen Umfeldes sowie der individuellen krankengeschichtlichen Erfahrung sehr individuelle Präferenzen. Diese beziehen sich sowohl auf Inhalt, Form, Umfang, Art und Stil eines therapeutischen Handelns als auch auf das „Niveau“ der therapeutischen Interaktion. Wir haben anzuerkennen, daß letztlich der Patient/Klient die Signifikanz der Maßnahme festlegt. Besitzt eine Maßnahme große Signifikanz für den Patienten/Klienten, so nimmt er diese besonders intensiv, also motiviert an.

Alle stimmrehabilitativen Prozesse haben die Eigenaktivität des Patienten sowie dessen persönliche Zufriedenstellung mit der Stimme anzustreben. Die Stimmstörung ist ein meist objektives, hörbares Phänomen, aber auch ein subjektives, welches Dysphonie als Störung der psycho-physischen Stimmfunktion beim Sprechen hörbar macht. Funktionsstörung und Unzufriedenheit mit der Stimme bilden ein komplexes, individuelles Krankheitsbild.

2. *Das Modell der Konstituenten und Arbeitsbereiche*

Stimmstörung wird durch objektive und/oder subjektive Einschätzung des Qualitätsgrads der Stimme und deren Vergleich mit der öffentlich als gesund und/oder akzeptierbar definierten und/oder subjektiv als akzeptierbar empfundenen Stimme festgestellt. Wird bei diesem Vergleich die Diskrepanz für nicht akzeptierbar erklärt, so entwickelt sich Unzufriedenheit mit der Stimme, sowohl bei den Fachleuten als auch beim Stimmgestörten. Aus der Unzufriedenheit erwächst die Diagnose Stimmstörung oder Dysphonie.

Der subjektive Anteil der Stimmstörung ist das Gefühl des Stimmträgers, mit der stimmlichen Gestaltungsfähigkeit gegenwärtig nicht mehr zurecht zu kommen. Generell entsteht und besteht Unzufriedenheit aus drei Empfindungs- und Erfahrungskomplexen:

- aus dem subjektiven Gefühl, eine ehemalige Stimmbildungsfähigkeit verloren zu haben und die bisher gewohnte Stimmverwendung gegenwärtig nicht realisieren zu können (z. B. bei Rec.-Parese),
- aus dem subjektiven Gefühl, über nur unzulängliche Fähigkeiten zur adäquaten und erwünschten Stimmverwendung und/oder Stimmbildung zu verfügen (z. B. im Falle einer Phonopnose),
- aus dem subjektiven Gefühl, der eigenen Vorstellung von einer wünschenswerten Stimmbildung und/oder -verwendung nicht gerecht werden zu können, wobei gleichzeitig die Divergenz von tatsächlicher und vorgestellter Stimme als störend empfunden wird (z.B. im Falle inadäquater Wunschvorstellungen; bei Vorliegen einer hyperfunktionellen Dysphonie als Phononeurose).

Diese drei konstitutellen Aspekte, welche didaktisch-methodisch Betrachtungs- und Diagnoseobjekte darstellen, nenne ich

- Stimm – Performanz,
- Stimm – Exspektanz und
- Stimm – Akzeptanz.

Die Stimm-Performanz ist aktuelle Stimmbildung und/oder Stimmverwendung in bestimmten Sprechsituationen. Die Stimm-Exspektanz bezeichnet den aktuellen Wunsch, eine erstrebte Stimmbildungsfähigkeit und/oder Stimmverwendungsfähigkeit in bestimmten Sprechsituationen zu besitzen. Die Stimm-Akzeptanz beschreibt die aktuelle Fähigkeit, eine Diskrepanz zwischen Stimm-Performanz und Stimm-Exspektanz zu akzeptieren.

Unter Benutzung dieser Termini definiere ich die Stimmstörung als Divergenz von Stimm-Performanz und Stimm-Exspektanz bei zu geringer Stimm-Akzeptanz. Wir erleben mit ihrer Stimme unzufriedene Patienten/Klienten, deren Stimmstörung bedingt ist durch die

Veränderung der Stimm-Performanz, z.B. aufgrund einer krankheitsbedingten Schädigung des Stimmorgans oder aufgrund kommunikativen Fehlverhaltens wie Stimm-Mißbrauch. Andere Patienten/Klienten sind unzufrieden mit ihrer Stimme aufgrund einer Änderung ihrer Stimm-Exspektanz, z.B. durch verschärfte Anforderungen im Beruf hervorgerufener Anspruch an die Stimme und/oder aufgrund einer Verringerung der Stimm-Akzeptanz, z.B. infolge kritischer Stellungnahmen anderer zur eigenen Stimm-Performanz. Diese Veränderungen, einzeln sowie gemeinsam auftretend, müssen in der Stimmtherapie thematisiert und bearbeitet werden.

Die drei Variablen Stimm-Performanz, Stimm-Exspektanz und Stimm-Akzeptanz sind hinsichtlich der Genese der Stimmstörung als „Störungskonstituenten“ und in bezug auf die therapeutische Intervention als „Arbeitsbereiche“ aufzufassen, in welchen sich die therapeutischen Handlungen vollziehen.

Bei der Veränderung der Stimm-Performanz liegt der Interventionsschwerpunkt bei Atem- und Stimmfunktionsübungen, bei Aufgaben der phonatorischen und sprecherischen Anwendung der neuen Funktionen und in methodischen Überlegungen zum Transfer der neuen Leistungen in den komplexen Sprechvorgang in Therapie- und Alltagskommunikation. Bei der Veränderung der Stimm-Exspektanz liegt der phonopädische Interventionschwerpunkt bei Stimmfunktionsübungen sowie bei phonopädisch-psychagogischen Einflußnahmen, die eine adäquate Stimm-Exspektanz in bestimmten kommunikativen Situationen aufbauen helfen. Bei der Veränderung, d.h. der Vergrößerung der Stimm-Akzeptanz liegt der Therapieschwerpunkt bei verhaltensmodifizierenden und bewußtseinsverändernden Interventionen, welche die individuellen Kompetenzen des Patienten/Klienten aufbauen und erweitern und damit die Relevanz der Stimme als alleiniges Kommunikationsmittel vermindern.

3. Handlungsfelder der Stimmtherapie

Patient/Klient und Therapeut arbeiten gemeinsam und beeinflussen sich gegenseitig: sie werden – wie eingangs bereits erwähnt – zu „Therapeutischen Partnern“. Die therapeu-

tische Interaktion wird als wechselseitige Einwirkung, als wechselseitige Steuerung und/oder als Austausch (Geben und Nehmen) verstanden. Dieses phonopädisch-interaktive Geschehen nenne ich Beratung.

Der Beratungsvorgang ist auf Neuorientierung des Patienten/Klienten und auf Selbst-Qualifizierung angelegt. Der Prozeß der Beratung versucht, das selbstinitiierte Lernen (sensu Rogers 1974) in Gang zu bringen und Hilfe zur Selbsthilfe zu sein.

Beratung findet oft statt: z.B. im ersten Gespräch mit der Vorstellung der Therapiekonzeption, in der Diskussion der im situativen Kontext stehenden Therapieinhalte und Arbeitsergebnisse, im Austausch der Meinungen, Vorstellungen, Erfahrungen, Überlegungen beider Partner, die dann gemeinsam verarbeitet werden in der Reflexion weiteren Handelns. Beratung ist ein therapiel leitendes Prinzip und charakterisiert die Art und Weise der Kommunikation. Das Beraten setzt ein passendes Grundverständnis vom Lernen voraus, welches sich in der Rothschen (1967) Definition des Lernens artikuliert (Definition zitiert in Middeldorf 1987 b, 37). In Anerkennung der Tatsache, daß es sehr verschiedene und differenzierte Lerntypen und damit verbunden zahlreiche Arten menschlichen Lernens gibt, muß in der individuellen Therapie der Weg zum besten Lernen über ein breit gefächertes Angebot an Lernimpulsen führen. Drei Lernvorgänge sind zu beachten, die unter dem Gesichtspunkt der „Signifikanz für den Patienten/Klienten“ (sensu Rogers 1974) gute Lernzuwächse erbringen: Lernen durch Einsicht, Erfahrung und Übung.

Lernen durch Einsicht: Die Einsicht verstehen wir als kognitiven Prozeß (sensu Kobi 1983), der durch die gedankliche Verknüpfung von gewonnenen Informationen das Verstehen eines bestimmten Problemzusammenhangs hervorbringt. Dazu sind Informationen und Erklärungen in der Therapie notwendig. Die Einsicht in einen Sachzusammenhang ermöglicht dem Patienten/Klienten, Lösungsschritte einer Aufgabenstellung gedanklich vorwegzunehmen, anhand der erstellten Hypothesen zielgerichtet zu handeln und die Richtigkeit der erkannten Zusammenhänge in konkreten Handlungen zu überprüfen. Durch

sachliche Informationen kann der Patient/Klient naive Vorstellungen, z.B. vom Funktionskreis Stimme, zugunsten einer sachgerechten Einschätzung abbauen. Neuorientierungen durch Einsicht in bestimmte Zusammenhänge entlarven u.U. bereits konditionierte Verhaltensweisen als fragwürdig und falsch und leiten eine Desensibilisierung beim Patienten/Klienten ein. Einsicht entsteht durch gegenseitige Information und Beratung. Information und Beratung erzeugen Verständnis und Offenheit für Neues, was neue Lernprozesse initiiert.

Lernen durch Erfahrung: Der vom Patient/Klient erfahrene Zusammenhang zwischen Handlung und deren Konsequenz beeinflusst sein späteres, „sinnvolles“ Handeln und Reagieren (sensu Roth 1967). Lernen durch Erfahrung geschieht auch in Situationen, in denen das Ergebnis des Handelns vorher nicht bekannt ist, z.B. bei selbstinitiiertem und gezieltem Anwenden von im Laufe der Therapie erworbenen Fähigkeiten. Selbstinitiiertes Lernen mit Eigenerfahrung kann sowohl über instruktive Vorgaben des Therapeuten (Information und Aufgabenstellung) als auch aufgrund eigener Strebungen (durch Angst, Interesse, Ehrgeiz usw.) eingeleitet werden. *Vom Patienten erlebte positive Erfahrungen* in der konkreten Arbeit an seiner Sprache zeigen ihm den richtigen Weg und motivieren ihn.

Lernen durch Übung ist der wiederholte Vollzug von Handlungsabläufen mit dem Ziel ihrer fortschreitenden Vervollkommenheit und teilweisen Mechanisierung zu Fertigkeiten und Gewohnheiten. Erst nach einer längeren Einübungszeit werden Vorgänge automatisiert und gewinnen dann an Exaktheit, werden fließend sicher. Das Großhirn wird entlastet (siehe Vester 1985, 48) zum Zwecke aktueller Bewältigungsaufgaben. Die regelmäßige Übung ist für die Zielerreichung „Stimmverwendung in der Spontansprechsituation“ unverzichtbar und von größter Bedeutung.

Übung ist der Weg für das Einschleifen von neuen physiologisch-motorischen Bewegungsstrukturen im Funktionskreis Artikulation, Phonation und Atmung. Übung dient dem Aufbau von neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Produktion, Gestaltung und Verwendung von Stimme in der Kommunikation.

Die Synthese dieser drei Lern-Kategorien und deren Integration in das Therapiegeschehen bilden den didaktisch-methodischen Kern, aus dem die therapeutischen Prozesse erwachsen, welche am individuellen Erfolg des Patienten orientiert sind.

Jede zielgerichtete Therapie beginnt mit der Exploration, der Erkundung des momentanen Status und führt dann über eine Planung des Vorgehens mit Festlegung der Ziele und der zu ergreifenden Maßnahmen und deren Durchführung zu einer Ergebnislage. Die Exploration soll möglichst viele Informationen liefern; dazu wird jeder verbalen und nonverbalen Äußerung des Patienten/Klienten Beachtung geschenkt. Wir explorieren intentional und funktional. Die Exploration ist intentional, wenn sie eine bestimmte Zielrichtung verfolgt, sie ist funktional, wenn sie – quasi en passant – Informationen einfängt, die nicht aus dem Fokus, sondern aus Nachbarbereichen stammen. Exploration findet einerseits in einer speziell für die Diagnostik ausgewiesenen Phase (Anamnese, Befundung, Testdurchführung, Beobachtung, Auskultation, Interview usw.) statt und andererseits phasenzyklisch immer dann, wenn zum Zwecke der Hypothesenüberprüfung das Ergebnis eines vorher durchgeführten Handelns ermittelt werden soll (Verlaufs kontrolle). Die Exploration kann sich auf eine Dauer von wenigen Minuten beschränken, sie kann aber auch komplette Sitzungen in Anspruch nehmen – dies hängt davon ab, was und wie exploriert werden soll.

Exploriert wird in den Arbeitsbereichen Stimm-Performanz (Stimmfunktionsstörungsbild, individuelles Atem-, Phonations- und Sprechverhalten), der Stimm-Exspektanz (Wunschvorstellung) und der Stimm-Akzeptanz (sozial-psychologisches Bedingungsgefüge des Patienten/Klienten) als mögliche Störungskonstituenten. Während der Patient/Klient handelt, offenbaren sich dem Therapeuten, der sich stets in Beobachtungsposition befindet, neben den Ergebnissen der gezielten Lernhandlungen auch mitlaufende Verhaltensweisen des Patienten/Klienten, die bis zu diesem Zeitpunkt u.U. noch nicht in Erscheinung getreten sind und deshalb noch nicht bekannt sind und oftmals sehr großen Informationswert besitzen können. Diese

werden vom Therapeuten aufgefangen, registriert, interpretiert und bei der nächsten Gelegenheit in der Planung und der Durchführung berücksichtigt. Dieses durch mitlaufende Exploration charakterisierte Handeln nenne ich funktionales Explorieren; es geschieht während der Phase 'Durchführung'.

Planung ist die gedankliche Vorwegnahme des phonopädisch-interaktiven Handelns. Alle aus der intentionalen und funktionalen Exploration resultierenden Informationen und deren Interpretation sowie die Formulierung der aus dem Interpretationsergebnis resultierenden Hypothesen über Ziele, Inhaltsauswahl und Methoden fließen in die Planung ein. Geplant werden einzelne, kurze Therapiephasen, ganze Therapiesitzungen, komplexere Therapiereihen und der gesamte Therapieprozeß von der ersten Sitzung bis zum letzten Beratungsgespräch. Planung erfolgt vor, während und nach jeder Therapiesitzung.

Junge, noch recht unerfahrene Therapeuten sollten anfangs nach einem vorgegebenen Entwurfsmuster planen, in welchem z.B. der Therapieverlauf antizipatorisch in allen Details beschrieben wird: das anstehende Thema mit einer fachlichen Inhaltsanalyse, z.B. Atmung, das Interaktionsgefüge Patient/Klient – Therapeut und das Bedingungs-feld des Patienten/Klienten mit einer Therapiebedingungsanalyse, die Zielsetzung mit Grob- und Feinzielen, die Therapiephasen wie Einführungs- (oder Explorations-)phase, Motivation, Problemstellung und Problemlösung, Erprobung, Festigung, Übung, Anwendung usw., Einsatz von externen Lehrmedien wie Printmedien, z.B. gedruckte Übungsmaterialien, Arbeitsblätter, Texte usw. oder interne Arbeitsmedien wie Mitschriften von Übungen und Ergebnissen aus anderen Sitzungen, Übungsprogramme, Einsatz von dokumentarischen Medien wie Videomitschnitten therapeutischen Handelns, Cassetten-Aufnahmen, darstellenden Abbildungen oder Modellen sowie Materialien zwecks häuslichen Übens usw.

Die planerische Reflexion erfolgt in Dreierschritten: Fokuswahl, Zielsetzung, Maßnahmenwahl.

Zunächst erfolgt die Fokuswahl. Die explorative Betrachtung von Stimm-Performanz,

Stimm-Exspektanz und Stimm-Akzeptanz gibt Erkenntnisse darüber, in welchem der drei Arbeitsbereiche gearbeitet werden soll. Die dadurch entstehende, oft nach Dringlichkeit vorgenommene Hierarchisierung der Therapieziele und phonopädischen Handlungsinhalte ermöglicht eine konsequente und vom Aspekt der Ökonomie hergeleitete Entscheidung, die Planung in einem bestimmten Arbeitsbereich (Fokus) beginnen zu lassen.

Der Fokuswahl folgt die Festlegung des phonopädischen Ziels. Dabei kann es sich je nach Therapiesituation um das Grobziel (Endziel) handeln oder um ein Feinziel, welches als „Etappenziel“ in einigen wenigen Therapiesitzungen oder durch nur einzelne Therapieschritte erreicht werden kann.

Nach der Zielformulierung erfolgt die Planung der Maßnahme, wobei es darum geht, jene Maßnahme zu reflektieren, die in der momentanen Therapiesituation die höchste phonopädische Signifikanz und Relevanz zu besitzen scheint.

Die in der Planung vollzogene Fokuswahl, Zielbeschreibung und Maßnahmenauswahl muß sich dann im Prozeß der konkreten Umsetzung, also bei der Durchführung, als sinnvoll bewähren. Alle in der Planung aufgestellten Hypothesen werden nun bestätigt oder verworfen. Die Durchführung erfolgt unter permanenter, kritischer Bewertung der in jedem einzelnen Schritt der therapeutischen Interaktion erzielten Ergebnisse. Bewertungsmaßstab ist ein gutes und schnelles, also ökonomisches Lernen.

Während der Therapiedurchführung hat der Therapeut dem Patienten/Klienten sachlich korrekte, inhaltlich passende und quantitativ faßbare Informationen zu geben, um über die Einsicht beim Patienten/Klienten den intellektuellen und sachbezogenen Einstieg in die für ihn wahrscheinlich vollkommen fremde Thematik zu ermöglichen. Dazu gehört, daß das Therapievorhaben nachvollziehbar transparent gemacht, stets das Ziel des Handelns erläutert und konsensgetragen eine gemeinsame Absprache der didaktischen wie methodischen Entscheidungen über Inhalte, Wege und Maßnahmen gefunden wird. Der verständigungsgeleitete Dialog bezieht den

Patienten/Klienten als „emanzipierten“ Partner in die fachliche Auseinandersetzung um didaktisch-methodische Entscheidungen mit ein.

In der Durchführung muß das Verhalten des Therapeuten diejenigen Merkmale (vgl. *Tausch* 1970) zeigen, die beim Patienten/Klienten eine erhöhte Bereitschaft zur Mitarbeit induzieren: Freundlichkeit, positive Wertschätzung, Engagement, Konsequenz. Der vom Patienten/Klienten erlebte Erfolg ist der Garant für die Vergrößerung und den Erhalt der Motivation zur weiteren Arbeit. Deshalb muß jede phonopädische Bemühung des Patienten/Klienten zu einem für ihn schnell erkennbaren guten Ergebnis führen.

Günstige äußere Arbeitsbedingungen sind wichtig für den gesamten inneren Therapieprozeß: Konzentrationsleistung und Arbeitseffektivität werden durch äußere Rahmenbedingungen wie Ruhe und Abgeschiedenheit von störenden Geräuschen wie Telefon, menschlichen Stimmen im Hintergrund, Lärm (vgl. *Rapp* 1982), durch ein breites Medienangebot in Form von Darstellungen, Modellen, Aufnahmegeräten (Video- und Tonaufnahmen), akustischen Wiedergabegeräten, Spiegeln u.a., durch flexible Zeitbegrenzung der Therapiesitzung, durch pünktlichen Therapiebeginn und auch durch ansprechende räumliche Atmosphäre positiv beeinflusst. In der Durchführung sollte sich der Patient als Mitgestalter der Therapie begreifen und beginnen, offen und kritisch die durchgeführten Maßnahmen zu beurteilen. Therapeutisch weiterverfolgt werden alle jene Inhalte, die vom Patienten/Klienten als überwiegend positiv bewertet werden.

Die erfolgte Annäherung der Stimm-Performanz an die Stimm-Exspektanz und/oder die erfolgte Annäherung der Stimm-Exspektanz an die Stimm-Performanz und/oder die erreichte Vergrößerung der Stimm-Akzeptanz bedeuten für die therapeutischen Partner ein erfolgreiches Bemühen. Das äußert sich immer auf Seiten des Patienten/Klienten in einem Gefühl größerer Zufriedenheit. Bei Erreichung der angestrebten Zufriedenheit („Ich bin eigentlich zufrieden“) ist Konsens darüber herzustellen, ob die Therapie beendet werden kann.

Deutsche Gesellschaft
für Sprachheilpädagogik e.V.

