

Die Sprachheilarbeit

3/96

Auf ein Wort

Jens Baumgärtel

Hauptbeiträge

<i>Volkmar Clausnitzer, Emmerting</i>	
<i>Jochen Donczik, Emmerting</i>	
Kinesiologie in der Stottertherapie	147
<i>Arno Deuse, Bremen</i>	
Zentrale Hör- und Sprachverarbeitung	163

Magazin

<i>Im Gespräch</i>	
<i>Hans Werder, Basel</i>	
Schriftspracherwerbsstörungen aus klinisch- psychologischer Sicht	173
<i>Heinz-Lothar Worm, Linden</i>	
Mutismus im Märchen	178
<i>Einblicke</i>	
<i>Melanie Herbst, León</i>	
Nicaragua – Entwicklungsland der Sprachheil- pädagogik?	184

dgs-Nachrichten • Rezensionen • Aus-, Fort- und Weiter-
bildung • Vorschau

41. Jahrgang/Juni 1996

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, Hundsbergstr. 48, 74072 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 Plass, Gryphiusstraße 3, 22299 Hamburg

Hessen:

Friedrich G. Schlicker, Tielter Str. 16,
64521 Groß Gerau

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, Pölkensstraße 7,
06484 Quedlinburg

Schleswig-Holstein:

Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 21465 Wentorf

Thüringen:

Almuth Müller, Erich-Weinert-Straße 17,
07749 Jena

Westfalen-Lippe:

Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39

D-44139 Dortmund

Telefon (0180) 534 01 30, Telefax: (0180) 534 01 20

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 2/1993. Anzeigenleiter: Oliver Gossmann.

Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/12 80 09

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:

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

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

Mitteilungen der Redaktion:

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind. Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Erscheinungsweise:

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember. (Anzeigenschluß: jeweils am 3. des Vormonats.)

Bezugsbedingungen:

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

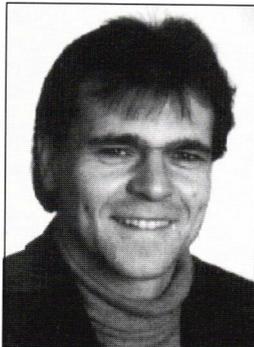
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens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

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

Copyright:

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

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt das Prospekt „Logopädie '96“ des Thieme Verlages bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



Jens Baumgärtel

Auf ein Wort

In Meinungen „Im Gespräch“ gewesen: Nachbemerkungen zu einer Fortbildung „Was ist bloß mit unseren Kindern los?“

Diese Frage bewegt zunehmend viele Pädagogen. Unsere heutigen Kinder erscheinen uns immer schwieriger und auffälliger. Mehr noch, Lern- und Fördererfolge lassen sich schwerer erreichen. Vielfach hemmen sozial-emotionale Erscheinungen den Aneignungsprozeß. Diese Phänomene werden nicht nur in Förderschulen oder bestimmten Regionen beklagt. Vielerorts hört und liest man von den scheinbar gleichen Problemen.

Längst gibt es auch genügend Erklärungsversuche. Mögen es gesellschaftliche Veränderungsprozesse, neue Lebenserschwerisse, der verstärkte Medienkonsum oder einfach andersartige Kindheits-erfahrungen sein, fest steht, daß es viele Faktoren gibt, die wir akzeptieren müssen und nur wenige, die wir beeinflussen können.

Sind wir jedoch schon auf die wenigen Faktoren innerlich, fachlich und überhaupt vorbereitet?

Ersehnt werden Rezepte, Empfehlungen oder Handlungsanweisungen, die möglichst sicher und auch noch sofort funktionieren. Kein Wunder, wenn pädagogische Versuche häufiger zu Resignation und Rückkehr in gewohnte Denkweisen führen als zu prompten Erfolgen.

Aber zurück zur Frage nach den veränderten Ausgangsbedingungen. Sind die Kinder anders?

Sprachstörungen stellen nicht mehr das Hauptproblem der täglichen Arbeit an der Förderschule dar. Dabei haben diese jedoch auf keinen Fall abgenommen. Sie zeigen sich eher hartnäckiger und stärker an andere Phänomene geknüpft. Viele lassen sich eher aus den Bereichen der Lern- oder sozial-emotionalen Entwicklung erklären. Auch kommt es zu Benennungen neuer Störungsbilder. Man spricht immer häufiger von Teilleistungs-, Wahrnehmungs-, Integrations- und Konzentrationsstörungen, vom hyperkinetischen Syndrom oder von emotionalen und neurogenen Lernstörungen. Gab es diese Erscheinungen früher wirklich nicht oder nur nicht so häufig?

Neben den sogenannten Förderbedürfnissen erhält dieses Spektrum eine Erweiterung durch teilweise banale Erziehungsbedürfnisse.

Kann Bildung und Förderung jedoch ohne einen Grundstock an Erziehung realisiert werden?

„Zurück zur Erziehung“ könnte man da als Motto verkünden. Sicher nicht gerade neu, aber warum auch. Immerhin sprachen wir früher auch schon von Bewegungs-, Sinnes- oder Spracherziehung. Heute nennt man es ganzheitliches oder multidimensionales Arbeiten.

Ernst genommen erschließen sich dahinter jedoch bedeutend höhere Ansprüche. Ansprüche an das Eigentliche der Pädagogik, an die Schule als Lernort sowie an die Fähigkeiten als Pädagoge.

PÄDAGOGIK als Alternative gegen die Allmacht heutiger Einflüsse:

klare Orientierungen/Regeln	kontra	Orientierungslosigkeit
Sicherheit, Geborgenheit	kontra	Verunsicherung
Bewegungserfahrungen	kontra	Bewegungslosigkeit
Selbstaktivität	kontra	passiven Rezipierens
Differenzierung	kontra	Einheitlichkeit
Frei- und Entfaltungsräume	kontra	Einengung/Abgrenzung
Zeitgewährung	kontra	Zeitdruck
Ruhe, Stille, Harmonie	kontra	Lärm, Hektik, Reizflut
Ästhetik	kontra	Übertechnisierung

SCHULE als Stätte der Erziehung:

Künftig dürfte eine Verschiebung der Wertigkeit zugunsten der Erziehung immer dringlicher werden, und sei es darum, Bildung und Förderung noch realisieren zu können. Wobei Bildung angesichts der multimedialen Perspektiven vermutlich effektiver über andere Wege erworben werden kann.

PÄDAGOGEN als Suchende nach neuen Wegen und Herausforderungen:

Als Pädagogen begleiten wir ständig Entwicklungsprozesse, legen Wege und Pfade für den Erwerb des Kulturgutes an. Dabei sind wir ständig gefordert, neue Wege zu erschließen. Dies dürfte den eigentlichen Reiz unseres Berufes ausmachen.

Vielleicht sollten wir versuchen, die sich zeigenden Probleme unserer Kinder als Heraus-

forderung zu betrachten und für sie passendere Pfade zu erkunden.

Ohne Zweifel sind dies alles nur allgemeine Aussagen.

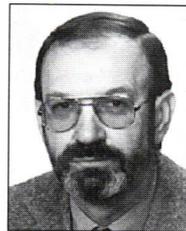
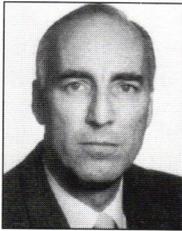
Ohne Zweifel steckt in dem Allgemeinen jedoch auch das Konkrete, wenn man es finden möchte.

Und ohne Zweifel bewähren sich schon bald bislang scheinbar bewährte Praktiken, Ziele und Handlungsmuster nicht mehr, so daß wir am Ende immer öfter Anlaß finden, uns über unsere Kinder zu beklagen.