[illegible]

Tagungsort: Universität Hamburg
Von-Melle-Park, 20146 Hamburg

Tagungsprogramm:

Donnerstag, 6.10.1994

- 09.30 Uhr – 11.00 Uhr: Eröffnung des Kongresses im Auditorium Maximum der Universität Hamburg
- 11.30 Uhr – 13.00 Uhr: Einführungsvortrag
- 14.30 Uhr – 16.00 Uhr } Vorträge – Arbeitskreise – Diskussionen zum Kongreßthema –
16.30 Uhr – 18.00 Uhr } Materialien- und Medianausstellung

Freitag, 7.10.1994

- 09.00 Uhr – 10.30 Uhr: Einführungsvortrag
- 11.00 Uhr – 13.00 Uhr } Vorträge – Arbeitskreise – Diskussionen zum Kongreßthema –
14.30 Uhr – 16.00 Uhr } Materialien- und Medianausstellung
16.30 Uhr – 18.00 Uhr }

Samstag, 8.10.1994

- 09.30 Uhr – 10.30 Uhr: Einführungsvortrag
- 11.00 Uhr – 12.30 Uhr: Vorträge – Arbeitskreise – Diskussionen zum Kongreßthema –
Materialien- und Medianausstellung
- 13.00 Uhr – 14.00 Uhr: Abschluß-Diskussion

Referenten:

Donnerstag, 6.10.1994

- 09.30 Uhr – 11.00 Uhr: Eröffnung
Phänomene erkennen
- 11.30 Uhr – 13.00 Uhr: Einführungsvortrag Prof. Dr. Ernst Begemann:
Sprache: individuell spezifische und doch auch gemeinsame
Lebenswirklichkeit und tradierte Kultur
- 14.30 Uhr – 16.00 Uhr und
16.30 Uhr – 18.00 Uhr: – Dr. Erwin Breitenbach:
Unsere Kinder werden immer auffälliger – subjektiver Eindruck
oder Realität?
- Elisabeth Mall:
Veränderungen der Sozialisationsbedingungen von Heran-
wachsenden

- **Dr. Arno Deuse:**
Strukturwandel der Familie, veränderte Kindheit und Jugend:
Brauchen wir eine neue „Ganzheitlichkeit“ in der Sprach-
heilpädagogik?
- **Dr. Bodo Lecke:**
Mediennutzung versus Leseförderung – kontrovers oder kom-
plementär?
- **Prof. Dr. Ernst Schaak:**
Mediatisierung der kindlichen Lebenswelt
- **Harald Düsterbeck / Katinka Sprengel:**
Pädagogische Konflikte in der Schule lösen – der systemische
Ansatz
- **Prof. Dr. Hans Hielscher:**
Veränderungen und Konstanten des Spielverhaltens von Kin-
dern in Abhängigkeit von Zeit und Raum
- **Dr. Ingrid Gogolin:**
Kinder verschiedener Sprachen und Kulturen lernen gemein-
sam
- **Annette Kracht / Prof. Dr. Alfons Welling:**
Von den Phänomenen zum Konzept: Migration und Zweispra-
chigkeit: Ein Aufgabenfeld für die Sprachbehindertenpädago-
gik
- **Prof. Dr. Ernst Begemann:**
Sprache des je einzigartigen Menschen: Eigenart und Erweite-
rung, Teilsein der Mitwelt, Bewußtsein als Teilnehmen und
Selbstwahrnehmung
- **Dr. Inge Flehmig:**
Der Zusammenhang zwischen Sprache und Bewegung
- **Prof. Dr. Rainer Hoehne:**
Neurophysiologische Grundlagen der Psychomotorik
- **Prof. Dr. Karl-Heinz Jetter:**
Aspekte der psychomotorischen Diagnostik
- **Inge Holler-Zittlau:**
Strukturbedingte Auswirkungen unterschiedlicher Organisa-
tionsformen von Unterricht auf das Sprach-, Lern- und Sozial-
verhalten sprachauffälliger Schüler und Schülerinnen

Freitag, den 7.10.1994

09.00 Uhr – 10.30 Uhr:

Wege suchen

Einführungsvortrag:

N.N.

11.00 Uhr – 13.00 Uhr:

- **Dr. Claus Nowack:**
Gesprächsverhalten in Konfliktsituationen mit Hilfe von Konzepten aus der Transaktionsanalyse
- **Prof. Dr. Hans Josef Tymister:**
Beratung mit Eltern und ihren sprachbehinderten Kindern
- **Prof. Dr. Jörg Schlee:**
Umgang mit verhaltensauffälligen Schülern
- **Dr. Monika Hartig-Gönnheimer:**
Affektiv-emotionale Entwicklung und Sprachbehinderung
- **Dr. Erika Gaumer:**
Rhythmisch-musikalische Übungen mit sprachgestörten Kindern – unter Berücksichtigung des spielpädagogischen Aspektes
- **Christa Endter-Damm:**
Sprachförderung durch Musik
- **Marie-France Peritz-Favre:**
Die Erfahrungen, die ein Kind mit sich und der Umwelt machen muß, um bereit zu sein, „irgendwann“ sprechen zu lernen
- **Ingelid Brand:**
Förderung der Wahrnehmung bei Integrationsstörungen
- **Susanne Codoni:**
Ganzheitlich orientierte Sprachheilarbeit auf der Basis neurophysiologischer Konzepte
- **Ingrid Olbrich:**
Praxis und Theorie einer gestalthaften psychomotorischen Förderung und Therapie bei Kindern mit Sprachstörungen
- **Dr. Stephan Baumgartner:**
Sprachheilende Interaktion in der pädagogischen Moderne
- **Giselher Gollwitz:**
Das Kind wird sprachlich in der Begegnung – Wege einer dialogischen Ausdrucksförderung
- **Ulrike Bunzel-Hinrichsen:**
Das orofaciale Therapiekonzept in der Sprachtherapie
- **Dietrun Freiesleben:**
Myofunktionelle Therapie bei sprachbehinderten Kindern

14.30 Uhr – 16.00 Uhr und

16.30 Uhr – 18.00 Uhr:

- **Dr. Detlef Hansen:**
Diagnostik und Therapie bei Dysgrammatismus
- **Gerd Jacobsen:**
Die koordinierte Stotterkontrolle

- **Marlies Siefken / Gernot Wiederholt:**
Behandlung des Stotterns bei Schulkindern ab dem 10. Lebensjahr
- **Uwe Pape:**
Behandlung des Stotterns von Jugendlichen
- **Dr. Jochen Pahn:**
Behandlung von Stimmstörungen
- **Dr. Volker Eggeling:**
Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten – Probleme ihrer Sozialisation, Diagnostik und Behandlung spalttypischer Symptomatik
- **Dr. Luise Lutz:**
Grundlagen, Diagnose und Behandlung der Aphasie
- **Ursula Braun / Monika Wetzel:**
Unterstützte Kommunikation für Nichtsprechende
- **Margarete Saatweber:**
Atmung, Stimme, Bewegung – notwendige Voraussetzungen für eine ganzheitliche Sprachtherapie in der heutigen Zeit
- **Dr. Mike Roth:**
Computer in der Sprachtherapie
- **Susanne Codoni:**
Praktische Umsetzung der (im Vortrag) präsentierten konzeptionellen Ausführungen
- **Prof. Dr. Iris Füssenich:**
Störungen des Schriftspracherwerbs
- **Dr. Sigrun Richter:**
Störungen beim Schriftspracherwerb – Vorhersage und Intervention
- **Renate Hackethal:**
Kindern mit Sprachbehinderungen und Wahrnehmungsschwächen den Zugang zur Rechtschreibung über Schwierigkeitsstufen ermöglichen
- **Ulrike Marx / Gabriele Steffen:**
Mehrdimensionales Lernen im handlungsorientierten Stationsverfahren
- **Christel Rosenkranz:**
Rechnen mit Zahlenbildern
- **Prof. Dr. Jürgen Teumer:**
Reflexionen über die Anfänge des Sprachheilwesens in Hamburg – wirklich nur eine Erfolgsstory?

Sonnabend, den 8.10.1994

Wege gehen

09.30 Uhr – 10.30 Uhr:

Einführungsvortrag

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt:

Perspektiven in der sprachheilpädagogischen Arbeit

11.00 Uhr – 12.30 Uhr:

– **Dr. Herbert Günther:**

Organisation und inhaltliche Ausgestaltung des Förderzentrums für Sprachbehinderte unter dem Aspekt der Sprach-, Lern- und Spielschule

– **Gerd Hinrichs-Hüsing:**

Zusammenarbeit zwischen Sprachheilschule und Grundschule vor dem Hintergrund der Komplexität der Behinderung und der Integrationsdiskussion

– **Karin Tepp:**

Bieten die „Hamburger“ Integrativen Regelklassen eine Alternative zur Sprachheilschule?

– **Karla Wiechmann:**

Sprachauffällige Kinder in der Regelschule – ein Arbeitsgebiet der Sprachheilschule Bremen-Stadt

– **Dr. Roswitha Romonath:**

Zur integrativen sprachtherapeutischen Förderung sprachgestörter Kinder im Schulsystem der USA

– **Reiner Bahr:**

Sprache selbst entdecken – Möglichkeiten der (Sprach-)Entwicklungsförderung im Phantasie- und Bauspiel

– **Christel Kruse:**

Inszenierung kommunikativer Sprachlernsituationen im Rahmen einer mehrdimensionalen Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Vorklassenkindern

– **Prof. Dr. Alfons Welling / Ulrich von Knebel:**

Von den Phänomenen zum Konzept: Stammeln als phonetische und phonologische Entwicklungsstörung

– **Dr. M. Wittrock:**

Verhaltensstörungen an Sprachheilschulen – zu den Hintergründen in der veränderten Kindheit heute und zu möglichen Antworten durch veränderte Unterrichtsgestaltung

– **Prof. Dr. Karl-Dieter Schuck:**

Zum Erfordernis der Professionalisierung sprachbehindertenpädagogischer Tätigkeit in einer sich wandelnden Schule

– **Prof. Dr. Jürgen Teumer:**

Studium und Ausbildung von Sprachheilpädagogen

– **Dr. Uwe Förster:**

Ambulante Sprachtherapie außerhalb der Ambulanz – Möglichkeiten und Grenzen sprachheilpädagogischer Arbeit in verschiedenen Institutionen

13.00 Uhr – 14.00 Uhr:

Abschlußdiskussion

N.N.

Änderungen vorbehalten!

Informationen:

A. Kongress-Anmeldung

Tagungsbeitrag: bei Voranmeldung bis 1.9.1994

Tageskasse

Mitglieder:	DM 165,-	DM 195,-
Nichtmitglieder:	DM 270,-	DM 300,-
Studenten/Referendare	DM 85,-	DM 105,-
Mitglieder aus den NBL:	DM 145,-	DM 175,-
Nichtmitglieder aus den NBL:	DM 210,-	DM 240,-
Tageskarte:	—	DM 80,-

Der Tagungsbeitrag beinhaltet die kostenlose Benutzung aller öffentlichen Verkehrsmittel des HVV (Bus & Bahn) im Zeitraum vom 6. – 8.10.1994. Ihre Fahrkarte erhalten Sie bei Aushändigung Ihrer Tagungsunterlagen im Tagungsbüro.

Tagungsbüro:

Mi. 05.10.94:

von 09.00 bis 11.00 Uhr während der Delegierten-Versammlung (Mozartsäle/Provinzial Loge) und ab 18.00 Uhr während des Begrüßungsabends (Koppel)

Do. 06.10.94:

von 08.30 Uhr in der Universität Hamburg – Von-Melle-Park

Fr. 07.10.94:

von 08.30 Uhr (wie Do.)

Sa. 08.10.94:

von 08.30 Uhr (wie Do.)

Veranstalter:

dgs-Landesgruppe Hamburg

Volker Plaß

Gryphiusstraße 3

22299 Hamburg

Tel: (040) 48 38 52 Fax: 48 86 67

Anmeldung an:

Loka & Partner GmbH

Paul-Sorge-Str. 140

22455 Hamburg

Tel: (040) 551 0000

Fax: 552 4486

Tagungskonto:

Loka & Partner GmbH

„dgs-Kongreß“

M.M. Warburg Bank (Hamburg)

Konto: 000/280 801

BLZ: 201 201 00

Zahlungsanweisungen:

Bitte Ihren Namen angeben!

Bei Auslands-Schecks oder Überweisungen wird eine Gebühr von DM 20,- erhoben, um Bankspesen auszugleichen.

Wir bitten um Verständnis!

Anmeldung erfolgt durch Einsendung des Anmeldeformulars an Loka & Partner GmbH und Überweisung des Tagungsbeitrages / Kennwort „dgs-Kongreß“ – mit Angabe Ihres Namens – auf das Tagungskonto bis zum 1.9.1994.

B. Unterkunfts-Vermittlung

Hinweise zu Pensions- und Hotelreservierungen

Anmeldefrist: 15.7.1994

Zahlungseingang bis 1.8.1994

Oktober ist Hauptreise- und Kongreßzeit in Hamburg. Zimmerkontingente sind für dgs-Kongreßteilnehmer reserviert, aber das Angebot an preiswerten Zimmern in Hamburg ist begrenzt. **Also, gleich reservieren mit dem Anmeldeformular!**

Nach Einsendung der Anmeldung wird Ihnen eine **Reservierungsbestätigung / Rechnung** für die erste Übernachtung zuzügl. Vermittlungsgebühr (DM 10,- pro Zimmer) zugesandt. **Zimmerbestellungen haben erst Gültigkeit nach Eingang des Rechnungsbetrages bis spätestens 1.8.94 auf das Tagungskonto.**

Nicht bezahlte Zimmer werden storniert. Wir bitten um Verständnis!

Nach Zahlungseingang wird Ihnen ein **Reservierungsgutschein (Voucher)** zugesandt. Der Gutschein wird im Hotel beim Check-in vorgelegt. Hotelrestkosten werden direkt bei der Abreise im Hotel bezahlt.

Nach dem 1.8.1994 müssen sich „Spätanmelder“ selbst um ihre Zimmerreservierungen kümmern.

Stornierungen / Änderungen müssen schriftlich (auch per Telefax) bei der Kongreß-Agentur Loka & Partner erfolgen, mindestens 2 Tage vor Ankunft. Bei Stornierungen kann eine Rückerstattung der Zimmer-Anzahlung (abzüglich Bearbeitungsgebühr DM 25,-) erst nach dem Kongreß erfolgen.

No-shows (Nicht-erscheinen) bedeutet Verzicht auf Rückerstattung.

Pauschal-Unterkunft – nur für den Gesamtzeitraum 6.-8.10.94

Unterkunft in der **Deutsch-Dänischen Akademie** (32 Betten in Hamburg-Horn) und im **Elsa Brandström-Haus** (17 Zimmer im Vorort Blankenese) kann nur für den gesamten Zeitraum 6.-8.10.94 pauschal gebucht werden (einfache Zimmer ohne Telefon/Etagendusche/WC). Der ausgeschriebene Preis beinhaltet eine Reservierungsgebühr von DM 15,- pro Bett.

Deutsch-Dänische Akademie: 6.-8.10.94 Pauschalpreis incl. Frühstück,

1 Bett im 2-Bettzimmer	DM 175,-
------------------------	----------

Elsa Brandström-Haus: 6.-8.10.94 Pauschalpreis incl. Frühstück

1 Bett im Doppelzimmer	DM 175,-
------------------------	----------

2-Bett-Zimmer zur Alleinbenutzung	DM 209,-
-----------------------------------	----------

Jugendherberge:

50 Betten in Mehrbett-Zimmern sind im **Jugendgästehaus Horner Rennbahn** für dgs-Teilnehmer reserviert. Eine Fotokopie Ihres Deutschen Jugendherbergsausweises muß der Anmeldung beigelegt werden. Der ausgeschriebene Preis beinhaltet eine Reservierungsgebühr von DM 15,- pro Bett. Der Pauschalpreis incl. Frühstück vom 6.-8.10.94 beträgt DM 70,- pro Bett.

C. Rahmen-Veranstaltungen

Dienstag, 4.10.1994

- 14.30 Uhr:** Geschäftsführender Vorstand / Hotel Baseler Hof
15.30 Uhr: Hauptvorstand / Hotel Baseler Hof (Esplanade 11)

Mittwoch, 5.10.1994

- 10.00 Uhr:** Delegiertenversammlung / Mozart-Säle, Provinzial Loge (Moorweidenstraße 86)
C1 19.00 Uhr: **Begrüßungsabend in der „Koppel“** (Eingänge Koppel 66 oder Lange Reihe 75)
Klönschnack mit Live-Musik in der Galerie-Werkstatt des Fördervereins für Kunst und Handwerk. Für Getränke und Verpflegung ist gesorgt; Bezahlung vor Ort. Um besser planen zu können, bitten wir um Anmeldung (C1 ankreuzen auf dem Anmeldeformular).

Donnerstag, 6.10.1994

- C2 20.00 Uhr:** „CATS“ – Musical von Andrew Lloyd Webber im Operettenhaus; Karten 95,-/115,- DM
C3 20.00 Uhr: „Phantom der Oper“ Musical von Andrew Lloyd Webber im Neuen Flora Theater / Karten 115,-/140,-/155,- DM
C4 ca.19.00 Uhr: „Trilogie M.R.“ – Ballett nach Werken von Maurice Ravel choreographiert von John Neumeier/Hamburger Staatsoper; Karten ca. 85,- DM zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr (genauer Preis und Zeit stehen ab April fest)

Freitag, 7.10.1994 – Theater-Abend

- C5 ca. 20.00 Uhr:** „Stepping Out“ im Winterhuder Fährhaus – Komödie und Stepptanz-Musical von Richard Harris / Karten 36,-/41,- DM zzgl. 10 % Vorverkauf
C6 ca. 20.00 Uhr: „La Cage aux Folles“ im neuen Delphi-Theater / Karten 76,- DM zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr
C7 ca. 20.00 Uhr: **Plattdeutsches Theater im Ohnsorg-Theater** (Spielplan erst ab Juni bekannt). Karten ca. 25,- bis 35,- DM zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr

D. Tour-Programm

Stadt- und Hafenrundfahrt ab/an Tagungsort. Führung mit **Bus & Barkasse** durch die City, den Hamburger Hafen und die Speicherstadt. Preis pro Person DM 40,- (Mindestteilnahme 30 Personen)

- D1** Do. 6.10.94 von 13.15 – 16.00 Uhr
D2 Fr. 7.10.94 von 13.15 – 16.00 Uhr
D3 Sa. 8.10.94 von 13.00 – 16.00 Uhr

Besuch des Hamburger Schulmuseums

Lehrwerkstatt Hamburger Schulgeschichte von der Kaiserzeit bis heute. Nur in kleinen Gruppen von 20 Personen möglich. 2 Sonderführungen. Treffpunkt Museumseingang – Neustädterstr. 60. Preis pro Person DM 7,- (Mindestteilnahme 15 Personen)

D4 Do. 6.10.94 von 14.00 Uhr – 15.30 Uhr

D5 Fr. 7.10.94 von 14.00 Uhr – 15.30 Uhr

NDR-Studios in Hamburg-Lokstedt: Bei dieser Führung werden die wesentlichen Bestandteile der Produktionen in den Studios gezeigt und erläutert. Preis pro Person DM 30,-.

D6 Do. 6.10.94 von 12.45 Uhr – 16.00 Uhr ab/an Tagungsort

Lübeck – „Königin der Hanse“ – Ganztagestour nach Lübeck zur Renaissance Hansestadt mit über 1000 Gebäuden unter Denkmal-Schutz. Incl. Transport ab/an Tagungsort, Führung in Lübeck (excl. Mittagessen) Preis DM 50,- pro Person (Mindestteilnahme 30 Personen)

D7 Fr. 7.10.94 von 10.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Staatsoper-Führung – eine faszinierende Tour mit Blick hinter die Kulissen. Treffpunkt: Bühneneingang Staatsoper, Preis pro Person DM 10,- (begrenzt auf 25 Personen)

D8 Fr. 7.10.94 von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Alsterrundfahrten und Alsterkanalfahrten starten mehrmals täglich ab Jungfernstieg-Alsterschiffsanleger. Informationen erhalten Sie am Touren-Counter im Tagungsbüro.

Hinweis zur Vorbestellung von Theaterkarten und Touren

Anmeldefrist: 15.7.1994

Zahlungseingang bis 1.8.1994

Wir haben für Sie Karten – bitte treffen Sie Ihre Wahl! Kartenbestellungen können mit dem anhängenden Anmeldeformular vorgenommen werden. Nach Eingang wird Ihnen eine Bestätigung/Rechnung zugesandt. Nach Zahlungseingang erhalten Sie einen Gutschein. Im **Tagungsbüro** (Touren-Counter) erhalten Sie gegen Vorlage des Gutscheins die Originalkarten.

Der Spielplan für das Ohnsorgtheater (Plattdeutsch) ist erst im Juni erhältlich. Bei Interesse ankreuzen, wir schicken Ihnen den Spielplan zu.

Vorbestellte Karten können nicht zurückgegeben werden (Bedingungen der Theater).

Nichtbezahlte Reservierungen werden storniert.

**XXI. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs
6.-8.10.94 in Hamburg**

Anmeldung zum Kongreß
– mit Unterkunft bis 15.7.1994 einsenden!!
– ohne Unterkunft bis 15.9.1994 einsenden!!

A. Kongreß-Anmeldung

- 1. Füllen Sie bitte dieses Formular vollständig aus und senden es an:**

Loka & Partner GmbH – dgs Kongreß
Paul-Sorge-Straße 140
22455 Hamburg

Tel: (040) 551 0000
Fax: (040) 552 4486

- 2. Tagungsbeitrag bei Voranmeldung**

Mitglieder: DM 165,-

Nichtmitglieder: DM 270,-

Mitglieder NBL: DM 145,-

Nichtmitglieder NBL: DM 210,-

Studenten / Referendare:

DM 85,-

Nach dem 15. 9. 94 ist die Voranmeldung nicht mehr möglich. Danach Anmeldung nur noch im Tagungsbüro.

Als Kongreßteilnehmer werden Sie **nach Eingang Ihres Tagungsbeitrages registriert** und erhalten eine Teilnahmebestätigung. Gegen Vorlage dieser Bestätigung erhalten Sie Ihre Tagungsunterlagen im Tagungsbüro.

- 3. Teilnehmer (bitte in Druckbuchstaben):**

Herr/Frau Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

- 4. Überweisen Sie den Tagungsbeitrag bis spätestens 15.9.94 auf das Tagungskonto:**

Loka & Partner GmbH / Stichwort „dgs-Kongreß“

(Teilnehmername unbedingt auf Überweisung eintragen!)

M.M.Warburg Bank (Hamburg) Konto: 000/280 801 BLZ 201 201 00

Wichtig: Für Zahlungen aus dem Ausland (Scheck oder Überweisung) bitte DM 20,- zusätzlich für Bankspesen anweisen!

B. Unterkunftsvermittlung unbedingt bis 15.7.94 einsenden!

(Reservierungsbedingungen beachten)

Hotel und Pensionen: Ich bestelle verbindlich (Anzahl Zimmer angeben!)

___ Einzelzimmer ___ Doppelzimmer **Anreise:** __.10.94 **Abreise:** __.10.94 **Nächte:** __

Hotel-Kategorie ankreuzen

Einzelzi.

Doppelzi.

1 ☐ pro Nacht ab ca.

90 DM

120 DM

Falls gewünschte Kategorie

2 ☐ pro Nacht ab ca.

130 DM

190 DM

ausverkauft:

3 ☐ pro Nacht ab ca.

175 DM

230 DM

Alternativkategorie (Nr.): __

4 ☐ pro Nacht ab ca.

250 DM

310 DM

Nicht buchen: __

Pauschalangebote siehe umseitig!

Pauschal-Unterkunft 6.-8.10.94 – incl. Frühstück

- 5 Jugendherberge _____ Betten à 70 DM (Herbergsausweis-Kopie beifügen)
6 Dt.-Dänische Akademie _____ Betten à 175 DM
7 Elsa-Brandström-Haus _____ Betten à 175 DM _____ 209 DM (Einzelzimmer)

C. Rahmenveranstaltungen – Vorbestellung bis 15.7.94 anmelden

Ich bestelle Karten für folgende Veranstaltungen:

C1 Mi. 6.10.94 Begrüßungsabend Koppel: Ich nehme teil mit _____ Personen

C2 Do. 7.10.94 „CATS“/Operettenhaus
_____ Karten à 95 DM _____ Karten à 115 DM gesamt DM _____

C3 Do. 7.10. „Phantom der Oper“/Neue Flora
_____ Karten à 115 DM _____ Karten à 140 DM _____ Karten à 155 DM gesamt DM _____

C4 Do. 7.10.94 „Trilogie M.R.“ Ballett/Staatsoper
_____ Karten à 85 DM (zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr) gesamt DM _____

C5 Fr. 8.10.94 „Stepping Out“ Winterhuder Fährhaus
_____ Karten à 36 DM _____ Karten à 41 DM
(zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr) gesamt DM _____

C6 Fr. 8.10.94 „La Cage aux Folles“ Delphi Dinner-Theater
_____ Karten à 76 DM (zzgl. 10 % Vorverkaufsgebühr) gesamt DM _____

C7 Fr. 8.10.94 Ohnsorg Theater (von 10 DM bis 39 DM)
Ich bin interessiert – schicken Sie mir einen Spielplan ☐

Falls die gewünschte Kategorie ausverkauft ist:

Eine andere buchen ☐ Nicht buchen ☐

D. Tour-Programm Voranmeldung bis 15.7.94

D1 Stadt- und Hafenrundfahrt	Do. 6.10.94	_____ Personen à DM 40,-	gesamt DM _____
D2 Stadt- und Hafenrundfahrt	Fr. 7.10.94	_____ Personen à DM 40,-	gesamt DM _____
D3 Stadt- und Hafenrundfahrt	Sa. 8.10.94	_____ Personen à DM 40,-	gesamt DM _____
D4 Hamburger Schulmuseum	Do. 6.10.94	_____ Personen à DM 7,-	gesamt DM _____
D5 Hamburger Schulmuseum	Fr. 7.10.94	_____ Personen à DM 7,-	gesamt DM _____
D6 NDR Studio-Tour	Do. 6.10.94	_____ Personen à DM 30,-	gesamt DM _____
D7 Lübeck-Tour	Fr. 7.10.94	_____ Personen à DM 50,-	gesamt DM _____
D8 Staatsoper-Tour	Fr. 7.10.94	_____ Personen à DM 10,-	gesamt DM _____

Nähere Informationen zu den Punkten A-D entnehmen Sie bitte dem Programm.

Wichtig: Bezahlen sie Ihre Hotelreservierungen (B) und Sonderleistungen (C+D) erst nach Erhalt der Rechnung!!

Datum/Unterschrift: _____

4. Ziel der Stimmtherapie

Der Zugang zu einer patientenbezogenen Stimmtherapie erfolgt über den Begriff der Zufriedenheit des Stimmgestörten. Zufriedenheit ist ein Konglomerat verschiedenster Gefühlszustände und -prozesse, in deren Zusammenspiel sich eine gewisse Eutonie aufbaut gegenüber den kognitiven Dissonanzen zwischen Ist und Soll. Zufriedenheit ist Zustand, Prozeß und handlungsleitendes Ziel zugleich. Zum Zwecke der Verringerung der Unzufriedenheit des Patienten/Klienten gilt es, mit ihm über den Plan des Aufbaus seiner Zufriedenheit nachzudenken, einige der vielen Teile, die sein Zukunftsganzes ausmachen können, zu eruieren und das therapeutisch darauf hinführende Machbare anzustreben. Das bedeutet praktisch, von der Beantwortung der Frage: Was kann den Patienten/Klienten zufriedener machen? jedwede Planung, Handlungszielsetzung und durchgeführte Maßnahme in der Therapie abhängig zu machen. Ziel stimmtherapeutischer Handlung ist die Vergrößerung der Zufriedenheit des Patienten/Klienten mit seiner Stimme in der Kommunikation.

5. Maßnahmen in der Dynamischen Stimmtherapie

5.1 Das Gespräch

Zur An- und Aussprache von Sachinformationen, Empfindungen und Gefühlen steht das Gespräch als wesentliches phonopädisches Instrument zur Verfügung. Das Gespräch dient der angemessenen Bewältigung momentan auftretender Fragestellungen sowie erlebter Konfliktlagen. Das Gespräch über die eigene Situation hat eine entlastende und somit psychohygienische Wirkung.

Das exploratorische Gespräch dient der intentionalen Exploration. Es vollzieht sich in Form einer gezielten Befragung mit enger oder offener Fragestellung (z.B. Hatten Sie in der letzten halben Stunde Schmerzen? Was alles haben Sie im Rahmen des Übungsprogramms durchführen können?) und in Form gezielter oder offener Impulssetzung mit Aufforderungscharakter (z. B. Ich vermute, Sie haben in der vergangenen Woche einige wichtige Beobachtungen anstellen können; Sie meinen damit,

daß man Ihnen Unrecht tut?!). Der Patient/Klient empfindet die gezielte Impulssetzung als verbindlich und persönlich, weil der Therapeut damit neben Verständnis auch Interesse an der Problematik und an der Person des Patienten/Klienten signalisiert. Das setzt neue Ich-Steuerungen beim Patienten/Klienten in Gang, die sich später in bereitwilligen, spontanen Sprachäußerungen widerspiegeln. Der Therapeut läßt den Patienten/Klienten weitestgehend frei berichten.

Das phonopädisch-psychagogische Gespräch soll positive Lernvorgänge beim Patienten/Klienten einleiten und unterstützen. Es dient dazu, eine Veränderung im Gefüge der Konstituenten Stimm-Performanz, Stimm-Expektanz und Stimm-Akzeptanz herbeizuführen und grenzt sich gegenüber psychotherapeutischer Intervention im medizinisch-psychiatrischen und psychologischen Bereich ab. Das phonopädisch-psychagogische Gespräch konkretisiert sich als Informationsgespräch, dialogisches Gespräch und als Entlastungsgespräch. Das Informationsgespräch zielt auf eine Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen durch Erweiterung des Wissens über bestimmte Gegebenheiten. Neues Wissen induziert Eigenaktivität des Patienten/Klienten im Sinne aktiver Auseinandersetzung mit der eigenen Stimmproblematik.

Das dialogische Gespräch (gegenseitiges Mitteilen von Wissen, Eindrücken, Erfahrungen und Meinungen) zielt primär auf Verständigung zwischen den therapeutischen Partnern und auf das Verstehen von Sachzusammenhängen, welches zu Veränderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen des Patienten/Klienten führen kann. Es intendiert in den Arbeitsbereichen die tiefergehende Exploration der Störungskonstituenten, den Aufbau neuer Erkenntnisse, Einsichten und Überzeugungen hinsichtlich des Stimm-einsatzes in der Kommunikation, eine veränderte Beurteilung der Stimm-Expektanz und eine neue Einstellung gegenüber dem Einsatz alternativer Kommunikationsstrategien sowie eine bessere Bewältigung der bisher als Belastung empfundenen Interaktionsweisen.

Das Entlastungsgespräch stellt dem Patienten/Klienten ausreichend Raum zur Verfü-

gung, über die ihn im Augenblick der Therapie belastenden Gegebenheiten zu sprechen. Es wirkt entspannend.

5.2 Übungen zur Erarbeitung und Bewußtmachung der Stimmgebung (Atemübungen, Stimmfunktionsübungen)

Erarbeitung der Diaphragmaatmung als wesentliche Voraussetzung für eine ökonomische Phonation: Die Diaphragmaatmung hat sich in der Praxis als schnell erlernbares Verhalten erwiesen. Über einfache Lernschritte wird die bewußte Wölbung der Bauchdecke ermöglicht, wodurch mittelbar das unsensible Zwerchfell willentlich mitinnerviert wird. Das wiederholte, bewußte Innervieren der Bauchmuskulatur schleift sich als physiologischer Vorgang ein. Dadurch werden pathologische Atemmuster (z.B. extreme Hochatmung mit vielfältigen Verspannungs- und Ermüdungserscheinungen) gelöscht. Wir unterscheiden die unbewußte Zwerchfellatmung von der aktiven. Die unbewußte Atmung wendet der Organismus im tiefen Ruhezustand, also im Schlafzustand an. Er folgt dabei dem Prinzip der Ökonomie, das besagt, daß das Verhältnis zwischen Energieaufwand und Nutzeffekt optimal sein muß. Die unbewußte Ruheatmung über das Zwerchfell verzehrt weniger Energie als jede Mischform oder die Hochatmung. Der Atemlernprozeß, der mit ersten Informationen über die Atmung beginnt und sich bis zur automatisierten Diaphragmaatmung im Alltag erstreckt, läßt sich grob in vier Phasen gliedern:

1. Phase: Erarbeitung der bewußten Hebung der Bauchdecke.
2. Phase: Hebung der Bauchdecke verbunden mit der Inspiration.
3. Phase: Erarbeitung eines sinnvollen Ein- und Ausatemrhythmus, auch in Verbindung mit Stimmgebung und Sprechen.
4. Phase: Transfer der Diaphragmaatmung in das Alltagsgeschehen (nähere Ausführungen dazu siehe in Middeldorf 1987 b). Die automatisierte Anwendung der Diaphragmaatmung kann bereits nach vier bis sechs Wochen erreicht sein.

Erarbeitung physiologisch möglicher Kehlkopfmuskelfunktionen: Ziel der Erprobung physiologischer Möglichkeiten einer besseren Phonation ist das günstige Zusammenspiel von Atmung und Kehlkopffunktion bei neuer, verbesserter Stimmgebung. Bei funktionell bedingter Stimmstörung muß von einem eingeschliffenen Fehlverhalten im Funktionskreis Stimme ausgegangen werden. Dies kann durch gezielte Beeinflussung verändert und durch günstigeres Verhalten ersetzt werden. Bei organisch bedingten Stimmstörungen ist in der Erprobungsphase zu beachten, daß bei Fehlen von Organteilen, bei Läsionen und bei erkennbarem, durch das organische Defizit hervorgerufenen Fehlverhalten der Aufbau eines neuen Verhaltens innerhalb des Funktionskreises Atmung-Stimme-Artikulation erreichbar ist, was ein günstigeres Stimmprodukt zur Folge hat. Zunächst werden verschiedene Phonierungsweisen auf bessere Phonation hin erprobt. Es werden – auch in Verbindung mit den u.U. bereits erarbeiteten Atemübungen – auf dem Ausatemvorgang bei möglichst gleichbleibender Ausatemintensität Stimmproduktionen unter verschiedenen Einstellungen im Ansatzrohr vorgenommen (nähere Ausführungen dazu siehe in Middeldorf 1987 b).

Bewußte Verbindung der Atemübungselemente mit Stimmbildungsübungen: Die erlernten, neuen Atemvorgänge müssen mit der veränderten Stimmgebung verknüpft werden. Beide Funktionsabläufe vereinigen sich schließlich zu einer neuen Funktionseinheit, welche bei häufiger Anwendung dann große Beständigkeit aufweist. Es werden die bereits bekannten Übungsfolgen (Expiration auf den Konsonanten, Phonieren auf den Vokalen, Reihensprechen, Lesen usw.) nun dahingehend erweitert, daß die Dosierung des Luftstroms über die Bauchmuskulatur bei gleichzeitiger Anwendung der als günstig beurteilten Phonierung erfolgt. In weiteren Arbeitsphasen wird die Stimmverwendung beim Reihensprechen, Lesen, Übungsgespräch, Gespräch im privaten Bereich usw. auf der Grundlage der Diaphragmaatmung geübt und später immer wieder stichprobenartig daraufhin überprüft. Das Atemverhalten muß in dieser Therapiephase bereits ein solch hohes Maß an Verselbständigung besitzen, daß die

erwünschte Atmung bei Verminderung der bewußten Konzentration des Patienten/Klienten darauf und bei Hinwendung auf neue stimmbildnerische Aufgaben ihr erwünschtes Profil behält.

Einsatz einzelner Phonierungsweisen zur Kräftigung und Funktionsschulung der Kehlkopfmuskeln: Grundsätzlich gilt, daß alle Dysfunktionen in der Stimmbildung – seien sie kausal, seien sie konsekutiv – Schwächungen der inneren Kehlkopfmuskulatur nach sich ziehen. Daher sind in den meisten Fällen Stimmfunktions- und -kräftigungsübungen angezeigt, die, je nach Status der Störung, mit Entspannungsübungen im Funktionskreis Stimme und/oder mit Übungen zur Anwendung der günstigen Phonation einhergehen. Als Grundregel für den Aufbau von Funktion und Muskelgewebe gilt, daß sich An- und Entspannung in einem ausgewogenen Verhältnis einander abwechseln (laut – leise, hoch – tief, hart – weich usw.); durch dosierte Be- und Entlastung des Stimmorgans kann eine Gesundung und eine langfristige gesunderhaltende Wirkung erzielt werden. Ein wirkungsvoller Aufbau der Kehlkopfmuskeln sowie harmonischer Bewegungsabläufe können schnellstmöglich dann erreicht werden, wenn die Kehlkopfmuskulatur über dosierte Belastungssteigerung – mit sinnvoller Entlastung gepaart – bis zur jeweiligen Grenze der Leistungsfähigkeit beansprucht wird. Zur Aktivierung und Kräftigung der Kehlkopfmuskulatur haben sich folgende Schritte bewährt: Erarbeiten der aktiven Ausatmung, Federungs- und Vokalübungen, Erhöhung der Belastung der M. vocalis sowie der übrigen inneren Kehlkopfmuskeln, operatorische Übungen unter Anwendung der aktiven Ausatmung und der aktiven Zwerchfellatmung (nähere Ausführungen siehe bei Middeldorf 1987 b).

Maßnahmen zum Transfer der „neuen“ Stimmbildung in den alltäglichen Sprechvorgang (Stimm-Performanz): Ziel muß sein, eine intensive Verknüpfung der Stimmbildung mit sprechsprachlicher Kommunikation zu erreichen. Übungen mit Formen sprechsprachlichen Inhalts ermöglichen dem Patienten/Klienten, sukzessiv von der bewußten Stimmbildung abzurücken und sich immer intensiver auf die stimmliche Gestaltung des eigenen

Sprechens zu konzentrieren. Zur Anwendung der „neuen“ Stimme in komplexeren Sprach-einheiten (Stimmverwendung) werden Übungen ausgewählt, die die beruflichen, privaten und gesellschaftlichen Anforderungen an den Patienten/Klienten berücksichtigen. Diese sind Formen des Reihensprechens, des lauten Lesens und des nach Schwierigkeiten gestaffelten Übungsgesprächs (nähere Ausführungen siehe bei Middeldorf 1987 b).

Maßnahmen zum Transfer der „neuen“ Stimmbildung in den alltäglichen Sprechvorgang (Stimm-Performanz): Zur weiteren Vertiefung des gelernten Stimmbildungsverhaltens in Alltagssituationen werden Maßnahmen angewandt, die den Patienten/Klienten an die Stimmbildungsregeln und -muster erinnern, beim Auftreten des alten Verhaltensmusters die Rückkehr in das neue Muster erlauben und/oder störende Einflüsse auf das eigene Stimmbildungsverhalten zurückdrängen. Dazu dienen Signale, Verhaltensregeln für den Partner, „Stimm-Training“, intensive Rückbesinnung auf die Regeln und Prinzipien, Gesprächspartnerwechsel, Situationsmeidung und Neukonfrontation, Reduktion des Sprechanteils, Analyse und Interpretation der momentanen Situation durch genaue Beobachtung, Beschreibung und Beurteilung der Interaktion, Vorstellung, Beschreibung und Einschätzung der bevorstehenden Interaktion und Situationen (nähere Ausführungen siehe bei Middeldorf 1987 b).

Konfrontation mit der eigenen Stimme: Die Wahrnehmung eigener Stimm-Performanz durch den Patienten/Klienten per Video oder Audio-Cassette stellt ein therapeutisch äußerst wirksames Instrument zur Veränderung bzw. Festigung einer bestimmten Stimm-Performanz dar. Bei der Fremdwahrnehmung der eigenen Stimme durch den Patienten/Klienten erfolgt die Konfrontation der beiden Konstituenten Stimm-Performanz und Stimm-Expektanz. Aus der sich plötzlich verdeutlichenden und vom Patienten/Klienten ausgedrückten Diskrepanz zwischen „Wunsch“ und „Wirklichkeit“ können Rückschlüsse gezogen werden in bezug auf das Maß der Stimm-Expektanz und das Maß der Stimm-Akzeptanz sowie auf die Fähigkeit, differenziert hören zu können und Schwächen wie Stärken in der eigenen Stimm-Performanz erkennen zu

können. Die Tonband- und Videoaufzeichnung wird in den meisten Therapien gezielt eingesetzt. Der Einsatz der Geräte ist jederzeit möglich und immer notwendig bei konträren Auffassungen zwischen Patient/Klient und Therapeut in bezug auf die Beurteilung der Stimme. Der Einsatz ist sinnvoll in vielfacher Hinsicht. Das Ton- bzw. Videoband dient als Protokollierungsinstrument in der Exploration, als Objektivierungsinstrument in der Erarbeitung und Kontrolle sowie als Diskussionsgrundlage, als Dokumentationsinstrument zur Verdeutlichung der Therapieprozesse und zur Untermauerung der Therapieergebnisbeschreibung. Das Video wird im Rahmen der patientenbezogenen Intensiv-Stimm- und Sprachtherapie im Logopädischen Rehabilitationszentrum Lindlar (bei Köln) aufgrund der hohen phonopädischen Signifikanz als mittlerweile unverzichtbares Therapieinstrument angesehen, auch bei Eigenversuchen mit der Kamera im Apartment des Patienten.

Das Übungsprogramm: Das Übungsprogramm ist die schriftliche und videografische Zusammenstellung der in der Therapie erarbeiteten Arbeitsinhalte, welche wegen ihrer therapiespezifischen Bedeutung auch außerhalb der Therapiesitzung bearbeitet werden müssen. Das Übungsprogramm entwickelt sich chronologisch analog zum Therapieprozeß. Jedes Programm enthält die in der Therapiesitzung erarbeiteten Übungen und Maßnahmen und zeigt die für den jeweiligen Patienten/Klienten relevanten therapeutischen Schwerpunkte, Aufgabenstellungen und Zielsetzungen (nähere Ausführungen siehe bei Middeldorf 1987 b, 1994).

6. Schluß

Die Dynamische Stimmtherapie hat sich als didaktisches Konzept in der ambulanten Stimmtherapie (siehe Middeldorf 1987 b, 1994) wie auch in der stationären Therapie

bewährt. Meine Kolleg(inn)en und ich praktizieren die Dynamische Stimmtherapie im Rahmen einer 6-wöchigen Stimm-Intensivtherapie, welche in dem neuen Logopädischen Rehabilitationszentrum Lindlar (bei Köln) durchgeführt wird. Hier findet Therapie auch mit Partner statt, wenn gewünscht.