(Jens Baumgärtel ist Landesfachberater für Sprachheilschulen in Thüringen)

HAUPTBEITRÄGE



Volkmar Clausnitzer, Emmerting
Jochen Donczik, Emmerting

Kinesiologie in der Stottertherapie

Zusammenfassung

In einem ersten Teil der Arbeit wird der Ansatz einer Stottertherapie mit kinesiologischer Orientierung aus der gegenwärtigen Diskussion zum Phänomen Stottern – ausgehend vom Paradigmenwechsel in der Kommunikationstherapie – hergeleitet und im wesentlichen der ganzheitlichen idiographischen Betrachtungsweise zugeordnet. Die Zugänge zum kinesiologischen Therapieverständnis sind: bewegungsintendierte Therapieformen, die Brain-Gym-Übungen nach *Dennison* und Anregungen aus neueren neuropsychologischen und neurophysiologischen Forschungen. Anschließend werden die ganzheitlichen Grundsätze der kombinierten psychologisch-sprachtherapeutischen Übungsbehandlung des Stotterns auf kinesiologischer Basis, einschließlich der methodischen Prinzipien, dargestellt. Schließlich wird der Ablauf des vorgestellten Verfahrens beschrieben.

1. Einleitung

Nach wie vor gehört das Stottern zu den auffälligsten, die Gesamtpersönlichkeit der Betroffenen am meisten beeinträchtigenden und zugleich jedem therapeutischen Zugriff auf Dauer höchsten Widerstand entgegengesetzten Sprachstörungen. In den letzten dreißig Jahren sind allerdings wesentliche Fortschritte in der Aufhellung der Ätiologie und der phasenhaften Entwicklung dieser Störung gemacht worden, auf die sich eine Vielzahl von Therapien stützt. Das gilt auch für von den Betroffenen selbst erarbeitete Bewältigungsstrategien (Stottererselbsthilfebewegung).

Aber die Verbreitung und die tägliche Neuentstehung des Stotterns bei Kindern und Erwachsenen hält in unveränderlichen Größenordnungen an. Die Flut der Publikationen ist nicht mehr zu bewältigen, die der theoretischen Erklärungsansätze und praktischen

therapeutischen Konzepte ist kaum noch zu überblicken. Vor allem ist eine Vielzahl von Einzelfaktoren, die bei der Entstehung der Balbuties eine Rolle spielen, sehr oft beschrieben und zum Teil auch überzeugend in unser allgemeines Wissen eingeordnet worden; sie sind daher auch gezielt therapeutisch zu beeinflussen.

Und da soll nun noch eine neue, eine 'tausendundzweite' Methode, und zwar eine auf kinesiologischer Basis beruhende, vorgestellt werden? Die theoretischen Grundlagen zur Erklärung des Stotterns als Folge einer Hemisphärenambivalenz der Sprachprozessierung wurden von *Bindel* (1982), *Fiedler* (1992) und anderen referiert. *Codoni* wies an größeren Probandenzahlen den Zusammenhang von interhemisphäriellen Problemen und verschiedenen Sprachstörungen nach (1995). *Schulze/Johannsen* bedauerten das Fehlen einer Therapie, die auf die gestörten Dominanzverhältnisse eingeht (1986). Unseres Wissens hat *Sünnemann* (1994) erstmals den Einsatz kinesiologischer Methoden bei Stotterern beschrieben, und zwar bei Klienten ab zwölf Jahren. Dieser Bericht veranlaßte uns, unsere eigenen Erfahrungen mit Übungen auf kinesiologischer Basis hier vorzustellen.

In diesem Zusammenhang kamen uns mehrere glückliche Umstände zugute. Wir hatten beide an unterschiedlichen Stellen (Universitäts-Kinderklinik Jena bzw. Universitäts-Kinderklinik Halle/Saale) Stotterer behandeln können, zum Teil in interdisziplinärer Zusammenarbeit des Klinischen Sprechwissenschaftlers mit Psychologen und Kinderärzten.

Über eine ähnliche Kooperation berichtete *Vitzthum* von der Sprachheilschule Dresden aus psychologischer Sicht (1993). Wir beiden Autoren des vorliegenden Artikels arbeiten seit vier Jahren an einem Sozialpädiatrischen Zentrum in echtem Teamwork an der Behebung verschiedenster Störungen zusammen. Dabei bewährte sich das von *Jehle* (1989) geforderte Spezialistentum der beiden Teamworker, die sich in jeder Therapiestunde *gemeinsam* ihren kleinen Stotterern widmen konnten. Wir gingen stets von einer kollegialen, die fachliche und menschliche Kompetenz sowie Integrität des anderen achtenden und *niemals* auch nur die leiseste Andeutung einer Unterordnung des Partners äußernden Haltung aus.

Insofern können wir *Schulze* (1989) nicht zustimmen, wenn er die Indikationsstellung einer Sprachstörung nur „*einem* Stottererspezialisten“ (S.189, Hervorh. von *Schulze*) zubilligen will.

Unseres Erachtens muß jeder Teampartner seine Diagnostik betreiben, dann müssen gemeinsam die Diagnose und der Therapieweg festgelegt werden. Diese Interdisziplinarität, die sich nicht in einem täglichen gegenseitigen Geben und Nehmen erschöpfte, sondern auf die Patienten übertrug, wurde zu einem wesentlichen Faktor der Effektivierung unserer Therapie.

2. Einordnung des kinesiologischen Therapieansatzes in die gegenwärtigen Stottertherapien

2.1 Der Paradigmenwechsel und die Stottertherapie

Seit etwa zwanzig Jahren vollzieht sich in der gesamten Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ein Paradigmenwechsel, in dessen Folge völlig neue Therapieansätze entstanden. Wahrscheinlich hat die Beschäftigung mit dem Phänomen Stottern wesentlich zu diesem Umdenken beigetragen. Am eindrucksvollsten wird der Paradigmenwechsel am Modell des Eisberges, nach dem die Kommunikationsstörungen nur die am deutlichsten wahrzunehmenden Erscheinungen eines breiten Untergrundes von gestörten Basisfunktionen und organischen Voraussetzun-

gen sind. Damit in enger Verbindung steht der Übergang von monofaktoriellen ätiopathogenetischen Erklärungs- und Therapieversuchen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hin zu einer mehrdimensionalen, individuumzentrierten und interdisziplinären Auffassung, die sich im Zusammenhang mit dem Stottern in der idiographischen Betrachtungsweise manifestierte. Diesen theoretischen Ansatz legten wir unserer kinesiologisch orientierten Stottertherapie zugrunde.

2.2 Die idiographische Stottertheorie

Nach *Motsch* entwickelte sich in den letzten fünfzehn Jahren die idiographische Betrachtungsweise des Phänomens Stottern, in der die multifaktorielle und die differentielle Theorie zusammengefaßt wurde (1992). Wir verstehen den Begriff 'idiographisch' als einzelfallorientiertes, individuumzentriertes Herangehen, das die in früheren Jahrzehnten gesammelten Erfahrungen zu allen Teilaspekten der Balbuties in einer ganzheitlichen, realitätsnahen und für weitere Erkenntnisse stets offenen Betrachtungsweise vereint. Der idiographische Ansatz zeigt sich zunächst in der Auffassung von der individuellen Genese des Stotterns: Danach entsteht die pathologische Sprechunflüssigkeit auf der Basis von individuell unterschiedlich ausgeprägten sprachlichen Grundauffälligkeiten – Spracherwerbsstörungen, entwicklungsbedingten und situativen Sprechablaufstörungen usw. (*Motsch* 1992). Es können individuell ganz verschiedene organisch-konstitutionelle, psychische, emotionale und soziale Faktoren hinzukommen, die als Dispositionen gewertet und beim einzelnen Stotterer in eigenen Kombinationen und Auswirkungen auffällig werden. Dadurch haben wir es stets mit einem individuell strukturierten Erscheinungsbild zu tun.

2.3 Das Erscheinungsbild des Stotterns

A. *Schilling* schrieb bereits vor dreißig Jahren zum Stottern: „Sowohl in seinen Wurzeln als auch in seinen Erscheinungsformen stellt es sich komplex und vielschichtig dar“ (1965, 381). Aus heutiger Sicht ist von einer individuellen Ausprägung und Kombination einer Vielzahl von Symptomen sowie von deren Vernetzung mit verschiedenen möglichen Sekundärsymptomen auszugehen. Zu den

Hauptsymptomen gehören zunächst als linguistische Merkmale Wiederholungen und Prolongationen von Lauten, Silben und Wörtern, Blockierungen, Ersatzlaut- und Ersatzwortbildungen, Umschreibungen, syntaktische Veränderungen sowie prosodische Abweichungen. Außerdem sind den Symptomen *körperliche Mitbewegungen* und *sekundäre psychische und interaktionelle Auffälligkeiten* zuzuordnen. Im Einzelfall können aus ätiologischer Sicht verschiedenartige organisch-physiologische, linguistische und psychosozial-emotionale Faktoren beteiligt sein.