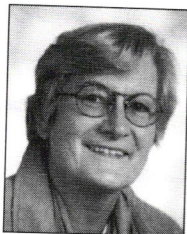
Literatur

- Kobi, E.E.: Grundfragen der Heilpädagogik. Bern, Stuttgart 1982.
- Middeldorf, V.: Die Stimmstörung – ein Phänomen, das drei Konstituenten besitzt. In: *Gundermann, H.* (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Stimmtherapie. Stuttgart, New York 1987 (a).
- Middeldorf, V.: Die Dynamische Stimmtherapie, Köln 1987 (b). (Diss. Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln).
- Middeldorf, V.: Dynamische Stimmtherapie – Das didaktisch-methodische Konzept einer pädagogischen Stimmtherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie, Band 7: Stimmstörungen, Berlin 1994, 172-197.
- Rapp, G.: Aufmerksamkeit und Konzentration. Bad Heilbrunn 1982.
- Roth, H.: Pädagogische Psychologie des Lehrens und des Lernens. Hannover 1967.
- Rogers, C.R.: Lernen in Freiheit. München 1974.
- Tausch, R.: Gesprächspsychotherapie. Göttingen 1970.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Volker Middeldorf
Kämpferstraße 17 – 19
51789 Lindlar

Dr. paed. Volker Middeldorf, Dipl.-Päd., Sprachheillehrer, ist Leiter des seit 1991 existierenden Logopädischen Rehabilitationszentrums Lindlar und Lehrbeauftragter im Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln im Themenschwerpunkt Stimmstörungen und ihre Behandlung.



Gertraud Stelzig, Bad Rappenau

Physiologie, Psychologie und Philosophie der Stimme – atmungsorientiert betrachtet¹

Zusammenfassung

Von hno-ärztlich/phoniatrischer Seite wird, moderner Kommunikationstherapie wegen, über die Einheit von Atem und Stimme nachgedacht. Im Gebäude der lautsprachlichen Kommunikation sind Atmung, Sprechen und Singstimme, Sprache und Sprechen phylogenetisch und ontogenetisch gewachsen. Eine physiologische Betrachtungsweise muß danach fragen, wie sie unwillkürlichen und willkürlichen Bewegungsmustern des menschlichen Organismus entstammen. Engste psychodynamische und -vegetative Ankopplung machen Atem- und Stimmleistung zum wahrhaft „Unbewußten“ der Kommunikation, im einfachen physiologischen wie im übertragenen *Freudschen* Sinn. Eine psychologische Betrachtungsweise der – vorsprachlichen – Stimm-Information inkludiert die Atmung. Wenn Atmung und Stimme Affektprojektion sind, werden sie im gegensinnigen Ansatz Sein und Bewußtsein verändern können. Gedanken aus Physiologie und Psychologie, aus therapeutischer Konzeption führen in kulturgeschichtliche und musiktheoretische Überlegungen.

Die interdisziplinäre Zusammenkunft galt dem Leitthema „Einheit von Atem und Stimme in ganzheitlicher Sicht“. Die Arbeitstagung vereinte die Sprachheilpädagogen der Landesgruppen Niedersachsen und Sachsen-Anhalt der dgs.

Wer sich Störungen der Sprache widmet, therapiert das Miteinander und sammelt Sozialerfahrungen. Die beispielhafte Initiative der Gastgeber, deutsche Integration in der dgs zu leben, gab die Chance, diese aus zwei Staatsformen zusammenzuführen. Sie sollten ausgesprochen und gehört werden. Die Bitte um eine besonders lebhaft Kommunikation enthält die Hoffnung, daß einer vom anderen lernen möge und schon gemachte Fehler sich nicht wiederholen werden.

Therapie von Störungen der Stimme, der Sprache oder des Sprechens – relevante Dauer oder Schwere vorausgesetzt – setzt

immer an einer unverzichtbaren menschlichen Fähigkeit an. Botschaften zu senden, ist eine elementarste Lebensnotwendigkeit, dem Menschen genetisch eingeschrieben, das „Humanum“ an sich.

Einbußen in der lautsprachlichen kommunikativen Leistung gefährden sowohl die private, wie auch die berufliche soziale Integration. Sie ergeben Probleme des Umgangs mit anderen und mit sich selbst.

Therapie kommunikativer Einbußen, welche sie auch im einzelnen sein mögen, wird immer ein Eingriff in komplexe Kommunikationsprozesse sein. Ob es sich um Stottern oder Stimmstörung, Aphasie oder Sprachentwicklungsstörung, in diesem Komplex auch Atemnot handelt – Maßnahmen zur kommunikativen Rehabilitation und vielmehr deren Ergebnis sind auch dann, wenn gesamtkörperlich Behinderung, Multimorbidität, zu bewältigen ist, entscheidend für die erreichte Lebensqualität, vor allem die psychische Gesundheit. Auf den Sektor 'kommunikative Therapie' kommt es im Heilungsprozeß ganz wesentlich an.

Ein Rehabilitationsverfahren wegen Störungen von Atmung, Stimme, Sprache, Sprechen oder auch Schrift muß zum Kontext hinzielen. Es trainiert das Verhaltensrepertoire, die sozialen Fähigkeiten des Kranken, das gesamte Gebäude seiner Sozialisation. So liegen Krankheit und Genesung bei Kommunikationstherapie im Grenzfeld der Disziplinen Heilung und Erziehung/Bildung. Beide sollten ihre besten Erfahrungen dabei vereinigen.

¹ Vorgetragen auf der gemeinsamen Tagung der LG Niedersachsen und LG Sachsen-Anhalt zum Thema 'Die Einheit von Atem und Stimme' vom 14.-16. Oktober 1993 in Hannover.

nen. Mit und ohne Kehlkopf, in normalem oder pathologischem „Fall“: Atmung, Stimme, Sprache, Sprechen sind eine gesamtmedizinische und darüber hinaus *gesamtheitliche Frage*: körperlich, geistig, seelisch und sozial. So wäre hier ganzheitlich im besten Sinn zu interpretieren.

Dahin muß Therapie zielen: die gesamte sozioepidemiologische Identität eines Patienten einschließen, die zur Erkrankung geführt hat, die sich aus der Erkrankung ergibt und die dann – vorübergehend oder dauernd – zusätzlich auf seine Situation zurückwirkt. Verhaltensmodifikation wird es sein, wenn eine Kommunikationsstörung aus besonderer Persönlichkeitsstruktur entstanden ist und/oder hinter ihr primär eine Sozialisationsstörung steckt. So wird es beim großen Komplex der psychogenen A- und Dysphonien sein, so behaupte ich es für die klassische spastische Dysphonie. Und Verhaltensmodifikation wird auch immer nötig, wenn die mit Stimm-, Sprach- oder Sprechstörung vergesellschafteten Einbußen das Aktionspotential und damit die Welt des Erkrankten entscheidend ändern.

Sehr viel wird da nötig und gefordert. Kein Wunder also, daß in einer Anamneseerhebung ein Patient mir einmal heilen und heilig verwechselte auf die Frage, wo er bisher behandelt worden wäre: „Bei einem Sprachheiligen, der Kinder unterrichtet“.

Tatsächlich hat Kommunikationstherapie *physiologische, psychologische und philosophische Akzente*. Sie gibt allerlei zu denken und bedarf individuellen therapeutischen Philosophierens. In Vorbereitung und Aktion, stets in ganz besonders kreativer Weise Befund und Befindlichkeit einerseits und Wissen und Erfahrungen andererseits auswertend, wird sie intensiv denkend nach der Definition des *Aristoteles* wohl oft schon Forschung sein. Als zweite Funktion dient philosophierendes Auswerten dem eigenen Interesse des Therapeuten, hilft bewältigend seinem psychischen und physischen Fortbestand und der individuellen und systemischen therapeutischen Entwicklung.

Bei 30-minütigem Zeitlimit scheint es vermesen, über „*Physiologie, Psychologie und Philosophie der Stimme*“ vorzutragen aus der

Gefahr heraus, in Gemeinplätzen hängen zu bleiben. Ein Tagungsthema „Einheit von Atem und Stimme“ drängt dem Phoniater hier doch grundlegende Überlegungen aus allen drei Wissenschaftskategorien auf. Sie ließen sich in der Einführung nicht vermeiden und sollen ausgeführt werden im Versuch separaten Herangehens und im Ergebnis sich überlappenden Ineinandergreifens.

Der physiologische Aspekt bringt zunächst die klare Aussage, daß Atem und Stimme untrennbar sind. Sie sind „zwei Beine eines Schrittes“. Einem vielleicht sprechmotorisch ungeschickten, länger gestörten oder therapierten Patienten, dem die spontane Verfügbarkeit verlorengegangen ist und der sich zwischen Atmung und Stimmgebung verworren hat, gilt es, beide Beine wieder zum Schritt zu vereinen. Dem „über-übten“ Patienten gelingt nichts mehr. Er weiß nur: „Man hat mir gesagt, bei mir ist es nicht die Stimme, bei mir ist es die Atmung“. Dann simplifiziere ich unter dem Bild der Unbewußtheit eines Schrittes dem Hilfesuchenden: „Sie haben einfach Probleme, die Luft hereinzunehmen und die Luft herauszugeben“.

Die Einheit von Atmung und Stimme ist so selbstverständlich, daß mein Vortragsthema „*Physiologie, Psychologie und Philosophie der Stimme*“ die Atmung nicht nennt. Stimme subsumiert Atmung per definitionem. Die Entität ist so, daß eine getrennte Nennung hier im Sinne des weißen Schimmels als Pleonasmus erscheint. Man produziere Stimme ohne Atem! Lautsprachliche Hervorbringungen ohne Atemluft sind uns zum Beispiel aus der Ösophagus-Sprache bekannt. Diese stellen jedoch stets eine Ersatzbildung dar, „Ersatzstimme“ also. Im Gegensatz gibt es natürlich Atmung stimmlos. Der dem Stoffwechsel dienende Gasaustausch ist zunächst ein ruhiges Ereignis. Dieser stimmlosen Atmung nachsinrend, sei es erlaubt, an das wunderbare Wort der „atemlosen Stimme“ zu erinnern. Der Volksmund nimmt mit diesem Parallelon sich der Stimmfunktionsstörungen kommentierend an.

Zurück zur stimmlosen Atmung erweist sich im weiteren Betrachten, daß sie durchaus nicht immer leise ist. Stimmlose Atmung ist durchaus schon (oder noch?) effiziente Kom-

munikation. Die beruhigende Atmung eines Schläfers in der Stille der Nacht hat ebenso Signalwert, wie die Mutter aus dem Atem ihres Kindes dessen Befindlichkeit erfährt. Und „Schnaufen“ ist ebenso aussagekräftig, geht hin bis zum bekannt-berüchtigten, einstmals noch schockierenden Sex-Song.

Diese nonverbalen oder paraverbalen Informationen sind eine durchaus bemerkenswerte vorsprachliche, nichtsprachliche und auch vor- oder parastimmliche Kommunikationsstrategie. Und so selbstverständlich sie im lautsprachlichen Signalverbund verwendet und verstanden wird, so ungenügend wurde und wird sie geachtet. Sie wird nicht gemessen oder gewogen, hat keine Grammatik. Sie wird in Physiologie und Psychologie ebenso vernachlässigt, wie in Phonetik und Semantik nicht bedacht.

Eine medizinische Untersuchung nimmt die Atemfunktion stets in ihr grundsätzliches Programm auf. Jeder Status präsens registriert die Atmung. Die „Perkussion“ gehört zu den ältesten Untersuchungstechniken. Das Stethoskop als Statussymbol des Arztes betont den hohen Rang der Atmung. Im Perkussionskurs lernt der junge Student, auch im Röntgenzeitalter, schon in der medizinischen Propädeutik, die Schallphänomene zu deuten. Er übt, perkutorisch zu hören, wo das Zwerchfell ist und was es macht. Wo Luft ist und wie sie sich in Inspiration und Expiration bewegt, ist Leben. „Alles, was Odem hat“, nennt die Poesie als natürliche Voraussetzung zur Kommunikation.

Die Messung der Atemvolumina als Ventilationsprüfungen gehören wie die Audiometrie, die Hörprüfungen, zum Grundprogramm einer hals-nasen-ohren-ärztlichen/phoniatischen Untersuchung. Die Meßprogramme für statische und bewegte Volumina sind sehr ausgefeilt. Dennoch spielen sie im Gegensatz zu ihrem Stellenwert für die Pulmologie hier keine entscheidende Rolle. Minimale Leistungen vorausgesetzt und vor allem bei normalen Befunden, haben die Meßwerte keine determinierende Aussage für die Hervorbringung oder Verfügbarkeit der Stimme. Natürlich limitiert eine laryngeale Stenoseatmung die lautsprachliche Kommunikation. Ebenso resultiert aus der stimmlichen Leistung eines

schweren Asthmatikers ein Sozialdefizit. Da die geminderte Atemfunktion den Lebensraum grundlegend einschränkt, überschattet ihre vitale Bedeutung alle anderen Probleme. Man spricht praktisch nie über seine Stimme und Sprache. Der praktische Nutzen von Atem- oder Singstimmtherapie bei Atemwegserkrankungen dagegen ist wohl bekannt.

Aufgrund doch eher kleiner Erkrankungszahlen in der gesamten Morbiditätsstatistik fehlt Grundlagenforschung über den Zusammenhang von Atemfunktion und Kommunikativität. Bei Kranken und Gesunden, Jung und Alt, Groß und Klein, Schweiger oder Sänger – Physiologie und Psychologie der Luftvolumina von Atmung oder Stimme sind noch nicht in den gehörigen Zusammenhang gebracht worden.

Die Philosophie weiß mehr. Im Buch des Sängers, Westöstlicher Divan, preist Goethe die ein- und ausatmende Kommunikation:

*Im Atemholen sind zweierlei Gnaden:
Die Luft einziehen, sich ihrer entladen.
Jenes bedrängt, dieses erfrischt;
So wunderbar ist das Leben gemischt.
Du, danke Gott, wenn er dich preßt,
Und dank ihm, wenn er dich wieder entläßt.*

Physiologie und Psychologie bestätigen: Das Atemholen ist der bedrängten Situation zugehörig. In Überraschung, Not oder Panik hält man die Luft an. Ausatmen erfrischt. Es ist Lust, zu schnaufen, zu lautieren. Da geht das Herz auf in ganzheitlicher Reaktion des Organismus. Summen, Sprechen, Singen – das werde ich einatmend sicher kaum tun. Und doch, wir hören es täglich, es gehört Identität dazu, Mut und Selbstzuversicht, sich frei zu „äußern“.

Um auf die Einheit zurückzukommen, ist auch Stimme unter physiologischem Aspekt zu definieren. Dies fällt schwerer, als es scheinen mag, weil Stimme und Sprache ganz selten oder fast nie begrifflich getrennt werden. Das Verhältnis Stimme und Sprache wird dadurch charakterisiert, daß es keinen einheitlichen Standort gibt zum „was ist was?“ und daß die stimmliche Komponente generell unterprivilegiert ist. Noch heute benennen Definitionen Stimme „musikalische Gestaltungsprinzipien der Sprache“, „Intonisationsseite der Sprache“, „nicht sichtbaren Teil der Sprache“ (ein

offensichtlich schriftorientiertes Urteil). Stimme wird unter den prosodischen Akzenten von Lautstärke, Tempo oder Rhythmus der Sprache beigelegt, obwohl eben diese Kriterien ganz eindeutig Stimme meinen. Die Stimme ist das „Unbewußte“ der Kommunikation, im einfachen physiologischen wie im übertragenen *Freudschen* Sinn. Sie ist dem Bewußtsein verlorengegangene Selbstverständlichkeit, zu nebensächlich gehandhabt, solange vorhanden. Im aufsteigenden System kommunikativer Säulen wird sie der Sprache subsumiert. Phylogenetische und ontogenetische Aszendenz wiederholen in diesem Vorgang das Überdeckungsphänomen, das sie der Atmung bereitet hat.

Ihre Eigenleistung, über Kriterien bis Aussage und sozialer Wertigkeit, wird unterschätzt. Dies ist unbegreiflich, da sowohl durch Hervorbringung wie durch Wirksamkeit ihr der primäre Rang gehört und Nichtverfügbarkeit tödlich sein kann.

Wenn Stimme als letztendlich physikalischer Vorgang physiologisch definiert wird, werden Entstehung und Bildung Definitionsmerkmale. Sie unterscheiden Sprache und Stimme eindeutig und erlauben, die viel zu lang eliminierten, elementar wichtigen nonverbalen Stimmprodukte richtig zu integrieren. Schluchzen und Stöhnen, Weinen und Lachen sind vorsprachliche stimmliche Lautgebilde. Eine physiologisch-medizinische Definition faßt Stimme als aerodynamisches Ereignis, das im Schallgenerator Kehlkopf entsteht, wenn stoßartig abgegebene oder geführte Ausatemluft in Schwingungen versetzt wird. Sie wird mit 1,5 bis 100 Hektopascal Schalldruck gesendet, von der in Masse und Federkraft unendlich variablen Glottis zum normalerweise harmonischen Tongemisch moduliert.

Zur physiologischen Stimmgebung bedarf es des subtilen Zusammenspiels von Kehlkopf, vorgeschaltetem subglottischem Areal und nachgeschaltetem Ansatzrohr. Alle oberen und unteren Aufhängevorrichtungen des zwischen Schädelbasis und Thorax elastisch aufgehängten Organs sind einbezogen in die Stimbildung im sogenannten „tönenden Rohr“ der schwingenden Luftsäule. Das tönende Ergebnis, der Primärklang des Kehlkopfes, kann durch besondere Einbindung ins

Ansatzrohr nie isoliert gehört oder untersucht werden. Die vorgeschalteten Räume variieren das stimmliche Produkt wie das Gehäuse eines Instruments den Klang der Saite, überformen es resonatorisch.

Das Rohmaterial Stimme wird dann im Vorgang der Artikulation sehr schnell (zu schnell?) zur Sprache. Sekundäre, nachgeschaltete Schallquellen in Rachen- und Mundhöhle, Tonsillen, Gaumen, Zäpfchen, Zunge, Zähnen und Lippen, überlagern geräuschhaft das akustische Signal. In mehreren Artikulationszonen entstehen neue physikalische Ereignisse, „Laute“. Über Phoneme und Morpheme wächst das sprachliche Gebäude zu Wörtern und Begriffen, die gliedern sich im Vorgang des Sprechens. Das aerodynamische Ereignis „Stimme“ wird so stark prozessual sinnvoll abgewandelt, daß es mit vergessener Eigenidentität den kommunikativen Weg zum anderen antritt.

Der Primärklang Stimme ist „phonematisch“ nur in Tonhöhe, Lautstärke und Klangfarbe/Timbre variierbar. Und doch hat er als Kommunikationskanal große Bedeutung, eine nicht nur additive, sondern potenzierende Aussage. Stimme bewirkt, daß ein gleiches Sprachzeichen viele Bedeutungen hat, daß der Sprecher in voice prints unverkennbar identifiziert wird, sogar seine momentane Situation.

Psychologie in Reinkultur: Stimme verrät uns, unser Wesen, unsere Absichten und unsere emotionale Lage. Sie drückt Wut, Erregung, Ekel und Angst unverkennbar aus, verrät Freude und Trauer, läßt Zuneigung und Liebe durchscheinen, Stimmung eben. Unmißverständlich, nicht „von des Gedankens Blässe angekränkt“ dient sie uns in uralter primärer Sendetechnik.

Wie im Tierreich schon vor dem Spracherwerb stimmlich elementare Informationen mitgeteilt wurden, regelt dieses uralte System gruppendynamische Prozesse, auch beim Menschen. In der vorintellektuellen Phase oder in der vorsprachlichen Phase (l'enfant ist „infans“, nicht sprechend) der sich entwickelnden Intelligenz kopiert die Ontogenese die Phylogenese. Die Aussagekraft persistiert auch im intakten, perfekten, reifen, kommunikativen System des Homo sapiens. „Der Ton macht die Musik“, sagt, was nicht gesprochen wurde.

Was sprachlich nur in langen Erörterungen gelingt oder gar mißlingt, „der langen Rede kurzen Sinn“ zu erfassen, vermittelt blitzartig dieser primäre Sendekanal. Er arbeitet unbewußt, dem Willen nicht unterworfen, „Spiegel der Seele“. Vegetativ gesteuert, ist er nicht so lenkbar (wenn man mag, manipulierbar, nach *Merimées* Wort: „Die Sprache ward dem Menschen gegeben, seine Gedanken zu verbergen...“) wie Sprache, die Täuschung und Lüge erlaubt. Damit erklärt sich, warum ein Hörer oder die Öffentlichkeit so total reagieren auf stimmliche Varianten oder Besonderheiten, auf sexy voice oder Mutationsstimmen, autoritative Frauenstimmen oder die Stimm-Mimikry der Homosexualität. Generell aber scheint die Sensibilität für den stimmlichen Sendekanal zu schwanken. In Anbetracht des sozialregulativen Aspekts sind stimmliche Leistungsparameter vielleicht Gradmesser sozialer Integrationsfähigkeit und somit Schlüssel zum individuellen „Glück“.