Verallgemeinert wollen wir beim ausgeprägten Stottern nach *Wendlandt* von einem erlernten fehlerhaften Verhalten (1979), mit *Sünnemann* von einer vielgestaltigen 'Dysbalance' der gesamten Persönlichkeit des Betroffenen sprechen (1994).

2.4 Klassifizierung und Entwicklungsstufen des Stotterns

Bei der Klassifizierung des Stotterns ist das *Grohnfeldtsche* Modell der mehrdimensionalen Vernetzung innerhalb der Gruppe der Redestörungen – zu denen neben der Balbuties das Poltern, die Logophobie und der Mutismus gezählt werden – hilfreich (1992). Danach steht das Stottern im Spannungsfeld zwischen den normalen Sprechunflüssigkeiten und Sprechhemmungen, wie sie jedem Menschen jederzeit unterlaufen können, und der hartnäckigsten Form, dem langjährig chronifizierten Stottern.

In diesem Rahmen sind verschiedene „Aufbaustufen“ der Störung zu betrachten: Den Anfang bilden die ersten vorübergehenden sogenannten 'physiologischen' Unflüssigkeiten im Alter von zwei bis sechs Jahren, die im wesentlichen auf der Grundlage der noch unausgereiften Koordination der verschiedenen psycholinguistischen Ebenen entstehen. Hier sind auch die interhemisphäriellen Dyskoordinationen einzuordnen. Auf der nächsten Stufe entsteht eine Vielzahl von psychosozialen Dysbalancen sowohl auf seiten der Betroffenen als auch auf seiten der Bezugspersonen. Damit chronifizieren sich im Verlauf von Jahren die fehlerhaften Abläufe des gesamten Kommunikationsprozesses mit seinen funktionalen linguistischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Subsystemen. Die

letzte Stufe schließlich ist die neurotische Verfestigung, d.h. die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen wird im Denken, Fühlen und Handeln von der Sprachstörung beherrscht.

2.5 Charakterisierung der gegenwärtigen Stottertherapieansätze

Seit Jahrhunderten entstand eine große Anzahl von Therapieverfahren des Stotterns von sprechtechnisch orientierten über rein medizinische (z.B. neurosetheoretische und medikamentöse), über entwicklungs-, sozial- und individual-psychologische sowie lerntheoretische (einschließlich verhaltenstherapeutische) bis zu neuropsychologisch-neurophysiologischen Ansätzen. In den seltensten Fällen wird man sich mit einer monofaktoriellen Vorgehensweise begnügen können. Entsprechend der Komplexität der Persönlichkeit des Stotterers und der diesbezüglichen individuellen Symptomenkombination der Störung muß das Therapieverfahren zwar in sich abgerundet sein, es muß aber auch offen sein für den eventuell jederzeit notwendigen Einbau weiterer Verfahren und Varianten. Diesen Ansprüchen scheint der ganzheitliche idiographische Therapieansatz genügen zu können. Dem entspricht unsere Diagnostik und Therapieplanung, die nach *Grohnfeldt* „nur in einem einzelfallbezogenen Vorgehen möglich (ist), bei dem die Komplexität der bedingenden, aufrechterhaltenden bzw. verstärkenden und abschwächenden Einflüsse individuell nachvollzogen wird“ (1992, 11). Auf diesen Prämissen fußend, läßt sich als ein wesentliches Ziel der gegenwärtigen Stottertherapie die Selbstakzeptanz der Betroffenen und das ungeteilte Angenommensein ihrer Persönlichkeit durch andere formulieren. Dann kann ein Patient auch mit eventuellen Restsymptomen leben, die trotz aller therapeutischen Anstrengungen denkbar sind. Daraus resultiert weiterhin das notwendige Maß an sozial-emotionaler Sicherheit, das er in seiner Existenz als Mensch in seiner gesamten Lebensumwelt benötigt.

3. Zugänge zu einer kinesiologisch orientierten Stottertherapie

Wir fanden Zugänge zu der von uns versuchten kinesiologisch orientierten Stottertherapie

aus drei Richtungen, nämlich aus bereits erprobten bewegungsorientierten Therapieformen, aus eigenen Erfahrungen mit kinesiologisch orientierten Therapieformen und aus neuropsychologischer Sicht.

3.1 Bewegungsorientierte Therapieformen

Bewegungsorientierte Stottertherapien sind seit den dreißiger Jahren bekannt. Vor allem wurden rhythmische Körperbewegungen eingesetzt. Später wurden von *Fernau-Horn* (1958, 1969) wellenförmige Bewegungen als tragendes Element des Redeflusses in der Stotterbehandlung genutzt.

Maschka (1969) arbeitete mit dem logopädischen Rhythmus und versuchte, mit Rhythmusinstrumenten sowie mit graphischen Elementen den Sprachrhythmus nachzugestalten. Ein wichtiges Element seiner Vorgehensweise ist dabei das systematische Reduzieren zunächst ausgeprägter, das Sprechen begleitender Bewegungen bis hin zu einfacheren Hand- und Fingerbewegungen, die letztlich bis auf innere Vorstellungen zurückgeführt und 'verankert' werden.

In unserer eigenen Therapie gehen wir sehr ähnlich vor. Wir verbinden zunächst einfache rhythmische Sprechleistungen mit ganzkörperlichen Bewegungen, bei denen es uns insbesondere darauf ankommt, daß die Körpermitte überschritten wird. Diese Bewegungen haben nicht in erster Linie den Charakter der Begleitung von rhythmisch-fließenden Sprechakten. Oft genug sind sie das einzige Mittel, ein solches rhythmisch-fließendes Sprechen erst wieder anzubahnen, wenn es dem Patienten vorher auf andere Weise nicht möglich war. In der Folge verringern wir das Ausmaß der Bewegungen bei den Sprechübungen systematisch, bis die Sprechhilfe durch einen bedingten Reflex im Sinne *Pawlows* erfolgen kann.

Auch in vielen anderen Stottertherapiekonzepten haben Körperbewegungen eine wesentliche Bedeutung. So arbeiteten sowjetische Therapeuten schon in den fünfziger Jahren mit bewegungsorientierten Verfahren, die in ihrer gesamten Anlage weitgehend unserem heutigen, kinesiologisch orientierten Vorgehen entsprechen, ohne daß damals der Begriff der Kinesiologie schon in irgendeiner Weise eine Rolle gespielt hätte. So setzten

diese Therapeuten solche Elemente wie das Sprechen mit Unterstützung durch rhythmisch schreitende Bewegungen, durch Singen, durch Musikinstrumente, durch Überkreuzbewegungen, das Bewegen in der Gruppe u.a. ein (*Griner* 1958; *Beljakowa* 1977). Außerdem verwenden wir gern solche bewegungsorientierten Unterstützungsmöglichkeiten für fließend-rhythmisches Sprechen, wie sie *Seyd* (1972) und *Osthege* (1989) in Form des Sprechzeichnens vorschlugen. Dabei werden Sprechübungen durch das Aufzeichnen fließender Formen, wie z.B. der 'liegenden Acht' u.a., unterstützt.

Schließlich ist bei der Erwähnung unserer Quellen auf *Elstner* (1992) zu verweisen, der schon seit Jahrzehnten nichtdialogische, vordialogische und dialogische Bewegungen als Redeflußhilfe bewußtmacht und Körperbewegungen mit Tonfolgen sowie Bewegungsspiele, oralmotorische Übungen bis hin zu musikbegleiteten Übungen unter Einbeziehung von Atmung und Phonation einsetzt. Aber auch das Sprechzeichnen und das Silbenschriften von kritischen Lauten nach Sprechrhythmus werden von *Elstner* empfohlen.