Stimme ist Affektprojektion, wahrhaft unbewußte Kommunikation. Sie vermittelt blitzartig, in analoger Sendetechnik synchron übertragen, während Sprache erst im Fortgang der Wörter und Sätze zu informieren vermag, als digitale Sendetechnik. Man stellt das erste „heraklitische Prinzip“ dem zweiten „pythagoreischen“ gegenüber. Natürlich dominiert uns das höhere, jüngere sprachliche System, dem die Fähigkeit abstrakten Denkens innewohnt, das unser kognitives Denken ordnet. Sprache bedarf aber auch der Notwendigkeit zu warten, bis die Gedanken sich entblättern und der Sinn des Gesagten sich verstehen läßt.

Dieser Herausforderung der Sprache ist der Mensch nicht immer gewachsen. Fremdsprachlichkeit schließt ihn aus. Er kann individuell der Fähigkeit ermangeln. Sprachverständigung kann in bestimmten Situationen schiefgehen. Sehr vergleichbar dem Straßenverkehr können vor allem vital Verunsicherte, Erschöpfte und Kinder in verllorener Orientierung Unfälle erleiden. Stimme dagegen hat eine faktische unbegrenzte Sende- und Zuhör-„Kompetenz“. Man kann vor ihrer Aussagekraft die Ohren nicht verschließen, nicht abschalten. Und gerade deswegen gilt es festzuhalten: So wenig Bewußtheit Stimmlei-

stung gegenüber besteht, so wenig werden Stimmstörungen angemessen beurteilt. Wer weiß schon, wie einschneidend Stimmstörungen sind, welch soziales Handicap.

Die Psychologie des stimmlichen Sendekanal – und hier ist die Atmung nun explizit angesprochen – ist weithin entschlüsselt. Wir können uns noch immer auf *Trojan* beziehen. Immer und überall pendelt jeder Stimmgesunde zwischen seiner sympathicotonen, ergotrop leistungsorientierten Kraftstimme, die bei hohem Tonus, im Vollregister, mit harten Einsätzen, staccato- und konsonant-orientiert für Dominanzanspruch, auch Sexualität, steht, und seiner parasymphaticotonen, trophotrop ruheorientierten Schonstimme. Mit geringem oder geringem Tonus, mit weichen Einsätzen zum Randregister tendierend, wird sie höher und oft behaucht legato-geführt, ist leiser, ruhiger und vokalorientiert. Sie signalisiert Subdominanzverhalten, hat weibliche und kindliche Züge, ist aggressionshemmend, spricht für verhaltene oder intellektuelle Steuerung.

Die von der Physiologie bestimmte ärztliche Definition leitet ganz direkt auf die Kehlkopffunktionen Seufzen, Stöhnen und Schluchzen, Weinen und Lachen über. Sie sind Atemstimm-Geräusche, Gemische. Diese Signale sind vorsprachliche Ausdruckhandlung und dem Schrei eng verwandt. Diese (*Habermann*) „intensivste Stimmleistung vor der Wortebene“ ist vom Ruf – wie etwa „Feuer!“ – klar abzugrenzen und hat für Negativ-Erregung (Angst) oder Positiv-Erregung (Triumph) klar zugeordnete Schallmuster. Sie alle erzeugten eine sofortige Erregungsübernahme beim Empfänger. Genetisch verankert sind sie fast bis in die Bewußtlosigkeit verfügbar und erstrangig kompetent zur Anzeige hoher Dringlichkeit. Sie sind notwendig zur Lösung eines zu hohen vegetativen oder emotionalen Erregungszustands und wohl unberechtigterweise gesellschaftlich verpönt. Therapeutische Intervention wird ihren Stellenwert betonen.

Der menschliche Organismus kennt zwei Bewegungsformen. Die willkürliche Bewegung ist wissentlich ausgelöst, untersteht dem Verstand, regelt weitgehend beabsichtigte Handlungserfolge. Die unbewußt, unwissentlich,

„autonom“ initiierte unwillkürliche Bewegung ist unmittelbare Reaktion des Organismus auf die Bedingungen der Umwelt. Das vegetative Nervensystem steuert mit ihnen die Versorgung unmittelbarer Körperansprüche. Hier hat Atmung das absolute Primat vor Ernährung. Vielfältige sensorische Stimulationen fließen ein.

Unmittelbar vegetativ innerviert wird die Motorik, die der Erhaltung des Individuums seiner Lebensansprüche (Nahrung, Luft, Land und Ruhe) dient, und der Erhaltung der Art (Sexualität und Fortpflanzung). So wird schließlich dieses uralte System autonomer und unwillkürlicher Bewegung auch dem Menschen noch unentbehrlich sein und sich zu höchster Stufe entwickelt haben. Die autonome Motorik ist, so unbewußt es bleibt, ganz besonders eng emotionell gekoppelt, psychisch beeinflusst oder sogar ausgelöst, ein „psychomotorisches“ Phänomen. Kommunikation ist als Uraltrelukt zunächst einmal und bleibt phylogenetisch wie ontogenetisch zuvorderst Aussage über Körperfunktionen und Körperansprüche im Sinne notwendiger Störfreiheit, zumeist Informationen in der Sozialgemeinschaft, also Sozialinformation.

In den motorischen Aktionen, deren Resultat Sprache ist, sind willkürliche und unwillkürliche Bewegungsformen kaum zu trennen. Die spezifisch menschliche Kommunikationsfähigkeit hat sich stammesgeschichtlich folgerichtig dort entwickelt, wo beide Bewegungsformen möglich sind, sich überlappen. Man kann gut nachvollziehen, daß wohl eine aus der anderen hervorgegangen ist. Von der Atmung über die Stimme zur Sprache hin nehmen unwillkürliche Bewegungen ab und Willkürlichkeit zu. Sprachliche Programmierung und Ausführung, Planungsprozesse und Interaktion als Realisation der ratio sind mehrheitlich willkürliche Aktionen, nicht mehr direkte „vegetative response“. Dennoch werden auch sie, von sechs Hirnnerven räumlich und zeitlich in Sekundenbruchteilen koordiniert, vom Vegetativum „hin- und hergeschaukelt“. Respiration, Phonation und Artikulation, alle verbale und nonverbale Kommunikativität, lautsprachliche und schriftsprachliche Interaktionen, mimische, gestische und pantomimische Ausdrucks-handlungen bleiben dennoch aufs engste

psychodynamisch und psychovegetativ gekoppelt.

Wenn „Ausdrucksbewegung“ als legitime Übertragung des Begriffes Psychomotorik verwendet würde, sind alle Kommunikationsprozesse Psychomotorik. Immanent und sehr wahrscheinlich sogar initial. Sprechen kann als ihre Höchstform aufgefaßt werden, motorische Realisation von ratio und emotio. Psychomotorische Phänomene sind als Stimmbildung und Sprechvorgang „Laut“. Mit gewisser Wahrscheinlichkeit haben sie die Atmung laut werden lassen.

Diese Gedanken untermauern die Wertigkeit des Sendekanals Atmung und Stimme als Transportmittel der lautsprachlichen Kommunikation, dem „Sprechdenken und Hörverstehen“ (*Geissner*). Für den festen Signalverbund Stimme und Sprache habe ich 1990 den Begriff des „Parallelismus membrorum“ aus der Kirchenmusik entlehnt und verwendet. Musikwissenschaftlich bezeichnet man damit die Synchronisation von Stimme und Sprache in der Sakralmusik, den festen Text-Musik-Verbund der Hymnen und Psalmen. Wie auch noch in der Macht *Bachscher* Chöre, gilt er als Transmitter von Wahrheiten und Werten, die begrifflich schwer zu erfassen und zu vermitteln sind. Bis ins 16. Jahrhundert weiß man, daß Musik „verständlich“ ist, leichter verstehbar als Sprache. In diesem Sinn sollten wir die ältere Ebene „Stimme“ wieder schätzen als typisch menschlich hochentwickeltes leistungsfähiges Instrument humaner Kommunikation.

Auch auf dem Gebiet der reinen Nutzenanwendung wird sich die per definitionem logische Einheit von Atem und Stimme erweisen: in der Therapie.

Anatomisches und physiologisches Wissen begründet, daß Atemtherapie stets blanke Stimmtherapie ist. Eine Korrektur der Atemfunktion wird stets direkt den „Stimmgenerator“ einbeziehen. Damit schafft sie systemisch stets optimale Bedingungen für die Stimmbildung. *Fröschls* unübertroffenes Lokalisationsschema stimmlicher Hyperfunktionen zeigt die morphologischen und funktionellen Fehler, in denen sich Atemwege und stimmlicher Klangkörper stets im „Verbund“ treffen. Eine gut regulierte Atmung wird Weite der An-

satzräume, Tiefstand des Kehlkopfes, muskuläre Entspannung der vorgeschalteten orofacialen Regionen und Aktivierung von Atem- und Phonationsmuskulatur anstreben. Wenn das Ansatzrohr stimmungstechnisch optimiert wird, sind „Stimmeinsatz“, „Stimmansatz“ und „Stimmsitz“ ökonomisch. Das zur Schall-druckperformance notwendige Luftvolumen wird wohl dosiert bereitgestellt für die besondere Technik der Modulation zur Stimme. Tonhaltedauer, Tragfähigkeit und Verstärkungsfähigkeit werden damit ebenso erarbeitet wie Staccato- und Legatovermögen.

Was man bei Betrachtung der Sprechstimme noch vergessen könnte, wird in der Singstimm-Modalität evident: Daß man genügend Luft haben muß, wie und wohin man atmet und wo die „Atemstütze“ sitzt. Im Belcanto, in den Cantilenen, in der Arie – da ist Atem Stimme. Die nahezu einzige Stimmbildungsstrategie findet in der modernen Gesellschaft als Singstimm-bildung statt. Singen erschließt der Sprechstimme alle anatomischen, funktionellen und musischen Reserven. Es übt das Kind und trainiert bis ins Greisenalter. Orientierung an altersentsprechendem Volkslied-repertoire vorausgesetzt, ist Singen gewiß ein „sehr guter Logopäde“. Atemtherapie auch für die Sprechstimm-bildung: Wahrlich „ergötzlich“ zu lesen ist sie im seitenlangen „P-f-t“ der „Memoiren des Peter-Hans von Binningen“ aus der Feder des unvergessenen Hallensers Kurt Götz. Sprechstimme und Singstimme als Einheit – das ergibt ein neues Thema, weiterführende Reflexion. Leider muß man immer wieder betonen, daß das Thema Stimme die Singstimme stets einschließt.

Und die *Philosophie*... Wir müssen umdenken, wenn wir Singen heute „sängerisch“ sehen, den Begabten, Geübten, Studierenden vor-behalten. Ganz überwiegend in Raum und Zeit, überall auf dem Erdenrund und über Jahrtausende verflössener wie fortdauernder Kulturen, hatte Musik die Funktion, Stimme tragfähiger zu machen für Ruf und Rede an Mensch und Tier. Sie ist einfach stärker orientierend. Vor allem diente sie stärker motivierend, arbeitsbegleitend dem Miteinander. Magisch beschwörend hatte sie sakrale Funktionen in allen Kulthandlungen an das Jenseits, den Makrokosmos. Sie half Texte zu lernen, diente memorierend dem Gedächtnis

der Menschheit und der Tradition, der Festigung von Ritualen. Nach mittelalterlichem Wissen macht sie mit übernatürlicher Macht „belle“ – „bonne“ – „sage“ (schön, gut und weise). Wenn sie leichter verständlich als Sprache philosophische Inhalte übermitteln kann, kommt daher vielleicht die Doppelbe-deutung des Wortes „Takt“? *Plato*: „Musik soll in erster Linie Sprache sein und Rhythmus, erst in zweiter Linie Ton, und nicht umge-kehrt“.

Wieviel die Einheit von Atem und Stimme the-rapeutisch im direkten Bezug auch leistet, in indirektem Vorgehen wird Atemtherapie mög-licherweise unter psychischem Aspekt ein noch größerer Faktor. Ich meine damit, daß der Regenerationsansatz von Atemtherapie wichtiger als bewußt, wirksamer als bemerkt und häufiger als gedacht, in Entspannung wirksam wird. Im technisch-muskulären Sinn schon verwendet, hat dieser Begriff übertra-gen die größte Bedeutung gewonnen. Ent-spannen, Relaxen. Ruhe finden, Gleichge-wicht, Eutonie, Harmonie, Konzentration und Meditation.

Wenn Atemtherapie dazu führt, bewirkt sie indirekt die individuell souveränste Stimmlei-stung, optimale Singstimmverfügbarkeit und Sprechstimmlage. Sie wirkt auf Sprache hin-sichtlich exzellenter Motorik und optimierter Denkprozesse. „Abgespannte“ oder müde Kinder lernen nicht. Die Reizüberflutung der Medien macht flüchtig und unsensibel.

Da Atemregulation weitreichend psychomoto-risch wirkt, hat sie eine zentrale Stellung in allen Entspannungstherapien und Methoden. Über die Atemfunktion wird körperliche und seelische Befindlichkeit beeinflussbar. Viele Kulturen bedienen sich der Atembeeinflus-sung zur Erhöhung der Spiritualität. Atemver-halten kann mit und ohne Fremdstoffe, Narko-tika oder Duftstoffindustrie Bewußtsein regu-lieren, führt zu Autosuggestion, Meditation oder Trance.

Vor allem und sehr leicht variiert sich über die Atmung die vegetative Gesamtsituation. „Es atmet mich“ als Kernsatz des Autogenen Trai-nings ist uns im therapeutischen Alltag un-verzichtbar und gut praktikabel. Als zweit-wichtigster Vorsatz verstärkt es das „Ich bin ganz ruhig“. Der Satz ist auch dann wirksam,

wenn sonst nichts klappen will mit Wärme und Schwere. Eine Atemmodifikation beeinflusst reflektorisch, physiologischen Gesetzen folgend, Blutdruck, Herzfrequenz, Durchblutungsvolumina, Abdominalfunktion und Hirnstoffwechsel. Die entspannte, besser noch leistungsbereite eutone Situation der konzentrativen Selbstentspannung ist allemal stimmfreundlich. Ausgeglichen habe ich auch ohne besondere Stimmbildung meine „beste“ Stimme. Sie singt und klingt. Und wenn hin und wieder im Erstkontakt das ungewohnte methodische Angebot die Kinder unserer Industriegesellschaft überfordert und zum Lachen reizt, so ist auch dieser eruptiv öffnende Streßabbau lösend, ermutigend, motivierend.

Atemregulation und rhythmisch murmelnde formelhafte Intonation: das *om padme sum*, die befreiende magische Silbe der Meditation im philosophischen System des Buddhismus, ist Atem- und Stimm-Üben. Geübt wird in Richtung reduzierter Äußerung. Das Bemühen dient hier dem Nicht-Tun auf dem Wege zum erstrebten Nicht-Sein, dem Nirwana.

Eine Erschöpfung psychomotorischer Ressourcen wird im Umkehrsinn auch Atem- und/oder Stimmstörungen bewirken, psychosomatisches Kranksein zerreißt die Kette in ihrem schwächsten Glied. Psychovegetative Erschöpfung auf allgemeine Stressoren hin kann „Gleichgewichtsstörungen“ in multiplen Reaktionen des Körpers hervorrufen. Stimmstörungen sind als „Krisenvertonung“ (Abresch) wichtige Alarmreaktion und Anpassungskrankheit.

Für das lautsprachliche Instrument gilt ebenso wie für manchen Geiger: der Virtuose braucht Psychologie nicht immer oder nicht nur, weil er emotionell entgleist wäre. Die notwendig exzellente Beherrschung einer Hochleistungs-Motorik kann daran krankn, daß, durch drohende oder erfolgte Dekompensation des Lebensgleichgewichts bedingt, psychosomatisch motorisch nichts mehr gelingt.

Wenn dieses vernehmliche Signal überhört wird, kann fortgesetzte Maladaptation in Depression und Tod enden. Die klinische Erfahrung lehrt, daß Atemprobleme ebenso wie Stimmkrankheiten zunehmend mit anderen Organsymptomen psychomotorischer Irritation oder vegetativer Dysregulation vergesell-

schaftet sind. Wir kennen das in Schlafrythmusstörungen, Blutdruckdysregulation, chronifizierten Schmerzsyndromen von Wirbelsäule, Schultern und Armen, abdominellen und urogenitalen Neuropathien, allergischen Reaktionen und hormoneller Insuffizienz. Wir müssen uns daran gewöhnen, hinter Krankheitssymptomen Alarmsignale chronifiziert fehlerhafter Bewältigungsstrategien oder ungesunder Exposition zu sehen.

So sind wir dem Tagungsthema folgend zur ganzheitlichen Sicht gekommen. Meiner Einschätzung nach hat der Begriff ganzheitlich zu gern den touch unterlassen vermeinter funktioneller oder emotioneller, psychischer oder psychomotorischer Qualität, vor allem bei Blickrichtung zur Medizin. Alltagsverluste an Philosophie und Psychologie haben heute empfindlich werden lassen gegen eine einseitig faktenorientierte Sicht. Eine ernsthaft naturwissenschaftlich orientierte Medizin aber war und ist Anatomie/Morphologie wie Physiologie/Funktionalität, Leib und Seele verpflichtet.

Ganz naturgegeben mußte nach wohl 25000jährig vorwiegend philosophierend datenlosen Heilens das nachmittelalterliche Aufwachen Realitäten sammeln. *Leonardo da Vinci* hat aufgrund seiner wissenschaftlichen Neugier und eigener Sektionen die ersten historischen Kehlkopfzeichnungen vorgelegt. Noch für unsere Augen sind sie erstaunlich funktionell orientiert. Detailkenntnis hat ihn nicht gehindert, den Mikrokosmos Mensch im ganzheitlichen Kreis zu sehen, dem Makrokosmos zu verbinden. Zunge und Stellknorpel in der Reliquie des heiligen *Antonius zu Padua* stehen für die Macht ihres Gebetes, Inkarnation der Philosophie.

Im ärztlichen Handeln muß eine vitale Indikation naturgegeben vorrangig vor allem organisch beherrscht werden. Atmung ist Sache von Tod und Leben, Kommunikation/Psychesituativ aber auch. So darf der ganzheitlichen Sicht durchaus dieser Sinn gegeben werden: Wir haben ganzheitlich auch Herz und Nieren abzuklopfen, Herz-Kreislaufsituation, Hormonstatus und Lungenfunktion, Haltungs- und Bewegungsapparat, Alter und Geschlecht, Größe und Gewicht. Jede Behandlung wird die Parallele sehen müssen von Halsdruck

und Blutdruck, Angina pectoris und Rachenenge, Hypotonie und „kleiner Stimme“/Vocalisatrophie, Erschöpfungssyndrom mit Schlafrythmusstörung und spastischer Dysphonie. Vor allem ist die Kehlkopffunktion in chronifizierte Wirbelsäulen-Schmerzsyndrome hineinzustellen und in die psychovegetative Dysregulation der generalisierten Sphincteren-Probleme. Atem- und Stimmfunktion werden instabil sein bei schweren Körperstörungen, beispielgebend sollen Gehörlose, Spaltträger oder spastische Cerebralparesen genannt sein. Atem- und Stimmfunktion werden gefährdet sein bei verllorener Sozialisation, bei Selbstwertgestörten, bei neurotisierten Kranken, Stotterern und auch Alkoholikern. Die „Stimme der Neurose“ (Moses) oder Psychose hat ihre Charakteristik und ihre Atemdepression. Mit einer Patientenstimme: „Ich bin nachts so verbissen, was ist mit meinem Hals los, mein Kehlkopf ist verrückt“.

Am Ende des *physiologischen, psychologischen und philosophischen* Ausflugs soll Hans Jonas stehen, der dem technischen Zeitalter mit dem Prinzip Verantwortung begegnet. Ich zitiere die Dankrede bei der Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels in Frankfurt 1987 (FAZ vom 12.10.1987): „Die Freiheit des Menschen gründet als Gattungseigenschaft in der organischen Ausstattung seines Leibes. Da ist die aufrechte Haltung, die zum Umgang mit den Dingen freie Hand, der vorwärtsgerichtete Blick, die endlos modulierbare Stimme und über dem allen das erstaunliche Gehirn, das zentral über diese Vermögen verfügt.“

Literatur

- Abresch, J.: Stimmstörung als Krisenvertonung. Über biographische Einflüsse auf die Gewordenheit unserer Stimme und über die Entstehung funktioneller Stimmstörungen. *Integrative Therapie* (1988), 40-62.
- Coblenzer, H., Muhar, F.: Atem und Stimme. Wien 1976.
- Coblenzer, H.: Ökonomie und Kontakt beim Sprechen. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Aspekte auditiver rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie. München, Basel 1984, 156-159.
- Fröschls, E.: Gesetzmäßigkeiten in der Erscheinung und Entwicklung der hyperfunktionellen Heiserkeiten. *Mon. Schr. Ohrenheilkunde* 71 (1937), 400-406.