3.2 Zugänge aus kinesiologischer Sicht

Zum zweiten boten die Hinweise von *Elstner* (1992), *Bergmann* (1993), *Sünnemann* (1994) und *Codoni* (1995) auf kinesiologische Möglichkeiten in der Sprachtherapie einen Anhaltspunkt für weitergehende Versuche auch beim Stottern. Dabei konnten wir auf vielfältige eigene positive Erfahrungen mit kinesiologisch orientierten Therapieformen bei Kindern mit Lernstörungen und mit motorischen Problemen zurückgreifen (*Donczik* 1994), die uns Mut machten, sie auch auf die Stottertherapie zu übertragen. Hier stellten wir immer wieder fest, daß solche Übungen nicht nur geeignet waren, Lern- und Denkblockaden zu überwinden. Sie wirkten sich auch positiv auf die allgemeine Bewegungskoordination aus. Wir gingen deshalb von der Erwartung aus, daß solche Wirkungen möglicherweise auch die Koordination von Sprechbewegungen betreffen könnten, die ja bei Stotterern bekanntermaßen gestört sein kann. Da hier oftmals auch die allgemeine Körperkoordination beeinträchtigt ist, nahmen wir an, daß über das Training dieser Funk-

tionen mit Hilfe kinesiologischer Übungen auch positive Folgerungen auf die Koordination von Sprechbewegungen möglich würden. Im Rahmen der Routine-Diagnostik hatten wir mit Hilfe der Rostock-Oseretzky-Skala (Kurth 1992) immer wieder feststellen müssen, daß unsere Patienten mit Redeflußstörungen insbesondere im Untertest „rhythmisch-motorische Koordination“ versagten. Wir stützten uns auch auf die Untersuchungen von Suchodoletz (1994), der Korrelationen zwischen Schwächen in der Oralmotorik, der allgemeinen Motorik und dem geistigen Entwicklungsstand bei Stotterern nachgewiesen hatte.

3.3 Zugänge aus neuropsychologischer und neurophysiologischer Sicht

Zum dritten glauben wir, Begründungen für eine kinesiologisch orientierte Stottertherapie aus neuropsychologischer Sicht zu finden, weil eine Vielzahl neuropsychologischer Untersuchungen seit der Jahrhundertwende Hinweise auf Besonderheiten bei der Entwicklung der zerebralen Dominanz bei Stotterern lieferten. Dabei gingen wir von der Erwartung aus, daß diese Besonderheiten mit kinesiologischen Mitteln zu beeinflussen seien.

Nach unseren eigenen Erfahrungen kann auf solche Besonderheiten mit kinesiologischen Methoden oftmals recht erfolgreich eingewirkt werden. Das betrifft das Zusammenwirken links- und rechtshemisphärischer Hirnfunktionen wie die semantische Steuerung der Sprache, ihre zeitliche Segmentierung als linkshemisphärische Funktion einerseits und die eher rechtshemisphärisch gesteuerten Funktionen der visuo-spatialen Bewegungssteuerung (Le Doux/Wilson/Gazzaniga 1977) sowie weiterer prosodischer Sprachfunktionen andererseits.

Wir gingen zum einen von der Annahme aus, daß durch die die Körpermitte überschreitenden Bewegungen eine positive Wirkung auf die Koordination dieser Funktionen ausgeübt werden könnte. Zum anderen erwarteten wir, daß durch diese Übung eine Nachreifung retardierter Dominanz- und Lateralitätsentwicklungen gefördert werden könnte, wie wir das bei Kindern mit Lernstörungen und zurückbleibender Lateralitätsentwicklung beobachten konnten. Daß Stottern auf einem Rückstand in der Entwicklung der Hemisphären-

dominanz beruhen könnte, hatten bereits Stier (1911) und Orton (1927) vermutet. Eine ganze Reihe weiterer Untersuchungen stützte in der Folge diese Vermutung. So beschreibt Jones (1966) Untersuchungen, bei denen nach zeitweiliger Ausschaltung der rechten Hemisphäre Symptomfreiheit auftrat. Das läßt die Annahme zu, daß ohne diese Ausschaltung rechtshemisphärische Irritationen Einfluß haben könnten, welche sich auf die linkshemisphärische Steuerung der Sprache auswirken.

Daß bei Stotterern im Gegensatz zu Nichtstotterern rechtshemisphärische Funktionen beim Sprechen stärker ausgeprägt sind, wiesen Wood et al. (1980) mit Hilfe der Blutdurchflußmessung nach. Hervorzuheben ist bei dieser Untersuchung, daß flüssiges Sprechen, welches bei den untersuchten Stotterern durch Medikation mit Haloperidol ausgelöst wurde, zu verstärkter linkshemisphärischer Aktivierung und damit zu einer Normalisierung des Blutdurchflusses führte. Brown und Hécaen (1976) sowie LeCours (1975) hoben hervor, daß bei Stotterern eine längere bilaterale Sprachrepräsentation in der Kindheitsentwicklung bis zum fünften/sechsten Lebensjahr vorläge. Das käme unserer Annahme entgegen, daß durch kinesiologische Übungen, die der allgemeinen Reifung der Lateralität und der Dominanzentwicklung dienlich sein können, auch hier positive Wirkungen möglich würden.

Weitere Untersuchungen zu neurophysiologischen Besonderheiten bei Stotterern wurden mit Hilfe des dichotischen Hörtests (Cimorelli-Strong et al. 1983) vorgelegt. Sie unterstreichen die Tatsache, daß bei einer größeren Gruppe von Stotterern rechtshemisphärische Sprachfunktionen vorwiegen. Mit tachistoskopischen Methoden fanden Moore (1976) und Johannsen/Victor (1986) bei einem überwiegenden Teil von Stotterern eine Rechtshirndominanz bei der Verarbeitung sprachrelevanter, visueller Reize. EEG-Untersuchungen von Moore (1984) und Zimmermann/Knott (1974) unterstützten ebenfalls die Hypothese einer größeren rechtshemisphärischen Aktivität bei Stotterern.

Zusammenfassend stellen Schulze und Johannsen (1986) fest, daß bei einer Teilgruppe von Stotterern Hinweise auf eine verstärk-

te Aktivierung der rechten Hemisphäre bei sprachlichen Leistungen vorliegen. Das bedeute möglicherweise auch eine verminderte Aktivität der linken Hemisphäre mit ihren analytisch-segmentalen Fähigkeiten. Die letztgenannten Autoren heben jedoch hervor, daß die entsprechenden Forschungsergebnisse bisher noch nicht zu einer Umsetzung in Therapieansätze geführt hätten.

Eigene Untersuchungen

Wir selbst fanden bei einer Gruppe von 29 Stotterern mit Hilfe der Lerntestbatterie „Luria 90“ 20 Kinder (69%) mit ausgeprägten Schwächen im Bereich verbal-auditiver Gedächtnisleistungen (Donczik 1995). Das erhärtet die Hypothese von den grundsätzlich schwächeren linkshemisphärisch gesteuerten sprachlichen Funktionen, wenn man Sprachgedächtnisleistungen zu diesen Funktionen zählt. Im Gegensatz dazu waren rechtshemisphärisch gesteuerte visuelle Gedächtnisleistungen bei den untersuchten Kindern nur in fünf Fällen (17%) gestört.

Abb. 1 zeigt, wie hoch im einzelnen der Prozentanteil gestörter verbal-auditiver Lern- und

Gedächtnisleistungen ist (dunkle Säulenreihe). Die weißen Säulen stellen die Prozentanteile gestörter visueller Gedächtnisleistungen dar. Sie bewegen sich durchweg unterhalb der 50%-Linie. Kontrastierend dazu sind unter den verbal-auditiven Gedächtnisleistungen die folgenden besonders häufig gestört:

- das unmittelbare verbale Gedächtnis unter Interferenzeinfluß zu 65%,
- Reihenfolgefehler als Ausdruck von Schwächen des serialen Gedächtnisses zu 75% und
- Perseverationen als Ausdruck defizitärer Steuerung und Kontrolle von Gedächtnisleistungen zu 65%.