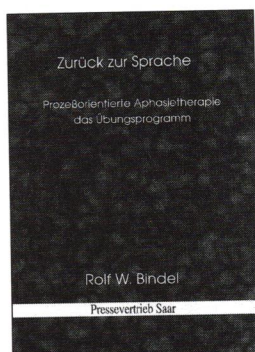
- Geißner, H.: Vom stimmlichen Ausdruck. In: Verlag Dr. Kovac, Hamburg 50 (1991), 36-46.
- Geißner, H.: Über die Gesprächsfähigkeit Sprechgestörter – Sprechwissenschaftliche Aspekte therapeutischer Kommunikation. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen, Weinheim 1989.
- Gülke, P.: Mönche, Bürger, Minnesänger. Leipzig 1980.
- Gundermann, H.: Gedanken zu einer „Philosophie“ der Phoniatrie. *Sprache – Stimme – Gehör* 10 (1986), 75-77.
- Gundermann, H.: Tonus und Stimme. *Sprache – Stimme – Gehör*. 11 (1987).
- Habermann, G.: Der Schrei. *Sprache – Stimme – Gehör*. 11 (1987), 129-134.
- Lotzmann, G.: Stimme und Kommunikation. In: Ders. (Hrsg.): Sprachrehabilitation durch Kommunikation. München, Basel 1975, 81-90.
- Luchsinger, R., Arnold, G.E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien, New York, 1970.
- Moses, P.J.: Die Stimme der Neurose, Stuttgart 1956
- Schindler, O.: Kommunikationsmodell in drei Stufen – von der Pantomime zur Syntax. *Sprache – Stimme – Gehör* 10 (1986), 113-115.
- Schulz von Thun, F.: Miteinander Reden. Störungen und Klärungen. In: Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg 1981.
- Stelzig, G.: Psychomotorische Phänomene und Einbußen im Phonationsakt (an endostroboskopischen Kehlkopfvideos demonstriert). In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Psychomotorik in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Stuttgart 1992, 137-149.
- Stelzig, G.: Stimme und Sprache im Signalverbund. In: Gundermann, H. (Hrsg.): Die Krankheit der Stimme – die Stimme der Krankheit. Frankfurt 1991.
- Tembrock, G.: Tierstimmenforschung. Wittenberg 1982.
- Trojan, F.: Phonetik. In: Biesalski, P. (Hrsg.): Phoniatrie und Pädaudiologie. Stuttgart 1973.
- Trojan, F.: Fundamente einer Entwicklungsphonetik. *Ztschr. f. Phonetik, Sprachwissenschaft und Kommunikationsforschung* 14 (1961), 195-213.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Gertraud Stelzig
Blumenstraße 30
74906 Bad Rappenau

MAGAZIN

Rezensionen



Rolf W. Bindel: Zurück zur Sprache. Prozeßorientierte Aphasietherapie – das Übungsprogramm. Heusweiler 1993. (Alleinvertrieb: Pressevertrieb Saar, Saarstraße 133, 66265 Heusweiler). 190 Seiten mit 50 Vorlagen. 98 DM.

Mit dem Therapieprogramm der „Prozeßorientierten Aphasietherapie“ geht *Bindel*, zumindest für die meisten Therapeut(inn)en im deutschsprachigen Raum, neue Wege. Dabei beruft er sich vor allem auf Autoren aus dem anglo-amerikanischen Raum (*Wepman, Lenneberg, Chapman, Gianotti, Hagen*).

Aphasie, schreibt *Bindel*, ist mehr als der Verlust der Worte – im schwersten Fall ist es der Verlust der artikulatorischen und ideellen Willkürfähigkeit mit dem Verlust der räumlich-zeitlichen Perspektive. Verstehensprobleme bei Aphasien beruhen auf Defiziten innerer Analysen und Vorstellungen. Wortfindungsstörungen beruhen auf Defiziten innerer Gedankenverbindungen und Vorstellungen. Schwierigkeiten im Bereich der sprachlichen Mitteilungen sind Organisationsprobleme. So ist z.B. die Auslösung des gesuchten Wortes nicht therapierelevant, sondern die „Aktivierung der der Sprache zugrundeliegenden geistigen Prozesse“. Nicht das Nachsprechen oder Lesen von Wörtern und Sätzen ist effektiv, sondern die Aktivierung von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Vorstellungs- und Denkprozessen in variablen Aufgabenstellungen. Denn nicht die Worte und Regeln ihrer Verbindung (Grammatik) sind verschüttet, sondern es besteht ein Verlust in der Analyse und Organisation sprachlicher Prozesse.

Zu den vier klassischen Aphasieformen führt *Bindel* aus: Bei der motorischen bzw. Broca-Aphasie handelt es sich primär nicht um eine Bewegungsablaufstörung, sondern um eine Zugangsstörung und somit um eine Störung der Sprachwillkür. In der Therapie muß es daher zu bewußt willkürlich ausgeführten sprachlichen Äußerungen kommen. Bei der sensorischen

bzw. Wernicke-Aphasie handelt es sich primär nicht um eine Wortverständnisstörung, sondern um eine Aussageanalysestörung in Verbindung mit Aussagekonstruktionsfehlern. Ziel der Therapie ist somit nicht das Wiedererlernen von Wortbedeutungen, sondern die Reaktivierung der Person zu Prozessen der Analyse, Bewertung und Schlußfolgerung gegenüber wahrgenommenen Aussagen. Bei der amnestischen Aphasie liegt nicht unmittelbar eine Erinnerungsstörung für Begriffe vor, sondern es handelt sich um eine Störung der begriffsproduzierenden Prozesse. Ziel der Therapie ist nicht das Erlernen oder Verwenden von Begriffen, sondern die Aktivierung von Konstruktions-, Kontroll- und Vorstellungsprozessen. Bei der globalen Aphasie liegt eine umfassende Dedifferenzierung der sprachlichen Prozesse vor, die zu einer außerordentlichen Regression des geistigen Erlebens führen kann. Hier steht nicht das Erlernen von Wörtern im Vordergrund, sondern zunächst die Reaktivierung der Person zu persönlichen, geistigen und sozialen Prozessen.

Aufgrund dieser Schlußfolgerungen stellt *Bindel* sein Programm der „Prozeßorientierten Aphasietherapie“ vor. Auf 160 Seiten und weiteren 50 Vorlagen wurde eine Vielzahl von variablen Aufgaben zusammengestellt, die zunehmend höhere Anforderungen an die geistige Flexibilität des Patienten stellen. Im deutschsprachigen Raum dürfte zur Zeit wohl kein Aphasietherapieprogramm auf dem Markt sein, das über ein so reichhaltiges und variables Angebot an Aufgaben und Übungen verfügt. Diese sind so angelegt, daß die Therapie überwiegend in Form von Gesprächen, Fragen und Antworten abläuft. Somit hat der Patient eigentlich nie das Gefühl, noch einmal „in die Schule“ gehen zu müssen.

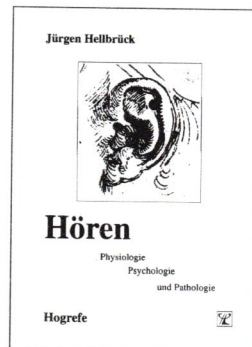
Über das Lesen und Schreiben ist praktisch nichts ausgesagt. Hier sollte der/die Therapeut/in aber so flexibel sein, entsprechende Aufgaben zu erstellen. Einige Anweisungen und Übungsvorschläge sind sicherlich nicht kritiklos zu übernehmen. Auch hier gilt:

Der/die Therapeut/in muß entscheiden, was für den Patienten sinnvoll ist und was weggelassen werden sollte. Es ist durchaus denkbar, daß die intensive Beschäftigung mit diesem Programm – auch in seiner Anwendung – bei dem/der Therapeuten/in zu einem zunehmenden Verständnis der angebotenen Therapie führen kann. Darüberhinaus wird er/sie erfahren, wie Vorstellungen und Assoziationen bei sich selbst und dem Patienten zur Sprache führen.

Abschließend eine kritische Anmerkung: Die vielen Druckfehler sind sehr störend und sollten bei der nächsten Auflage nicht mehr vorkommen.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß dieses Programm allen Aphasiotherapeut(inn)en sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie auf jeden Fall zu empfehlen ist.

Ingo Kroker



Jürgen Hellbrück: Hören – Physiologie, Psychologie und Pathologie. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1993. 292 Seiten. 78 DM.

Der Autor ist vielen in der Audiologie tätigen Lesern durch seine Arbeiten zur Lautheitsempfindung insbesondere zur Lautheitsskalierung zusammen mit O. Heller und L.M. Moser bekannt. Mit diesem Buch wird nach Aussage des Autors das erste deutschsprachige Werk vorgestellt, das eine interdisziplinäre Darstellung über das Hören anbietet. Nach einer kurzen Einführung in die einzelnen Kapitel zur Akustik, Audiologie und Psychometrie sowie zur Bedeutung des Hörens schlechthin, wird zur Geschichte der Hörforschung berichtet. Ausgehend von der Antike bis zur Neuzeit, vor allem unter Berücksichtigung der vielfältigen Entwicklungen im 19. und 20. Jahrhundert zur Physik des Schalls und zur Elektroakustik sowie zur Anatomie, Elektrophysiologie und Psychologie, stellt dieses Kapitel eine gelungene Zusammenfassung der geschichtlichen Aspekte dar.

Als Grundlagen-Kapitel führen Kapitel 2 und 3 in die Schallgrößen und Hörempfindungen sowie in die Anatomie und Physiologie des Hörorgans ein. Vor allem die Empfindungsgrößen Lautheit und Tonheit werden ausführlich behandelt. Interessant sind die Ausführungen zu aktiven Prozessen im Innenohr unter Berücksichtigung der cochleären Mikromechanik und des efferenten Hörbahnsystems. Sehr ausführlich dargestellt werden verschiedene psycho-akustische Phänomene, Theorien und Modelle zur Tonhöhenempfindung wie z.B. der Periodizitätsanalyse, die gesteigerten Schallanalysevorgänge des Ohres, Maskierungseffekte sowie die diffizilen Vorgänge der Adaption und Ermüdung. In diesem Kapitel werden auch die verschiedenen Vorgänge zur Lautstärkenempfindung und zum räumlichen Hören umfassend und aktuell erläutert.

Zur Erfassung und Bestimmung von Hörstörungen werden die verschiedenen audiometrischen Untersuchungsverfahren vorgestellt. Nach Erläuterungen der verschiedenen sensorineuralen Hörstörungen unter Berücksichtigung des Tonaudiogramms wird vor allem über die unterschiedlichen psychoakustischen Untersuchungsverfahren zur Früherfassung von Hörstörungen berichtet. Auch der Problembereich des Tinnitus wird kurz aufgeführt.

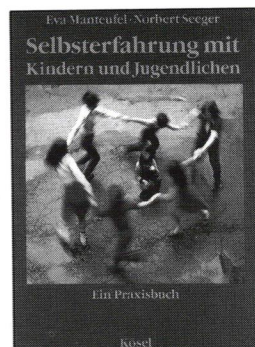
Breiten Raum nehmen die Grundlagen zu psychometrischen Verfahren ein. Sie beinhalten die klassische Psychophysik und das Messen von Psychischem ebenso wie die adaptiven Verfahren und die Signalentdeckungs-Theorien. Daß die Methoden der direkten Skalierung sowie die Aspekte der absoluten Ohrteile und psychologischen Bezugssysteme ebenso wie die Erläuterungen zu verschiedenen Skalen im Vergleich sehr breit ausgeführt werden, ist bei der wissenschaftlichen Orientierung des Autors auf psycho-akustische Meßverfahren und die Psychometrie nicht verwunderlich. Diese Kapitel sind nicht nur für den Psychologen, sondern auch für den in der Klinik und Praxis tätigen Audiologen und Mediziner sicherlich eine wertvolle Bereicherung. Sie zeigen Aspekte auf, die bisher noch wenig Berücksichtigung gefunden haben.

Dieses Buch wird mit einem Kapitel zur Hörfeldaudiometrie abgeschlossen. Dieses Untersuchungsverfahren hat in den letzten Jahren national und international erhebliche Beachtung gefunden und wird zunehmend in der klinischen Routine sowohl zur Hörgeräte-Anpassung als auch zur Differential-Diagnose eingesetzt. Dieses äußerst interessante Kapitel gliedert sich auf in die Unterpunkte „Kategorial-Lautheit und Hörfeldaudiometrie“, „Systematische Varianz der Lautstärkenempfindung“, „Hörgeräte-Anpassung“, „Audiometrie“ sowie „Bezugssysteme und Skalierung“. Es bietet die Grundlage für die in den letzten Jahren entwickelten Verfahren der Hörfeldskalierung im Hinblick auf die Anpassung von Hörgeräten, Cochlea-Implantaten und zur Verbesserung der Differential-Diagnose, z.B. dem Aspekt des Recruitments. Die psychophysischen Skalierungsverfahren lassen sich auch zunehmend mehr bei der Lärmbewertung heranziehen und können in diesem Zusammenhang auch wichtige Hinweise auf prophylaktische Maßnahmen am Arbeitsplatz sowie auf Hörgewohnheiten, die jüngere Menschen, vor allem Besucher von Diskotheken, Rockkonzerten oder beim Benutzen des Walkman, haben.

Dieses Buch ist nicht nur für Psychologen und Psychologie-Studenten geschrieben, sondern in seiner umfangreichen und vertieften Form auch für Physiker, Audiologen, Mediziner und für den praktisch tätigen Hörgeräte-Akustiker. Die kommentierenden Literaturempfehlungen am Ende eines jeden Kapitels sowie die Darstellung der wichtigsten Begriffe des jeweiligen Textes in der Randspalte und die übersichtlichen Abbildungen geben ebenso wie die Ergänzung aller Begriffe am Ende des Buches als Sachwortverzeichnis

dem interessierten Leser ein Fachbuch in die Hand, welches über die Akustik hinaus vertiefte Einblicke in die Psychologie und Psychometrie der Schallwahrnehmung erlaubt. Jedem, der sich mit dem Hörorgan und seinen umfassenden Randgebieten beschäftigt, ist zu empfehlen, dieses Buch über Hören von *Helbrück* in seine Handbibliothek aufzunehmen.

Hasso von Wedel



Eva Manteufel, Norbert Seeger: Selbsterfahrung mit Kindern und Jugendlichen – Ein Praxisbuch. Kösel Verlag, München 1992. 197 Seiten. 32 DM.

„Ein Praxisbuch“ – so lautet der Untertitel des im Kösel-Verlag erschienenen Werkes über 'Selbsterfahrung mit Kindern und Jugendlichen' von Eva Manteufel und Norbert Seeger. Und das ist es auch! Ein Praxisbuch für Menschen, die mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten und diese dabei unterstützen wollen, „... sich selbst zu verstehen, vor allem sich selbst zu erfahren und zu erleben: Wer bin ich? Was will ich? Was kann ich tun?“ (S. 14). Als Mittel zur Selbstfindung haben Manteufel und Seeger Übungen zusammengestellt, die die Kraft der Phantasie, der Vorstellung und der Imagination nutzen und gebrauchen lernen. Der ganze Mensch mit seinen individuellen Möglichkeiten wird in seiner Selbstverantwortung unterstützt. Hier wird die Verbundenheit zur Humanistischen Psychologie deutlich.

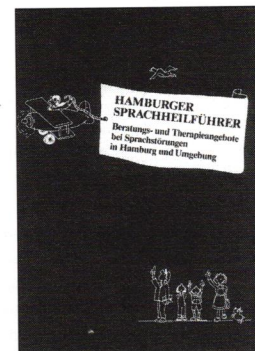
Das Praxisbuch besteht aus drei gut strukturierten Kapiteln mit den Überschriften: Das eigene Ich, Begegnung und Kontakt mit anderen, Autogenes Training und Geschichten zum Wohlfühlen. In jedem Kapitel sind zahlreiche Übungen zu finden, mit deren Hilfe Kinder und Jugendliche ihre Gefühle, Fähigkeiten, Grenzen, Einstellungen, Ziele, Wünsche, Perspektiven usw. im Hinblick auf sich selbst und den Kontakt mit anderen thematisch bearbeiten können. Besonders erwähnenswert sind die Übungen, die Krankheiten und Behinderungen thematisieren, da hierdurch das Selbstbild und der Kontakt von Kindern und Jugendlichen in der Regel stark geprägt wird.

Die Übungen sind übersichtlich gegliedert. Mit Hilfe von Piktogrammen gelingt es schnell, einen Überblick

zu bekommen. Jede Übung wird mit einer kurzen Zielsetzung eingeführt. Zur Durchführung gibt es genaue Anleitungstexte, wodurch die Übungen leicht umsetzbar sind. Wichtig sind auch die Hinweise, worauf nach den Übungen zu achten ist.

Tatsächlich ist es Manteufel und Seeger gelungen, ein ausgezeichnetes Handwerkszeug für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen anzubieten. Die eigenen praktischen Erfahrungen der beiden Autoren in einer psychosomatischen Kinderklinik spiegeln sich in Auswahl und Aufbereitung der Übungen, die sich auch für den Einsatz in der Schule gut eignen. Das Buch regt dazu an, immer wieder darin zu blättern und Neues auszuprobieren.

Martina Hehn-Oldiges



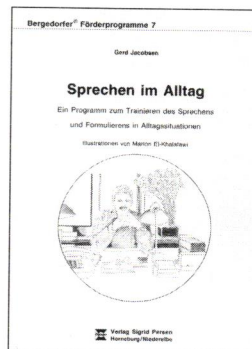
Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Landesgruppe Hamburg (Hrsg.): Hamburger Sprachheiführer. Beratungs- und Therapieangebote bei Sprachstörungen in Hamburg und Umgebung. 4. Auflage, Hamburg 1994. 48 Seiten, 3 DM.

Der 'Hamburger Sprachheiführer' war längere Zeit vergriffen und ist jetzt neu erschienen. In der vierten, neubearbeiteten Auflage wurde das Adressenverzeichnis aktualisiert. Es entspricht dem Stand vom Januar 1994. Die vielfältigen Angebote und Initiativen, die für Sprachgestörte vorhanden sind, wurden übersichtlich zusammengestellt. In kurzer Form werden Hinweise zu den verschiedenen Sprachstörungen gegeben. Kapitel „Sprachtherapie bei Kindern“ und „Wege zur Sprachtherapie“ wurden neu aufgenommen.

Der 'Hamburger Sprachheiführer' ist eine große Hilfe für die Betroffenen, aber auch für Eltern, Sprachtherapeuten, Pädagogen und Ärzte, um sich umfassend über die vorhandenen Angebote informieren zu können. Die gelungene graphische Gestaltung der 48 Seiten umfassenden Broschüre macht ihre Benutzung zu einem Vergnügen. (Die Broschüre ist gegen Voreinsendung von 3 DM in Form von Briefmarken zu beziehen bei: Sprachheilschule Zitzewitzstraße, z.Hd. K.-Ch. Becker, Zitzewitzstraße 51, 22043 Hamburg).

Klaus-Christian Becker

Materialien und Medien



Gerd Jacobsen: Sprechen im Alltag. Ein Programm zum Trainieren des Sprechens und Formulierens in Alltagssituationen. Illustrationen von Marioun El-Khalafwi. Verlag Sigrid Persen, Hornburg 1993. 120 Seiten. 36 DM.

Die von *Jacobsen* vorgestellte Sammlung von Sprechsituationen besteht im Hauptteil aus 106 (!) Vorlagen für Gespräche und Rollenspiele, in denen der Schüler oder Klient seine eigenen Gesprächsinhalte in einen vorgegebenen Rahmen aus Themen, Fragen und Informationen einfügen kann. Die einzelnen Situationen sind dabei 17 inhaltlichen Bereichen zugeordnet wie z.B. Arbeitsplatz, Einkauf, Reklamation, Schule, Telefon, Zeitdruck etc. Die jeweils durch eine Zeichnung, die den Gesamtzusammenhang des Gesprächs veranschaulicht, ergänzten Dialoge steigern sich in ihrem Anforderungsniveau von spannungsfreien Gesprächen mit selbstgewählten Inhalten (z.B. mit Freunden in der Freizeit oder mit Kollegen beim Mittagessen) bis hin zu kommunikativ höchst anspruchsvollen Situationen (z.B. einer telefonischen Notfallmeldung bei der Polizei). Als Reflexionshilfe für die Nachbesprechung und weitere Planung ist zusätzlich ein Protokollbogen beigelegt, in den die gemachten Erfahrungen mit dem Rollenspiel, aber auch die anschließenden Überlegungen zum Verhalten in Realsituationen eingetragen werden können.

Jacobsen hat dieses Programm mit erfreulich offener Zielsetzung konzipiert, ohne die vorgeschlagenen Übungen an bestimmte Störungsbilder oder Therapieformen zu binden. Es geht um eine generelle Transferhilfe, d.h. darum, „die Lücke zu verkleinern, die zwischen dem Erlernen von Inhalten in Unterrichts- bzw. Therapieräumen und der Anwendung des Gelernten in Realsituationen besteht“ (S. 9). Denkbare Einsatzbereiche sind Vorbereitungen von In-Vivo-Übungen in der Stottertherapie, Kommunikationsübungen in der Therapie von zentralen Sprach- und Sprechstörungen, Übungen mit veränderten Sprechmustern in der Stotter-, Polter- oder auch Stimmtherapie und übergreifend in allen Therapiephasen, in denen eine indivi-

duelle Form kommunikativer Sicherheit erarbeitet werden soll.