Unsere Befunde entsprechen den zusammenfassenden Bewertungen von Schulze/Johannsen (1986) zum Stand neuropsychologischer Forschungen, da sie aus der Sicht gedächtnisdiagnostischer Untersuchungen die grundsätzlichen Schwächen sprachlicher, linkshemisphärisch gestützter Funktionen bei einer Untergruppe von Stotterern bestätigen. Darüber hinaus fanden wir bei der Mehrzahl unserer Stotterer Hinweise auf eine retardierte Dominanzentwicklung, was die Hypothe-

Prozentanteile überdurchschnittlich schwacher Gedächtnisleistungen bei Stotterern (PR>84)

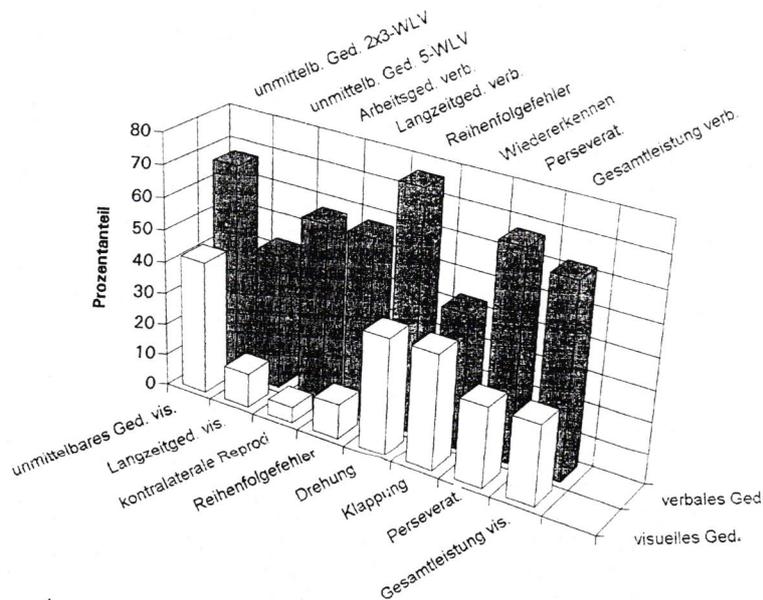


Abbildung 1

sen von *Stier* (1911) und *Orton* (1927) erhärtet.

Aus unseren Erfahrungen mit lerngestörten Kindern, bei denen sich kinesiologische Übungen positiv auf die Lateralitätsentwicklung auswirkten, und aus der Erfahrung, daß derartige Übungen auch die rhythmisch-motorische Koordination fördern, fühlten wir uns bestärkt, solche Übungen auch bei Stotterern einzusetzen. Unsere bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, daß diese Übungen insbesondere bei jenen Stotterern sich sehr positiv auswirkten, bei denen wir einerseits rhythmisch-motorische Defizite, andererseits Schwierigkeiten in der Koordination bihemisphärischer Leistungen feststellten, und schließlich wirkten sie bei jenen Stotterern positiv, bei denen sich Hinweise auf ein Zurückbleiben der Dominanzentwicklung fanden.

Im einzelnen beziehen wir uns dabei auf folgende Beobachtungen:

1. Mit Hilfe der Headschen Probe (zitiert bei *Luria* 1970) zeigten sich bei der Mehrzahl unserer Stotterer Hinweise auf Probleme bei der Koordination des Zusammenwirkens der beiden Hirnhemisphären. Hier sind vom Probanden Gesten nachzuahmen, bei denen die Körpermitte zu überschreiten ist. So verdeckt der VL z.B. sein linkes Auge mit der rechten Hand und fordert den Patienten auf, diese Geste nachzuahmen.
 2. Diese Kinder hatten auch Schwierigkeiten bei horizontalen Blickfolgebewegungen, sobald dabei die Körpermitte (Mitte des Blickfeldes) zu überschreiten war.
 3. Überdurchschnittlich häufig auftretende Reihenfolgefehler, die unseren Stotterern beim Reproduzieren von Wörtern im Rahmen der Lerntestbatterie „Luria 90“ unterliefen, stützen u.E. die Beobachtung von *Corballis* (1981), daß bei Stotterern Störungen zeitlicher Abfolgen und der Sequenzierung auftreten können.
 4. Bei der Reproduktion von Buchstaben im Rahmen der Lerntestbatterie „Luria 90“ traten überzufällig häufig sogenannte Spiegelungen von Buchstaben auf, was nach *Orton* auf ein Zurückbleiben der Dominanzentwicklung hinweist (1927).
4. *Grundsätze der kombinierten psychologisch-sprachtherapeutischen Übungsbehandlung des Stotterns auf kinesiologischer Basis*
- Entsprechend der im Abschnitt 2.2 formulierten idiographischen Auffassung des Stotterns gehen wir in unserem Therapieversuch nach folgenden Grundsätzen vor:
1. Vom ätiologischen Aspekt her berücksichtigen wir neben interhemisphärischen Dyskoordinationen auch alle weiteren erkennbaren Ursachen und Verstärkungsfaktoren.
 2. Daher stehen im Mittelpunkt unserer diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen neuropsychologische, linguistische und psychosozial-emotionale Variablen.
 3. Zu den *neuropsychologischen* Variablen zählen aus ätiologischer Sicht zunächst die genannten interhemisphärischen Probleme. Weiterhin sind Lern- und Gedächtnisinkompetenzen, die sich nach unseren Erfahrungen vor allem im Bereich des verbal-auditiven Gedächtnisses zeigen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationschwierigkeiten sowie kinesphärische (raumbezügelte) und motorische Störungen in engem Zusammenhang mit prosodischen Auffälligkeiten des Kommunikationsverhaltens zu beachten. Diese Variablen werden in unserer Therapie durch die Lateralitätsbahnung nach *Dennison* und deren Verknüpfung mit kinesphärischen und Sprechübungen beeinflusst.
 4. Ziel der *Lateralitätsbahnung nach Dennison* (DLB) (1992) ist die Aktivierung beider Hemisphären des Gehirns durch gleichzeitige Überkreuzbewegungen der Extremitäten. Dabei wird erwartet, daß durch erhöhte Durchblutung des Gehirns infolge gezielter Körperbewegungen der gesamte Hirntonus gesteigert wird. Desweiteren wird von der Annahme ausgegangen, daß insbesondere die die Körpermitte überkreuzenden Bewegungen zur Aktivierung des Bindegliedes beider Hemisphären, des Corpus callosum, beitragen.
- Schließlich ist damit zu rechnen, daß sich diese Übungen auch förderlich auf die Ge-

samtkörperkoordination auswirken. Das wiederum kann bei jenen Stotterern, die durch motorische Ungeschicklichkeiten auffallen, besondere Bedeutung erlangen, weil bei ihnen oftmals die grobmotorischen Defizite mit sprechmotorischen Mängeln vergesellschaftet sind.

Der höchste Anspruch dieser Übungen könnte darin bestehen, jene Dysbalancen in der Dominanzentwicklung zu überwinden, die für eine Untergruppe von Stotterern zutreffen (*Schulze/Johannsen 1986*). Aus unseren praktischen Erfahrungen mit der DLB wissen wir, daß sie sich in Einzelfällen deutlich förderlich auf die Entwicklung der Dominanz, unter anderem der Händigkeit, auswirken kann.

5. Unter den *kinesphärischen Übungen* sind Aktionen zu verstehen, mit deren Hilfe der Raum durch rhythmische, zum Teil von Musik unterstützte, schreitende, tänzerische und andere Körperbewegungen erlebt wird. Diese werden mit sprechmotorischen Handlungen verknüpft, so daß Sprechhemmungen und -unflüssigkeiten auf sehr leichte Weise in flüssiges Sprechen übergeführt werden können. So hilft beispielsweise rhythmisches Gehen, eventuell in Verbindung mit Überkreuzbewegungen der Arme und Beine, eine akute Sprechbarriere zu überwinden. Andererseits ist jedem Therapeuten bekannt, daß ein den Raum durchschreitender und dabei sprechender Stotterer plötzlich stehen bleibt, wenn er nicht weitersprechen kann. Hier zeigt sich deutlich die dialektische Einheit von Ganzkörper- und Sprechmotorik, die in der Balbutiestherapie seit den dreißiger Jahren auf vielfältige Weise genutzt wurde.
 6. Unmittelbarer Bestandteil unserer kombinierten Übungsbehandlung ist die Einbeziehung der *linguistischen Variablen*, d.h. der Sprache in allen ihren strukturellen Ebenen. Dazu zählen wir zunächst Texte von einfachen Silben über Wörter, Wortketten unterschiedlicher Länge und Semantik (Ausrufe, Fragen, Antworten, Aussagesätze usw.), Sprüche, Verse, Gedichte und Prosatexte diverser Art bis hin zu frei gestalteter Sprache in Form von Nacherzählungen, Berichten, Gesprächen usw.
- Damit werden gleichzeitig Ausdrucks- und Sprechfertigkeiten bis zu rhetorischen Grundelementen trainiert.
- Neben dieser rein verbalen Seite des Kommunikationsvorganges berücksichtigen wir auch den gesamten nonverbalen Anteil. Darunter verstehen wir einmal die suprasegmentalen (prosodischen) Merkmale der Sprache und zum anderen mimische, gestische und körpersprachliche Ausdruckserscheinungen. Zu den prosodischen Elementen zählen temporale (Sprechtempo, -rhythmus und -dauer sowie die Pausen), dynamische (Lautstärke, Akzentuierung) und klangliche Parameter (Sprechklang, Intonation). Schließlich wird eine Fülle von feinmotorischen Kompetenzen vom Kehlkopf bis zur Mundhöhle als Voraussetzung für eine flüssige Stimmgebung und Artikulation in das Übungsprogramm einbezogen. Für das Training aller genannten linguistischen Variablen nutzen wir in der Sprachtherapie zum Teil seit über hundert Jahren erprobte und bewährte sprechtechnische Verfahren.
7. Je nach Struktur des Ursachen- und Faktorenbündels beim einzelnen Stotterer versuchen wir auch *psychologische Variablen* der Persönlichkeit des Betroffenen therapeutisch zu beeinflussen, um intrapersonale oder/und psychosoziale Probleme lösen zu helfen. Dazu gehört zunächst in vielen Fällen eine Veränderung der Einstellung zum Stottern und zum Sprechen überhaupt und die Schaffung einer Motivation zur Therapie. Intrapersonell geht es oft um die Verstärkung des Selbstwertgefühls, der Kontaktfähigkeit, der Einordnungsfähigkeit, der Anstrengungsbereitschaft, der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung und der Verbesserung der allgemeinen Aufmerksamkeit sowie um den Abbau von Ängsten und eines insbesondere auf das Sprechen bezogenen Ausweichverhaltens. Schließlich sind oftmals Interaktionsstörungen mit Bezugspersonen in der Familie, im Kindergarten, in der Schule usw. zu minimieren, wozu die betreffenden Kommunikationspartner unseres Patienten vielfach erst befähigt und daher in die Therapie einbezogen werden müssen.

Dazu setzen wir die Potenzen der Gesprächstherapie, verschiedener Entspannungsverfahren (z.B. des Autogenen Trainings, der Progressiven Muskelrelaxation nach *Jakobson*), des Katathymen Bilderlebens, der Hypnose und des Interaktionstrainings in der Gruppe (auch mit den Bezugspersonen) ein. Ein wesentliches Element der Berücksichtigung der psychosozial-emotionalen Variablen unseres Therapieansatzes ist die schrittweise Erhöhung des Anspruchsniveaus der Inhalte unserer Sprechtexte. So werden unsere Patienten schon relativ zeitig gebeten, Fragen zu beantworten, welche die emotionale Verarbeitung des Stotterns selbst betreffen. Solche Themen können für die Betroffenen durchaus streßbesetzt sein und damit ihrerseits selbst Stottern auslösen. Die Fragen werden in ihrem Anspruchsniveau schrittweise gesteigert, wie im folgenden erkennbar sein soll:

“Bist du mit deiner Sprechleistung heute in der Therapiestunde zufrieden?”

Eine solche Frage sollte natürlich nur gestellt werden, wenn befriedigende Leistungen erreicht wurden. Ihre positive Beantwortung durch den Patienten selbst stellt an sich schon eine positive Bekräftigung dar und würde nach Dennison als „noticing“ (Notiznehmen von den Übungserfolgen) bezeichnet werden. Mit dem Muskeltest könnte dieses noticing ein weiteres mal verstärkt werden.

“Hast du heute in der Schule gesprochen?”

“Welche Note würdest du dir für dein Sprechen heute in der Schule geben?”

Auch eine solche Frage könnte man erst stellen, wenn sie einigermaßen positiv beantwortet wird und damit im Sinne einer Stärkung des Selbstwertes und einer Bekräftigung wirken kann.

Anspruchsvollere und möglicherweise belastendere Fragen sollen dazu beitragen, die Auseinandersetzung mit Mißerfolgen zu erleichtern und die Frustrationsschwelle zu erhöhen. Sie sollten erst gestellt werden, wenn diese Schwelle bereits auf ein solches Niveau erhöht wur-

de, daß kein Schaden angerichtet werden kann.

“Wie geht es dir, wenn du in der Schule unvorbereitet zum Sprechen aufgefordert wirst?”

“Wie fühlst du dich, wenn dich deine Klassenkameraden wegen des Stotterns hänseln?”

8. Ein weiterer Grundsatz unserer Therapie besteht im *Charakter der Atmosphäre* der therapeutischen Begegnungen. Wir gehen nicht nur auf die Konflikte und Probleme des Patienten ein, indem wir ihm die Möglichkeit geben, diese aufzuarbeiten und eventuell einer befriedigenden Lösung zuzuführen. Wir wollen ihm darüber hinaus über die Vermittlung von Strukturen des Therapieablaufs und der häuslichen Übungen auch Anstöße für eine neue Gestaltung seines Lebens in der gewohnten Umwelt geben. Dazu gehört selbstverständlich ein einfühlsames, annehmes, ermutigendes und humorvolles Verhalten der Therapeuten.
9. Damit korrespondieren zwei weitere Wesenszüge unserer Arbeit. Einerseits schaffen wir zunächst „ein geschütztes Sprech-Biotop ...“, das den inneren Sprech-Schwung des Kindes antreibt“ (*Baumgartner* 1992, 265, Hervorh. von *Baumgartner*). Diese therapeutische Situation impliziert die Nutzung des 'entdeckenden Lernens' und die Vermeidung von Übungsformen mit Wettbewerbscharakter (*Sporer* 1993). Im weiteren Verlauf der Übungsbehandlung setzen wir andererseits – wie bereits erwähnt – auch schrittweise verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen zur Erhöhung der psychischen Belastbarkeit ein, um die Patienten auf die Auseinandersetzungen in der außertherapeutischen Welt und zum allgemeinen Gebrauch der bei uns erlernten Kommunikationsfähigkeit vorzubereiten.
10. Da wir im therapeutisch-methodischen Ablauf im wesentlichen von lerntheoretischen Positionen ausgehen, müssen wir uns – auch aufgrund einer Vielzahl in der Literatur beschriebener Erfahrungen – auf

einen *längeren Zeitraum* der Umstellung des Stotterers einrichten. Ebenso erlauben die individuell sehr unterschiedlichen Ursachenbündel und Verfestigungsgrade der verschiedenen Symptome sowie die von Patient zu Patient abweichenden Zielstellungen nur eine sehr vorsichtige Prognose und Zeitplanung der kinesiologisch gestützten Übungsbehandlung. Grundsätzlich ist aber mit einer Minimaltherapiedauer von einem Jahr zu rechnen. *Bergmann* verwies z.B. auf die Notwendigkeit, alle Übungen zur Lösung von Blockaden über einen längeren Zeitraum hinweg durchzuführen (1993).