In der (leider sehr kurzen) theoretischen Einführung wird ein weiterer positiver Aspekt dieses Sprechtrainingsprogrammes deutlich: es hat weder etwas von einem Programm (im Sinne festgelegter Abfolgen von Teilschritten) noch etwas von Training (im Sinne von Wiederholung einer starren Übungsform) an sich. Die Vorschläge, die hier unterbreitet werden, sollen vielmehr sowohl in der Reihenfolge als auch in der Übungs- und Reflexionsintensität mit dem Klienten gemeinsam zusammengestellt und erarbeitet werden. Auch eine Verkürzung, Ausweitung oder inhaltliche Änderung der beschriebenen Dialoge ist jederzeit erlaubt und erwünscht, um eine klientenzentrierte Vorgehensweise zu gewährleisten.

Für die wichtige, aber konzeptionell häufig stiefmütterlich behandelte Transferphase in der Therapie von Jugendlichen oder Erwachsenen liegt mit *Jacobsens* Veröffentlichung ein breites Angebot an Sprechanlässen vor, an dem man sich therapeutisch orientieren kann, ohne auf bestimmte programmatische Abläufe festgelegt zu sein. Somit stellt dieser Situationskatalog eine sehr sinnvolle Ergänzung für die individuumzentrierte Sprachtherapie dar.

Claudia Iven



Thomas Babbe: Pyrmonter Wortpaare. Steiner Verlag, Leverkusen 1993. 150 Seiten. 79 DM.

In unserer sprachtherapeutischen Praxis begegnen wir immer wieder Kindern, deren Aussprache scheinbar diffus gestört ist. Oft gelingt die isolierte Lautbildung, nicht oder nicht durchgehend jedoch die adäquate Realisierung im sprachlichen Kontext. Hier ist eine phonologisch orientierte Therapie angezeigt, die es dem Kind ermöglicht, sich diejenigen unterscheidenden Lautmerkmale anzueignen, über die es noch nicht sicher verfügt und damit sein phonologisches System zu erweitern. Zur aktiven Überwindung dieser gestörten phonologischen Prozesse ist der Einsatz von Minimalpaaren (also Wortpaaren, die sich nur in einem Segment unterscheiden) optimal. Eine systematische Zusammenstellung entsprechenden Wort-

bzw. Bildmaterials war bisher leider nicht vorhanden. Mit den Pyrmonter Wortpaaren gibt uns Thomas *Babe* jetzt eine gut strukturierte und umfangreiche Wort- und Bildsammlung an die Hand, die als Basismaterial für eine phonologisch orientierte Therapie gelten kann.

Die Sammlung besteht aus 73 Wortpaarlisten mit mehr als 600 Begriffspaaren, gegliedert nach den Bereichen Phonemsubstitution, Phonemauslassung, Vereinfachung von Affrikaten sowie Vereinfachung von Mehrfachkonsonanten. Der gleichen gut durchdachten Systematik folgen die entsprechenden Bildpaare. 140 Begriffspaare mit jeweils sechs fotokopierfähigen Bildern bieten für jeden phonologischen Prozeß genügend Beispiele. In einer kurzen Einleitung wird die Benutzung der Wortsammlung erläutert, diverse Spielvorschläge im Anhang liefern Anregungen zur spielerischen Einbettung der Minimalpaare.

Die Wort- und Bilderpaare sind jedoch nicht nur in einer phonologisch orientierten Sprachtherapie bei Kindern einsetzbar. Sie lassen sich auch – einzeln oder kombiniert – in der Therapie von Aphasien, Dysarthrien sowie von Lese-Rechtschreib-Störungen verwenden. In letzterem Fall sollten allerdings nur Paare ausgewählt werden, deren phonetische und graphematische Realisierung übereinstimmen. Der recht hohe Preis der Wortsammlung ist meiner Meinung nach durch die vielfältige Einsetzbarkeit des Materials gerechtfertigt.

Vom selben Autor erscheint demnächst ergänzend das Diagnoseverfahren PAPP (Pyrmonter Analyse Phonologischer Prozesse), ein leicht handhabbares Verfahren zur Diagnostik und Therapieplanung, sowie Band II der „Pyrmonter Wortpaare“. Diese Veröffentlichungen werden hoffentlich den Eindruck bestätigen, den der erste Band der „Pyrmonter Wortpaare“ hinterläßt: eine wissenschaftlich fundierte Arbeit aus der Praxis für die Praxis.

Marianne Fröstl

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Zeitschrift für Heilpädagogik, Nürnberg

Heft 8/1993

Berichte des Bundesvorstandes, der Landesverbände und der Bundesreferenten des vds. 497-533.

Heft 9/1993

Franz Amrhein: Bewegungs-, Ausdrucks-, Wahrnehmungs- und Kommunikationsförderung mit Musik. 570-589.

Heft 10/1993

Peter Wachtel, Manfred Wittrock: Zentrierung um Lebensprobleme als schulisches Gestaltungsprinzip. 642-649.

Inge Katharina Krämer: Kinder brauchen Ruhe – zum Einsatz von Atem- und Entspannungsübungen in der Schule. 659-665.

Heft 11/1993

Manfred Talhammer: "Einzig das Leid begründet das Bewußtsein" (F.M. Dostojewskij). Zur Aporetik des ethischen Diskurses in der Sonderpädagogik. 713-728.

Wolf Bloemers: Autonomiebeschränkungen und Ich-Störungen. 729-740.

Heft 12/1993

Jörg Hauschildt: Können die Schüler ohne Lehrer lernen? – Die pädagogische Erkenntnis ist auf das Mithandeln der Kinder angewiesen. 780-789.

Sonderpädagogik, Berlin

Heft 4/1993

Edmund Braun: Diskursethik und Behinderung. 184-192.

Roswitha Romonath: Zur Bedeutung phonetisch-phonologischen Lernens für das sprachdidaktische Handeln bei kindlichen Aussprachestörungen. 194-203.

Klaus-Dietrich Große: Soziale Integration aus der Sicht von Personen mit Behinderungen. 224-230.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Freiburg/Schweiz

Heft 3/1993

Urs Haeberlin: Orientierung und Orientierungslosigkeit in der Heilpädagogik. 277-287.

Hans Grisseemann: Sonderpädagogische Diagnostik und Schulpsychologie im Wandel – Probleme der Förderdiagnostik im Hinblick auf Veränderungen der sonderpädagogischen Integrationsforschung und auf die Ergebnisse des Verbandes der Schweizer Kinder- und Jugendpsychologen. 288-296.

Heft 4/1993

Erhard Dill: Die Einbeziehung der Erkenntnisse zum neuen Weltbild in heilpädagogisches Handeln. 403-408.

Rene J. Müller: Rückblick und Ausblick des Leiters einer Gehörlosen- und Sprachheilschule. 471-477.

Der Sprachheilpädagoge, Wien

Heft 3/1993

Lislott Ruf-Bächtiger: Hirnfunktionsstörungen bei normal-intelligenten Kindern. 1-17.

Barbara Zollinger: Entwicklungspsychologie früher Spracherwerbsstörungen: theoretische, diagnostische und therapeutische Ansätze. 18-26.

Jutta Micheuz: Zentral-auditive Wahrnehmungsstörungen. 27-83.

Heft 4/1993

Brigitte Jandrisevits: Familientherapeutische Betrachtungsweise des Stotterns. 1-37.

Stephan Baumgartner: Die Behandlung des kindlichen Stotterns in Anlehnung an Van Riper: Gedanken und Erfahrungen eines Sprachheilpädagogen. 38-62.

Klaus-Peter Becker: In Rothscherscher Tradition. 63-69.

Sprache – Stimme – Gehör, Stuttgart

Heft 3/1993

H.-J. Schulz-Coulon, J.P. Beniers: Stimmprothese – warum? 89-94.

G. Kittel, M. Moser, E. Dennerlein: Auswirkungen semantischer Reizinhalte auf die Wahrnehmungspotentiale bei Normalpersonen. 95-100.

M. Bley, U. Mielke: Taijiquan in der Stottertherapie. 101-104.

U. Luft, P. Grunert, W. Wagner, A. Perneczky: Intraoperativer Einsatz der Aphasiediagnostik mit Prozessen im kortikalen Sprachzentrum. 105-107.

M. Lasar, S. Kotterba: Schizophrene Sprachveränderungen und Aphasie. 108-113.

G. Friedrich: Modelltheoretische Aspekte der Ätiopathogenese funktioneller Dysphonien. 114-118.

Heft 4/1993

H. Wendler: Pathophysiologie der Kommunikation zwischen Spezialisierung und Interdisziplinarität. 136-138.

Ch. Klicpera, M. Graeven, A. Schabmann: Die Entwicklung der Lese- und der Rechtschreibfähigkeit bei sprachentwicklungsgestörten, leseschwachen und durchschnittlichen Schülern von der 1. zur 4. Klasse. 139-146.

H. Ding: Grundlagen der auralen Rehabilitation Gehörloser. 147-151.

J. Swart: Hörstörungen und Rehabilitation mehrfach Behinderter am Beispiel der Trisomie 21. 152-157.

R.G. Matschke: Hört der Mensch vor der Geburt? Neuere Erkenntnisse zur Reifung der menschlichen Hörbahn. 158-163.

M. Ptak, A. Ptak, F. Bootz, R. Arold: Vergleichende Untersuchungen verschiedener Phonationsersatzmechanismen. 164-168.

Doris-Maria Denk, F. Frank: Die Wertigkeit verschiedener Stimmfeldmessungen an jeweils demselben Probanden. 169-172.

Sonderpädagogik in Berlin. Informationen des vds-Landesverbandes. Berlin

Heft 4/1993

Otto Braun: Zur Schwerhörigen- und Sprachheilpädagogik in Berlin. Eine Einführung. 5-8.

Otto Braun: Aktuelle Grundfragen der sonderpädagogischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. 79-87.

Annette Leonhardt: Partner- und Gruppenlernen im Kontext der Sozialformen. 48-78.

Thomas Gieseke: Diagnostik, Therapie und Unterricht bei sprachgestörten Kindern aus neuropsychologischer Sicht – Falldarstellung. 88-104.

L.O.G.O.S. interdisziplinär, Stuttgart

Heft 1/1993

Christiane Gleiniger: Beschreibung und Erklärung kindlicher Sprachstörungen. Ein systematischer Überblick. 6-17.

Ute Ritterfeld: Das Rätsel Paul. Möglichkeiten einer systematischen Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion. 18-25.

Sieneke, M. Goorhuis-Brouwer: Kinder mit Aphasie. 26-28.

Melanie Berg: Was hat der Eid des Hippokrates mit der Berufsethik von kommunikationstherapeutischen Berufen zu tun? 42-48.

Carsten Doefke, Claudia Siebert: Hemisphärenspezialisierung und Aufmerksamkeitsverteilung bei räumlich-konstruktiven Leistungen. 54-61.

Dorothee Gutknecht: Das Schwingen. Basis der Atem-, Stimm- und Sprachtherapie nach Schlaffhorst-Andersen. 62-65.

Eine Frage – vier Antworten: Können polternd Redende langsam sprechen lernen und dies auch in die Spontansprache übertragen? 35-37.

Das Profil: Dr. Maria Weuffen. 38-40.

Die Redaktion

Aus-, Fort- und Weiterbildung**Internationale Sonnenberg-Tagungen 1994**

Auch im Jahr 1994 veranstaltet der Internationale Arbeitskreis Sonnenberg wieder mehrere Tagungen zum Themenkreis „Rehabilitation der Behinderten“. Information und ausführliche Tagungsprogramme sind erhältlich bei: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Postfach 2654, D-38016 Braunschweig.

Jahresfortbildungstagung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. vom 11.5.-14.5.1994 in Mainz

Vom 11.5. bis 14.5.1994 findet in der Rheingoldhalle, Mainz die Jahresfortbildungstagung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. statt. Hauptthemen werden sein:

Kommunikation mit Schwerhörigen und Gehörlosen,

Interaktive und pragmatische Ansätze in der Logopädie.

Neben den Vorträgen werden 34 Seminarveranstaltungen für einen kleineren Teilnehmerkreis angeboten.

Das Programm ist ab Mitte Februar 1994 in der Geschäftsstelle des DBL, Augustinusstraße 9d, 50226 Frechen, erhältlich.

Wolfram Ziegler / Marion Jaeger

Materialien zur Sprechpraxietherapie

Die Wortlisten sind nach Silbenzahl und phonologischer Komplexität sowie nach sprechmotorischen Kriterien organisiert. Das umfangreiche, etwa 2400 ein- bis viersilbige Wörter umfassende Material wird durch theoretische Erläuterungen und durch einen kurzen Verwendungsleitfaden eingeführt.

1993, 40 S., Format DIN A 4, geh

ISBN 3-86145-046-1

Bestell-Nr. 8511, DM 29,80

Dolores Claros Salinas

Texte verstehen**Materialien für Diagnostik und Therapie**

1993, Grundaussgabe: Manual 24 S. und Material (4 Blocks à 53 Blatt)

ISBN 3-86145-048-8

Bestell-Nr. 8513, DM 69,80

Annelie-Frohn-Preis 1994

Für das Jahr 1994 wird erneut der Annelie-Frohn-Preis von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie und der Annelie-Frohn-Stiftung ausgeschrieben. Die Dotation beträgt DM 10.000,-. Der Preis wird vergeben für die beste wissenschaftliche Arbeit, die die Förderung hör- und/oder sprachgestörter Kinder zum Thema hat.

Arbeiten sind einzureichen an das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, z.Hd. Prof. Dr. M. Gröss, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, bis zum 30.6.1994.

Vorschau

I. Pause/ B. McKenna: Atem, Stimme und Gebrauch des gesamten Organismus als funktionelle Einheit. Eine Einführung in die F.M. Alexander-Technik.

E. Auernheimer: „Erst hatte ich so Angst, und dann war es ganz toll!“ Ein Theaterprojekt im zweiten Schuljahr einer Sprachheilschule.

R. Romonath: Vokalische Fehlrealisationen bei sprachgestörten Kindern: Empirische Ergebnisse und diagnostisch-therapeutische Konsequenzen.

A. Deuse: Atem-, Stimm-, und Sprechübungen am Computer im Rahmen eines 'ganzheitlichen' oder 'integrierten' Konzepts?

Gisela Röttgen

Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb**Tier-Theater-Texte**

Dieses Anleitungsbuch zur Sprachförderung von Kindern im Alter von vier bis acht Jahren wendet sich an interessierte Laien und Therapeuten. Das zweiteilige Übungsprogramm läßt sich sowohl zur Vorbeugung als auch zur Behandlung von Störungen der Sprache einsetzen. Es soll das Sprachverständnis, Ausdrucksvermögen und den Wortschatz erweitern.

Das Programm ist geeignet für Kinder mit Störungen in der Aufnahme, Verarbeitung und Wiedergabe von Sprache, unökonomischer Atmung, Störungen der Bewegung, Wahrnehmungsschwierigkeiten und Kontaktstörungen.

1993, 140 S., Format DIN A 4, Ringbindung

ISBN 3-86145-039-9

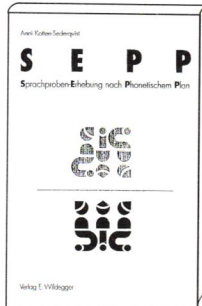
Bestell-Nr. 8510, 38,00

borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund ☎ 12 80 08 • FAX (02 31) 12 56 40

SEPP

Sprachproben-Erhebung nach Phonetischem Plan
 von Prof. Dr. Anni Kotten-Sederqvist
 187 Seiten, 1993, DM 48,15, ISBN 3-9802932-1-1



Dieses Buch soll eine Hilfe zur Erstellung eines Instruments „ökologisch valider“ Datenerhebung für Sprach- und Sprachentwicklungsdiagnostik darstellen. Unter verschiedenen Fragestellungen im Interesse der Forschung lassen sich Sprachproben nach den Prinzipien des SEPP ebenfalls

gewinnen. Ein wichtiges Anliegen des Konzepts ist die Art der Darbietung motivierenden Stimulusmaterials: Das dem Zielwort entsprechende Inhaltselement soll im Situationskontext stehen, durch humoristische oder außergewöhnliche Effekte das Interesse wecken. Somit kommt das entstandene Sprachmaterial den Kriterien echter Spontansprache sehr nahe.

Der Textteil beinhaltet vielseitige Anregungen theoretischer und praktischer Art. Durch die „engmaschige“ phonologische Zuordnungssystematik des phonetischen Plans wird die Analysearbeit eines „SEPP-users“ erleichtert und die Einsatzmöglichkeit des informellen Erhebungsverfahrens auch als Artikulationstest ermöglicht.

Dieser zweite Band unserer Fachbuchreihe Wissenschaft für die Praxis kann neben dem ersten Band mit dem Titel „Schriftsprachtherapie“ von Dr. Elisabeth Wildegger-Lack beim Verlag bestellt oder über den Buchhandel bezogen werden.

Ferner gehören zum Verlagssortiment **therapieimmanent umstrukturierte Gesellschaftsspiele**, die besonders für Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten im Bereich der Laut- und Schriftsprache, sowie erwachsene Aphasiepatienten geeignet sind. Einen kostenlosen Prospekt mit näheren Beschreibungen und Abbildungen dieser seit über fünf Jahren in der Praxis erfolgreich erprobten **Buchstabenwürfel-, Brett- und Kartenspiele** können Sie anfordern über



Verlag E. Wildegger
 Kerschensteinerstr. 98 a
 82110 Germering,
 Tel.: 0 89 / 6 99 07 33
 Fax: 0 89 / 6 90 19 33

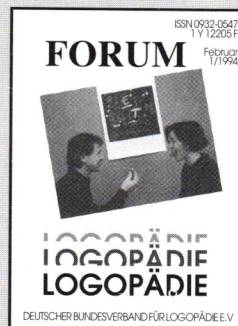
**4. Rhein-Ruhr-Meeting
 in Bochum**
 am 27. Mai 1994 im Audimax
 der Ruhr-Universität Bochum
 Beginn: 9.00 Uhr

Titel:

Cerebrale Prozesse und ihre Darstellung als Grundlage der Aphasiotherapie

Auskunft erteilt:

Dr. W. Widdig
 Berufsgenossenschaftliche Kliniken
 Bergmannsheil Bochum
 Neurologische Klinik u. Poliklinik
 Direktor: Prof. Dr. J.-P. Malin
 Gilsingstr. 14
 44789 Bochum
 Tel.: 0234/302-6635



- **FORUM LOGOPÄDIE, DIE Fachzeitschrift für Logopädie** erscheint 4 x jährlich, mit mindestens 80 Seiten Inhalt
- Herausgegeben vom Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V.
- kostet jährlich nur 72,- DM, 504,- öS, 72,- sFr im Inland (Ausland zzgl. Porto-kosten)

Bestellscheine und kostenlose Probe-exemplare können angefordert werden beim

SCHULZ-KIRCHNER VERLAG
 Itzbachweg 2 • D-65510 Idstein
 Tel.: 0 61 26 / 5 22 01 • Fax: 0 61 26 / 5 21 79

BERGEDORFER KOPIERVORLAGEN**Z.B. Lesenlernen mit Hand und Fuß**

der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen und die **Mitmach-Texte** von Ulrike Marx und Gabriele Steffen.
Neu: Alltagsbildgeschichten, Theaterstücke.

BERGEDORFER KLAMMERKARTEN

für Mathematik und Deutsch in Grund- und Sonderschule.

BERGEDORFER LEHRMITTELSERVICE

BERGEDORFER BÜCHERSERVICE - Neu:
 Sprechen im Alltag von Jacobsen - Fordern Sie unser
 vielfarbiges 60seitiges Gesamtverzeichnis an!