11. Aus den oben genannten verschiedenen Gründen sind wir in unserem Therapieansatz stets *offen* für weitere Behandlungsformen. So nutzen wir neben den bereits erwähnten sprechtechnischen und psychologischen Verfahren auch stimmtherapeutische, musik- und rhythmustherapeutische, myofunktionelle und operante Anregungen im Sinne der Verhaltenstherapie.
12. Schließlich sollen einige unserer methodischen Grundprinzipien genannt werden:

- * Nachdem die körpermitteüberschreitenden rhythmischen Bewegungsabläufe, eventuell unter gleichzeitigem Einsatz allgemeiner, in der Sprachtherapie gebräuchlicher Bewegungsübungen, beherrscht werden, sind sie relativ bald mit Sprechübungen zu verbinden. So soll von der Harmonisierung der Körpermotorik eine Verflüssigung der Sprechfähigkeit angeregt werden. Das bedeutet, daß bei einer jeden solchen Aktion grundsätzlich gesprochen wird. Dabei gehen wir zunächst von betont rhythmischen Texten (Nachsprechen von Sätzen, einfache Sprüche, Reime, Gedichte bzw. Lieder) aus und steigern dann bis zu komplexen sprachlichen Äußerungen (Nacherzählung, Erlebnisbericht, Dialog). Die mit den kinesiologischen Übungen koordinierten Sprechübungen sind nach den in der Stottertherapie häufig verwendeten *Sprechleistungsstufen* aufgebaut. Dabei werden sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Anforderungen zunehmend anspruchsvoller. Die Ausgangsleistung entspricht der individuell gerade

noch flüssigen Stufe. Gesteigert wird bis zu einem für den einzelnen Stotterer unterschiedlich strukturierten möglichst flüssigen Sprechmuster. Anfangs sind die Sprechtexte linguistisch einfach in der Länge, in der phonetisch-phonologischen Struktur der Wörter und in der Syntax gestaltet. Vom psychologisch-emotionalen Inhalt sind die Eingangssprechleistungen neutral gehalten. Parallel zur Steigerung des linguistischen Schwierigkeitsgrades werden auch die Inhalte komplizierter, wie das oben im Zusammenhang mit der Darstellung der psychologischen Variablen beschrieben wurde.

Die folgenden Beispiele aus unserem Übungsmaterial sollen diese Veränderungen der Sprechtexte belegen (siehe Seite 157).

- * Ein kinesiologisches Prinzip, das auch unsere Methodik prägt, besteht darin, daß die das Sprechen begleitenden Körperbewegungen nach einer Phase der extensiven Ausweitung später wieder systematisch *zurückgenommen* werden müssen bis hin zu einem Sprechen ohne begleitende Bewegungen. So werden anfängliche Überkreuzbewegungen dann im Gehen und Stehen angewendet, bis schließlich nur noch einfache Handbewegungen das Sprechen begleiten. Schließlich wird die Bewegung durch den Buchstaben X symbolisiert, den die Patienten durch Übereinanderlegen der beiden Zeigefinger bilden. Wir meinen, daß wir einen bedingten Reflex im Sinne Pawlows ausgearbeitet haben, wenn die Patienten so weit sind, daß die innere Vorstellung des Buchstaben X ausreicht, um im Falle einer erneuten Redeflußstörung wieder die gleiche Sprechflüssigkeit zu erreichen, die während unserer Übungen mit Hilfe der großförmigen Bewegungen erfolgreich hergestellt werden konnte.
- * Als besonderes kinesiologisches Element nutzen wir den *Muskeltast*. Dieser wird in der kinesiologischen Praxis angewendet, um Haltungen des Körpers (des „Systems Patient“) zu bestimmten Fragen, Zielstellungen und Problemen zu prüfen (*Sünne-mann* 1994). So wird der Klient beispiels-

<i>Anfangstext:</i>	Zahlenreihen; Melodien summen; Fragen beantworten, z.B.: Wo wohnst du?	
<i>Spätere Phase:</i>	Nachsprechübungen:	Wir wandern durch die Berge. Wir hören auf die Vögel. Wir sehen viele Sterne. Wir riechen gute Düfte.
	Fragen beantworten:	Was hast du am Wochenende mit deinen Eltern unternommen? Kannst du pfeifen? Hast du einen Freund/eine Freundin?
<i>Transferphase:</i>	Sprechübungen mit Schleifenlinie:	Es fließen die Gewässer, ich spreche immer besser. Heute geht es gut voran.
	Nachsprechübung:	Nach dem Unterricht entspanne ich gern.
	Fragen beantworten:	Wie hast du heute in der Schule (im Bus/zu Hause) gesprochen? Hat dich jemand wegen deiner Sprecherfolge gelobt? Wie reagierst du, wenn dich jemand wegen deines Stotterns verspottet? Wußtest du dich zu wehren, wenn dich jemand wegen deines Sprechens verspottet hat?

weise nach einer erfolgreichen Sprechübung aufgefordert, seine Meinung zu dieser Äußerung verbal zu formulieren. Hatte er tatsächlich einen positiven Eindruck von seiner Sprechleistung, kann erwartet werden, daß der Muskeltest positiv verläuft, d.h. der ausgestreckte Patientenarm kann vom Therapeuten nicht heruntergedrückt werden.

- * Ein weiteres methodisches Grundprinzip besteht in einem *Wahrnehmungstraining* des Klienten. Er muß die Fähigkeit der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle aller Symptome und deren Veränderung sowie darauf aufbauend die Fähigkeit der Selbstverstärkung des neuen Sprechmusters erlernen (Clausnitzer 1992). Dazu nutzen wir vorrangig die Auswertung von Videos, auch gemeinsam mit den Bezugspersonen. Ebenso dient der Aufbau eines gut funktionierenden innerkörperlichen Feedbacks über die Propriozeptoren im Kehlkopf und Ansatzohr diesem Ziel (Visbeck 1995).
- * In diesem Zusammenhang ist ein traditionelles sprachtherapeutisches Prinzip zu erwähnen, das *Lernen am Modell*. Der

Stotterer wird in einem nicht unwesentlichen Maße durch das gesamte Verhalten, insbesondere das kommunikative Verhalten des Therapeuten angeregt, seine Symptome abzubauen.

- * Dabei sind solche *sozialen Verstärker* wie Lob, Lächeln, Blick- und Gesprächskontakt sowie ganzkörperliche Zuwendung und andere körpersprachlichen Mittel eine große Hilfe. Sie sind gleichzeitig eine gute Möglichkeit, die oben angeführte günstige Therapieatmosphäre zu schaffen.
- * Für unbedingt erforderlich halten wir die *Einbeziehung der Eltern* oder anderer Bezugspersonen unserer Patienten in die Therapie, und zwar durch ihre überwiegende Anwesenheit in den Sitzungen und durch ihre führende Rolle während des täglichen häuslichen Übens.

5. *Ablauf der kombinierten psychologisch-sprachtherapeutischen Übungsbehandlung des Stotterns auf kinesiologischer Basis*

Der Ablauf unserer Therapie gliedert sich in zwei ineinanderübergehende Schwerpunkte:

- A Das kinesiologisch gestützte Übungsprogramm und
- B den bei individueller Notwendigkeit erforderlichen Einbau weiterer rhythmischer, motorischer und/oder psychologischer Verfahren, die oben bereits beschrieben wurden.

Es sollen im folgenden nur noch Ausführungen zum Schwerpunkt A gemacht werden. Das kinesiologisch orientierte Programm ist aus lerntheoretischer Sicht in zwei Etappen aufgeschlüsselt:

Erste Etappe

Die erste Etappe dauert etwa vier bis acht Wochen und hat die Erlernung der Lateralitätsbahnung nach *Dennison* und des Muskeltests sowie deren Anwendung in verschiedenen Körperhaltungen zum Inhalt. Dabei werden die ersten der unten aufgeführten Sprechleistungsstufen einbezogen.

Das Hauptelement ist die *Dennison-Lateralitätsbahnung (DLB) (1992)*. Die DLB besteht aus einer Folge von körpermitteüberschreitenden und einseitigen Bewegungen unter Einschluß unterschiedlicher Blickfixierungs- bzw. -folgebewegungen. Das Erlernen und Vermitteln dieser Bewegungsfolgen durch die Therapeuten setzt genaue Kenntnis, Erfahrung und Wissen um die neuropsychologischen Hintergründe und das eigene Erleben solcher Wirkungen voraus. Diese und andere kinesiologische Übungen können am besten in entsprechenden Kursen (Brain-Gym-Kurse) erlernt und intensiv eingeübt werden.