Verlag Sigrid Persen

Postfach 260, D-21637 Horneburg

Tel.: 0 41 63 81 40 40 Fax 0 41 63 81 40 50

Kurse in „Myofunktioneller Therapie“

Leitung: Anita Kittel, Logopädin

- 1.) 08./09.07.94 in Berlin (Grundkurs)
- 2.) 29.10.94 in Sulingen (Aufbaukurs)
- 3.) 30.09./01.10.94 in Tübingen (Grundkurs)
- 4.) 31.10./01.11.94 in Buxtehude (Grundkurs
2 x nachmittags/abends)

Anmeldungen unter Angabe des Berufes
 und Telefon (dienstlich und privat):

Anita M. Kittel,

Karlstr. 16, 72764 Reutlingen

Praxisgemeinschaft für Logopädie und Psychotherapie**Therapie - Supervision - Fortbildung**

Fortbildungen zur psychologisch-therapeutischen Kompetenzerweiterung

- | | | |
|--|---------------------------|--------------|
| * Elternarbeit in der therapeutischen Praxis (5 tlg.) | F. Dumbs, R. Gschwandtner | 10.-11.06.94 |
| * Familienbezogenes Arbeiten (2 tlg.) | F. Dumbs, R. Gschwandtner | 16.-17.09.94 |
| * Stottertherapie bei Kindern (3 tlg. Intensivkurs) | R. Gschwandtner | 26-30.09.94 |
| * Stottertherapie bei Erwachsenen (3 tlg.) | F. Dumbs | 08.-09.10.94 |

weitere Seminare: *Hypnotherapeutisches Arbeiten mit Kindern * Körper-Atmung-Stimme * Humor und Provokation * Familienrekonstruktion

vollständiges Programm und Anmeldung bei:

Praxisgemeinschaft für Logopädie und Psychotherapie

Roswitha Gschwandtner, Logopädin & **Franz Dumbs**, Dipl. Psych., Familientherapeuten;

Bielingstr. 25, 90419 Nürnberg; Tel. 0911/33 29 90 oder 09134/53 12, Fax: 09134/94 55

TANDEM**Auszug aus dem Seminarprogramm 1994****Seminarreihe: Stimme**

in Berlin - Beginn: 9. Juli (ca. 50 Std.) - Gebühr: 880 DM

Seminarreihe: Aphasie und Dysarthrie

in Berlin - Beginn: 16. Juli (100 Std.) - Gebühr: 1380 DM

Psychomotorik in der Legasthenietherapie

in Kassel - 30.4.-1.5.94 - Gebühr: 235 DM

Ausgewählte Interventionen aus körperbezogenen**Verfahren für die Stimmarbeit**

in Osnabrück - 28.-29.5.94 - Gebühr: 255 DM

Neuropsych. Störungen im Rahmen von Aphasien

in Düsseldorf - 17.-18.6.94 - Gebühr: 200 DM

NLP und Aphasie

in Kassel - 18.-19.6.94 - Gebühr: 250 DM

**Optimierung logopädischer Therapie
durch Elternberatung**

in Göttingen - 24.-25.6.1994 - Gebühr: 235 DM

Die Resonanzmethode

in Kassel - 25.-26.6.94 - Gebühr: 255 DM

**Einführung in die Therapie mit stotternden
Kindern und Jugendlichen**

in Kassel - 2.-3.7.94 - Gebühr: 230 DM

TANDEM - Frankfurterstr. 195 - 34121 Kassel

Wir suchen eine nette Kollegin!

**Logopädin, Sprachtherapeutin
oder Sprachheilpädagogin**

In meiner gut eingeführten Sprachheilpraxis in Bremerhaven werden alle Störungsbilder behandelt, Schwerpunktbildung der neuen Kollegin ist jedoch möglich.

Geboten werden:

- großzügige Praxisräume
- eigener, gut ausgestatteter Therapieraum
- Festeinstellung (nach BAT) oder
- auch Honorarbasis möglich
- Wohnraum vorhanden

(Wahlweise: sehr schöne 1-Zi.-Wohnung in Praxisnähe oder kleines Haus mit großem Garten am Stadtrand; beides renoviert.)

Bitte bewerben Sie sich oder rufen Sie einfach an:

**Sprachheilpraxis
 Susanna Wagener M.A.
 Spichernstraße 1
 27570 Bremerhaven
 Tel 0471/3 40 33**



Jugendwerk Gailingen e.V.

Neurologisches Rehabilitationskrankenhaus
für Kinder und Jugendliche

(222 Betten; Äztl. Direktor: Dr. med. Arne Voss)

Für unsere neu eröffnete Abteilung Frührehabilitation/
Frühmobilisation (40 Betten) sowie für die Abteilung all-
gemeine Rehabilitation (182 Betten) suchen wir

Logopäden/innen oder Sprachheilpädagogen/innen

zur Behandlung von Aphasien, Dysarthrien (sowie
Sprachentwicklungsstörungen). Erfahrungen auf die-
sem Gebiet sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Das logopädische Team besteht aus acht Therapeuten;
eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen,
Ergotherapeuten und Krankengymnasten ist gewähr-
leistet.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit allen Vergünstigun-
gen des öffentlichen Dienstes; Zusatzversicherung VBL.

Es bestehen großzügige Fortbildungsmöglichkeiten.

Bewerbungen bitte an den

Äztl. Direktor

Herrn Dr. med. Arne Voss

Jugendwerk Gailingen e.V.

Postfach

78260 Gailingen am Hochrhein

Suche ab November '94 oder später
für die Erweiterung meiner logopädi-
schen Praxis in Brandenburg

Sprachtherapeut/in oder Logopäden/in

Bewerbungen bitte an:

Birgit Rohloff,

Johannisburger Anger 36

14772 Brandenburg

Anzeigenschluß

für

Heft 3/94

ist der 3. Mai 1994

W I S S E N I S T M A C H B A R

Das IFBE, Tochterunternehmen der COGNOS AG, Hamburg, größter
privatwirtschaftlicher Bildungsanbieter Deutschlands, wächst weiter.
Für unsere neue Logopädie-Lehranstalt in Erfurt, die im Herbst 1994
ihre Arbeit aufnehmen wird, suchen wir baldmöglichst



Lehrlogopäden/innen

Dipl. Sprechwissenschaftler/innen (klin.), Dipl. Lehrer/innen,
Dipl. Erzieher/innen und Dipl. Vorschulerzieher/innen für
Sprachgeschädigte/-gestörte (mit Anerkennung als Logopäde/in)

Um Ihnen die Einarbeitung zu erleichtern, würden wir Sie schon
ab sofort gerne in einer unserer ostdeutschen Logopädie-
Lehranstalten einsetzen. Wenn Sie in einem jungen Team die
Ausbildung künftiger Logopädie-Fachkräfte tatkräftig mitge-
stalten möchten, schicken Sie bitte Ihre Bewerbung (mit
beglaubigtem Diplom bzw. Anerkennung) an Herrn Direktor
Becker, IFBE Bildungszentrum Mühlhausen.

IFBE Institut für
berufsbezogene
Erwachsenenbildung
GmbH
Görmarsche Landstr. 81
99974 Mühlhausen
Tel. (0 36 01) 44 05 56

W I S S E N I S T M A C H B A R

Suche dringend zum nächstmöglichen Termin für meine logopädische Praxis (Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen) Mitarbeiter/in (Sprachheilpädagogen/in / Diplompädagogen/in ASSL) für 25-30 Std. Anstellung oder freie Mitarbeit (Schwerpunkt: Sprech-Sprachtherapie).

Großraum Dortmund-Münster

Chiffre-Nr.: SP 29401

Zur Mitarbeit in meiner logopädischen Praxis suche ich ab sofort oder später eine

Logopädin oder Sprachheiltherapeutin

in Vollzeitbeschäftigung.

Monika Heising, 79539 Lörrach
Marktplatz 9, Tel.: 07621/12929

Der Caritasverband für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V.

sucht für seinen zweigruppigen Sprachheilkindergarten in Bergisch Gladbach zum nächstmöglichen Termin einen

Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten bzw. Logopädin/Logopäden

Wir wünschen uns eine/n MitarbeiterIn mit:

- ♦ Bereitschaft zur Mitarbeit in einem interdisziplinären Team
- ♦ Erfahrung im Bereich Wahrnehmungsstörungen sowie an der Arbeit mit sprachgestörten/entwicklungsverzögerten Kindern und deren Eltern

Vergütung erfolgt nach AVR mit Zusatzleistungen, Fortbildungsmöglichkeiten und Supervision.

Bitte senden Sie ihre Bewerbungsunterlagen an:

Caritasverband für den Rhein.-Berg. Kreis e.V.
z.Hd. Herrn Kuschel
Laurentiusstr. 4-12
51465 Bergisch Gladbach

Auskunft erteilt:

Herr Hack
Leiter der Einrichtung
Tel.: 02202/8 50 59

Suche ab 01.06.1994 **Sprachtherapeutin oder Logopädin** für eine 15-Stunden-Stelle, die ab 01.08.1994 in eine Vollzeitbeschäftigung übergehen soll.

**Sprachtherapeutische Praxis
Martina Pütz-Beste
Flach-Fengler-Str. 112
50389 Wesseling
Tel. 0 22 36 / 4 63 90**

Sprachtherapeut/in oder Logopäde/in

für Sprachtherapeutische Praxis im Raum Köln gesucht.

Beschäftigung auf Honorarbasis oder Festanstellung möglich.

Chiffre: SP 29402

Für die Kindergärten der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Oberberg e.V. suchen wir zum frühestmöglichen Zeitpunkt

eine(n) Logopäden(in)

In unseren Einrichtungen werden behinderte und nicht behinderte Kinder im Vorschulalter betreut und gefördert.

Wir erwarten Interesse an der Arbeit mit den Kindern und intensive Zusammenarbeit mit den übrigen Fachkräften.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BMT/AW.

Bewerbungen (Lebenslauf, Lichtbild, Übersicht über den beruflichen Werdegang und Zeugnisse) werden erbeten an:



**Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband
Oberberg e.V., Hüttenstr. 27,
51766 Engelskirchen (Telefon
02263/70542 oder 70447)**

Suche für Freie Praxis
SprachtherapeutIn oder
LogopädIn

zu besten Konditionen evtl. auch
 Praxisübernahme in den Schwarz-
 wald-Baar-Kreis bzw. und nach
 Rottweil in HNO-PRAXIS.

Tel.: 07 71 / 71 99

FAX: 0 76 57 / 15 42

**Bestens eingeführte
 sprachtherapeutische Praxis**

am unteren Niederrhein zu günsti-
 gen Konditionen abzugeben.

4 Mitarbeiter, komplett eingerichtete
 Räumlichkeiten.

Kontaktaufnahme Chiffre SP 29404

**An der Neurologischen Abteilung der
 Berufsgenossenschaftlichen
 Unfallklinik Murnau**

(Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. V. Bühren)
 ist ab 01.06.1994 die Stelle einer/eines

Logopädin/-en

zu besetzen.

Das Aufgabengebiet umfaßt die Behandlung
 aphasischer und dysarthrischer Störungen bei
 Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma - ein-
 schließlich Frührehabilitation.

Vergütung gemäß BG-AT, incl. Urlaubsgeld
 und Weihnachtsgeld, preisgünstiges
 Mittagessen, ggf. Unterbringung in Personal-
 wohnung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen
 Unterlagen werden erbeten an:

Dr. med. L. Nusselt
Chefarzt der Neurologischen Abteilung
der BG-Unfallklinik Murnau
Postfach 14 31 • 82414 Murnau



Verein für Caritasheime
 Heimat für alte, junge und
 behinderte Menschen

Der **Verein für Caritasheime** betreut in seinen
 13 Einrichtungen mehr als 2000 alte und behinderte
 Menschen und sucht für seinen

**Sonderpädagogischen Kindergarten „St. Hildegard“ in Paderborn-Schloß
 Neuhaus** mit 32 Plätzen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine

Sprachtherapeutin / Logopädin

Der Arbeitsschwerpunkt der Sprachtherapeutin liegt in der Diagnostik, der Förderung
 der Sprachentwicklung sowie der Therapie von Sprachstörungen.

Wir wünschen uns eine Mitarbeiterin, die Einfühlungsvermögen bei der Arbeit mit
 behinderten Kindern zeigt, selbständig arbeitet und gleichzeitig die Bereitschaft zur
 engen Zusammenarbeit mit dem gesamten Team und den Eltern mitbringt.
 Eine positive Einstellung zum sozial-caritativen Dienst der katholischen Kirche wird
 vorausgesetzt.

Die Vergütung erfolgt nach den AVR (vergleichbar BAT) einschließlich der üblichen
 sozialen Leistungen und Zusatzversorgung.

Bewerbungen und Rückfragen richten Sie bitte an

Sonderpädagogischer Kindergarten „St. Hildegard“
Merschweg 3, 33104 Paderborn
Telefon: 0 52 54 / 78 44

Sprachtherapeutische Praxis
Marita Rick-Engels
Neustr. 78
50374 Erftstadt
(ca. 20 Min. von Köln)
Tel.: 0 22 35 / 52 90

sucht für sofort oder später

Sprachtherapeut/in

als freie Mitarbeiter/in.

Unsere eingruppige integrative Kindertagesstätte „Haus Kunterbunt“ e.V.

sucht zum 1. Juni 1994 eine/n

Logopäden/in oder

Sprachtherapeut/in

als Erziehungsurlaubsvertretung.

Bewerbungen an:

**Dagmar Kuhl • Louis-Hagen-Str. 17
53757 St. Augustin • Tel.: 02241/33 30 66**

Dipl.-Sprachtherapeutin

in ungekündigter Stellung mit 3-jähriger Berufserfahrung auf dem Gebiet der Sprachentwicklungsverzögerung und der Lautspracherziehung bei hörgeschädigten Kindern sucht neue Anstellung im Raum Lüdenscheid - Hagen - Iserlohn.

Zuschriften bitte unter Chiffre SP 29403

Stud. Paed. (mit Kinderpflegerinnenausb., 31 J.)
sucht Praktikumsplatz in einem der folgenden Arbeitsbereiche:

- Sprachrehabilitation bei geistig behinderten Kindern/Erw.
- Sprachtherapie nach operativen Eingriffen/HNO-Praxis
- Stimmtherapien
- Sprachheilpäd. Praxis

Mögliche Zeiträume: 04.07. - 30.07.1994

8 Wochen während der Zeit von Oktober bis Dezember (vormittags) oder semesterbegleitend zwei Tage pro Woche möglichst Raum DO/BO/E u. nähere Umgebung. Telefon: 02 31/ 67 41 21.

Logopädin/Sprachheiltherapeutin (28) aus der Schweiz sucht ab Herbst 94 Stelle oder Vertretung in Hamburg. Praxiserfahrung in allen sprachtherapeutischen Bereichen und dem Affoltermodell.

Chiffre-Nr.: SP 29400

Horst Manfred Otte

Ohnmächtige Eltern

Was Eltern verzweifelt macht und Kinder verunsichert

Ein Elternführerschein

März 1994, XII/172 Seiten,
Format DIN A5, br, ISBN 3-86145-058-5,
Bestell-Nr. 8366, DM 29,80

In unserer heutigen konsumorientierten Welt mit zunehmender Scheidungsrate wird die geglückte Erziehung eines Kindes immer schwieriger. Viele Kinder sind in ihrer Entwicklung gefährdet – und das hat Auswirkungen für die Zukunft.

Die Eltern haben oft den „Draht“ zu ihrem Kind verloren. Ohnmächtig stehen sie seinen Verhaltensauffälligkeiten gegenüber, wie Aggressionen gegen sich und andere, übermäßige Lebhaftigkeit, Einnässen und Einkoten, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Autismus. Die Verzweiflung der Eltern bewirkt bei den Kindern eine weitere Verunsicherung – ein Teufelskreis!

Schwerpunkt dieses Buches ist die Beschreibung des Festhaltens im Sinne von Frau Dr. phil. Jirina Prekop, das der Autor mit großem Erfolg in der klinischen Praxis durchführt. Dabei kommen in weiten Teilen die betroffenen Eltern selbst zu Wort! Darüber hinaus werden Eltern, Erzieher, Lehrern und Therapeuten Auswege und Anregungen zur Verbesserung der Lebenssituation der Kinder in Familie und Gesellschaft aufgezeigt.

borgmann publishing

Hohe Str. 39 • D-44139 Dortmund
Tel.: 02 31-12 80 08 • FAX: 12 56 40

Handbuch der Sprachtherapie in 8 Bänden

Handbuch der Sprachtherapie - Band 7
Herausgegeben von Manfred Grohnfeldt

Stimmstörungen

EDITION MARHOLD

Herausgegeben von Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt,
Direktor des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik
an der Universität zu Köln unter Mitarbeit von über 100
namhaften Fachwissenschaftlern und ausgewiesenen
Praktikern.

NEU
Band 7
Stimmstörungen
ca. 500 S., ca. DM 98,-
ISBN 3-89166-446-X

Bereiterschienen:

Band 1
**Grundlagen der
Sprachtherapie**
XIII, 356 S., mit mehreren Abb.,
Oktav, Ln., DM 64,-
ISBN 3-89166-440-0

Band 2
Störungen der Aussprache
XIV, 290 S., mit mehreren Abb.
u. Tab., Oktav, Ln., DM 54,-
ISBN 3-89166-441-9

Band 3
Störungen der Semantik
XII, 256 S., mit mehreren Abb.
u. Tab., Oktav, Ln., DM 54,-
ISBN 3-89166-442-7

Band 4
Störungen der Grammatik
XIV, 289 S., mit mehreren Abb.,

Oktav, Ln., DM 58,-
ISBN 3-89166-443-5

Band 5
**Störungen der
Redefähigkeit**
XIX, 548 S., Abb., Oktav, Ln.,
DM 98,-
ISBN 3-89166-444-3

Band 6
**Zentrale Sprach- und
Sprechstörungen**
XVIII, 534 S., Abb., Oktav, Ln.,
DM 98,-
ISBN 3-889166-445-1

In Vorbereitung:

Band 8
**Sprachstörungen im
sonderpädagogischen
Bezugssystem**
ISBN 3-89166-447-8

Schriften zur Sprachheilpädagogik

Schriften zur Sprachheilpädagogik

Christina Haeseling
**Stottern im
(Vor-)Schul-
alter**
Therapeutisch-didaktische
Überlegungen

EDITION MARHOLD

Band 1
Boris Hartmann
Mutismus
Zur Theorie und Kasuistik des
totalen und elektiven Mutismus
VI, 142 S., 10 Abb., Pb.,
DM 26,-
ISBN 3-89166-122-3

Band 2
Axel Weber
Befreiung vom Stottern
Philosophische Betrachtungen
aus der Innensicht eines
Betroffenen
104 S., Pb., DM 24,80
ISBN 3-89166-145-2

Band 3
Herbert Günther
**Integration sprachbe-
hinderter Schüler in die
Regelschule**
Eine empirische Untersu-
chung zur schulischen In-
tegration in der Einschätzung
und Beurteilung durch Sprach-
pädagogen in der Bundesre-
publik Deutschland

232 S., 10 Abb., Pb.,
DM 39,80
ISBN 3-89166-166-5

Band 4
Christina Haeseling
**Stottern im (Vor-)
Schulalter**
Therapeutisch-didaktische
Überlegungen
164 S., 20 Abb., Pb.,
DM 34,-
ISBN 3-89166-167-3

Band 5
Monika Hartig-Gönnheimer
**Entwicklungen und
Störungen des
SELBST bei sprach-
behinderten
Kindern**
Zur Integration selbstpsycholo-
gischer Ansätze in Theorie und
Praxis der Sprachbehinderten-
pädagogik
ca. 384 S., Pb.,
DM 49,80
ISBN 3-89166-177-0

Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess

Potsdamer Str. 199 · D-10783 Berlin

Postfach 30 30 46 · D-10730 Berlin

Telefon (030) 216 50 61 · Fax (030) 216 50 64

L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund

Postvertriebsstueck L 11772 F Entgelt bezahlt
002 006 110621
Kurt Bielfeld
Leonberger Ring 1
12349 Berlin

*Ihre Praxis ist
unser Programm!*

Dietrich Eggert

unter Mitarbeit von Birgit Lütje-Klose u.a.

**Theorie und Praxis der
psychomotorischen Förderung**
Textband und Arbeitsbuch

1994, 404 S., Großformat 21 x 28cm, in zwei
Bänden (Arbeitsbuch als Ringbindung),
ISBN 3-86145-030-5

Bestell-Nr. 8526, DM 68,00

Michael Heuermann

**Geträumte Tänze
– Getanzte Träume**

Entspannung, Phantasie Reisen, Bewegung
und Tanz

Inhalt: Phantasie Reise als Methode: Der Be-
griff der Phantasie Reise; Phantasie Reisen als
Gruppenerfahrung; Der Raum und die Umge-
bung; Der Einsatz von Musik während der
Phantasie Reise; Die Symbolik in den Phanta-
sie Reisen. Beispiele: Feste, Tänze, Rituale;
Symbole; Gefühlsreaktionen.

Feb. 1994, 144 S., m. Abb., Format 16x23cm,
br, ISBN 3-86145-051-8

Bestell-Nr. 8530, DM 38,00

Oskar Lockowandt (Hrsg.)

Frostig Integrative Therapie
Band 1: Lesen und Lesestörung

Dieses Buch stellt eine Reihe der wichtigsten
Arbeiten M. Frostigs zur Praxis des Lesenler-
nens und zu Ursachen, Symptomen und The-
rapieformen sowie hilfreiche Übungen zu Le-
sestörungen vor.

Feb. 1994, 232 S., Format 16x23cm, br
ISBN 3-86145-061-5

Bestell-Nr. 8009, DM 44,00

Horst Manfred Otte

Ohnmächtige Eltern

Was Eltern verzweifelt macht und Kinder
verunsichert

– Ein Elternführerschein –

Vorwort J. Prekop, Th. Hellbrügge, W. Andler
Schwerpunkt dieses Buches ist die Beschrei-
bung des Festhaltens im Sinne von Jirina
Prekop, das der Autor mit großem Erfolg in der
klinischen Praxis durchführt. Dabei kommen in
weiten Teilen die betroffenen Eltern selbst zu
Wort!

März 1994, XII/172 S., Format DIN A 5, br
ISBN 3-86145-058-5

Bestell-Nr. 8366, DM 29,80



verlag modernes lernen - Dortmund

borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund • ☎ 12 80 08 • FAX (02 31) 12 56 40

sprache 2/94