Mit der DLB soll einerseits eine allgemeine Aktivierung zerebraler Funktionen durch gezielte Bewegungen ausgelöst werden. Zum anderen soll durch Bewegungen, welche die Körpermitte überschreiten, das Zusammenwirken bihemisphärieller Funktionen erleichtert werden. Im Falle unserer Patienten mit Redeflußstörungen erwarten wir solche Ergebnisse insbesondere hinsichtlich des Zusammenwirkens von linkshemisphärisch gesteuerten semantischen, sequentiellen Funktionen der Sprachkoordination und den eher rechtshemisphärisch gesteuerten prosodischen Funktionen und emotionalen Komponenten des Sprechens (s. *Springer/Deutsch 1993, 141*). Zum dritten ist von den Bewegungsfolgen der DLB ein positiver Einfluß auf

die Entwicklung retardierter Körperkoordination im allgemeinen und damit auch auf die Koordination sprechmotorischer Leistungen zu erwarten.

Die DLB setzen wir sehr häufig ein, in der Anfangsphase einer Therapie zu Beginn jeder wöchentlichen Therapiestunde, in günstigen Fällen ergänzt durch häusliche Übungen. Obwohl *Dennison* neuerdings empfiehlt, die DLB stehend auszuführen, bleiben wir insbesondere bei Stotterern mit stärkeren motorisch-koordinativen Schwächen anfangs dabei, daß sie die Übungen liegend erlernen. Wir mußten immerhin die Erfahrung machen, daß rhythmisches Gehen mit körpermitteüberschreitendem „Durchschlagen“ der Arme (eine wichtige Übung zum Anbahnen rhythmisch-fließenden Sprechens) in Einzelfällen überhaupt nicht möglich war. Erst im Liegen und nachdem wir die Arme und Beine des Patienten selbst führten, konnten wir ihn schrittweise befähigen, seinen unkoordinierten Paßgang zu überwinden. Erst danach war es möglich, rhythmisches Gehen mit einfachen Sprechübungen zu verbinden. Trotzdem traten zeitweilig immer wieder Rückfälle auf, und der Patient geriet aus dem Rhythmus. Hier erwies es sich als notwendig und erfolgreich, auf die vorangegangene Übungsstufe zurückzuschalten und die kombinierten Bewegungs- und Sprechübungen wieder im Liegen auszuführen.

Weitere kinesiologische Elemente sehen wir im Sprechzeichnen (Seyd 1972, Osthege 1989), wobei wir hierbei die Überschreitung der Körpermitte beim Zeichnen und den Rhythmus besonders betonen; in speziellen Übungen zur Schulung der rhythmisch-motorischen Koordination, sofern sich diese bei der entsprechenden Diagnostik mit der Rostock-Oseretzky-Skala als auffällig erweisen und im Muskeltest bzw. noticing als Bekräftigungsmöglichkeiten erfolgreichen Trainings. Der Muskeltest sollte auf jeder Stufe sinnvoll genutzt werden, um dem Patienten Übungsfortschritte erlebbar zu machen. Er ist dabei eher noch als das noticing als ein körperlich spürbares biofeedback wirksam.

Weniger umfassende Erfahrungen haben wir bei der Verwendung des Muskeltests als eher psychodiagnostisch-analytischem Element zur Aufdeckung emotionaler und/oder psy-

chosozialer Ursachen des Stotterns, wie das von *Sünnemann* (1994) dargestellt wird. Dazu stehen uns die konventionellen und ausreichend validierten Methoden der Psychodiagnostik zur Verfügung.

Zweite Etappe

In der zweiten Etappe, die etwa vier bis zehn Monate umfassen kann, werden die erlernten Techniken in die Automatisierung, in das fließende, möglichst störungsfreie Sprechen in der gewohnten Umwelt des Stotterers überführt.

Folgende *Hauptsprechleistungsstufen* bilden das linguistische Gerüst unserer Therapie:

- * Reihensprechen
- * Singen (Summen)
- * Vor- und Nachsprechen
- * Gedichtsprechen
- * Lesen
- * Nacherzählen
- * Fragen beantworten
- * Erlebnisbericht
- * Gespräch

Je nach der individuellen Symptomatik unserer Patienten nehmen wir Abweichungen, Umstellungen und Variationen vor. Das betrifft z.B. die Reihenfolge der Stufen sowie das Weglassen der Lesestufe bei Kindern mit geringer oder gestörter Lesefähigkeit.

Der Schwerpunkt A ist chronologisch in drei große Phasen gegliedert, in denen der Schwierigkeitsgrad der Sprechleistungen und der oben erwähnten psychologisch relevanten Inhalte, z.B. der Fragen und Gespräche, systematisch gesteigert und jeweils dem individuellen Sprech- und Verarbeitungsvermögen angepaßt wird.

So wird die DLB in folgenden Stufen eingesetzt:

- Bewegungen und Sprechübungen im Liegen

Nach der DLB als einleitendem Element lassen wir unsere Patienten zunächst einfache Sätze nachsprechen, während sie die Überkreuzbewegungen im Liegen ausführen. Inhalt und sprechmotorisches Anspruchsniveau der Sprechübungen werden dabei systematisch von einfachen Sätzen über einfache

Verse bis hin zum Beantworten einfacher Fragen gesteigert.

- Bewegungen und Sprechübungen im Gehen

Wenn auf der ersten Stufe die Koordination von rhythmischem Gehen und rhythmisch-fließendem Sprechen in befriedigender Weise erreicht ist, gehen wir zur nächsten Stufe über. Die Patienten gehen „im Gleichschritt“ mit dem Therapeuten durch das Zimmer und sprechen die vorgegebenen Texte. Wir achten dabei insbesondere auf das Überschreiten der Körpermitte mit den Armen. Sollten Rückschläge eintreten, erweist es sich immer wieder als erfolgreich, die Übungen auf der vorangegangenen Stufe zu wiederholen. In den meisten Fällen genügt das für den jeweiligen Satz, das jeweilige Wort oder die jeweilige Lautkombination, die nicht beherrscht wurde.

- Bewegungen und Sprechübungen im Stehen

Nach erfolgreicher Abarbeitung der vorangegangenen Übungsstufen werden die Sprechübungen durch „Marschieren auf der Stelle“ begleitet. Auch hier ist wieder auf das Überschreiten der Körpermitte mit den Armen zu achten. Bei Sprechunflüssigkeiten wird wiederum auf die vorangegangene Übungsstufe zurückgeschaltet.

- Arme schwenken

Auf dieser Stufe werden die unterstützenden Bewegungen allmählich zurückgenommen. Die Sprechübungen werden nur noch durch das rhythmische Schwenken der Arme über die Körpermitte begleitet. Die Beine werden nicht mehr bewegt. Vielen Patienten gelingt es auf dieser Stufe bereits, vom bis dahin sehr rhythmisch betonten Sprechen zu fließendem Sprechen überzugehen, das nicht mehr exakt dem Bewegungsrhythmus der Gliedmaßen angepaßt sein muß.

- Symbolisierung der begleitenden Bewegungen durch ein X (Finger übereinanderlegen)

Die Patienten werden gebeten, auf dieser Stufe die Bewegungen nur noch durch das Übereinanderlegen der beiden Zeigefinger in Form eines X zu symbolisieren. Im Sinne

Pawlows wird auf diese Weise ein bedingter Reflex ausgearbeitet. Wie für jeden Lernvorgang gilt auch für die Ausarbeitung dieses Reflexes, daß er oft genug wiederholt und gefestigt werden muß, wenn er später als Instrument herangezogen werden soll, um im Falle erneuten Stotterns Sprechflüssigkeit wiederanzubahnen.

– Mentales Vorstellen des X

Auf dieser letzten Stufe ist das X nur noch als alleiniges Symbol für die vorangegangenen Bewegungen auf den einzelnen Stufen ihrer Intensität im Sinne eines bedingten Reflexes zu festigen. Wir haben immer wieder die Erfahrung machen können, daß unsere Patienten auch außerhalb der Therapie dieses Symbol erfolgreich einsetzen konnten, um notwendigenfalls Symptomfreiheit wiederherzustellen.

In jeder Therapiesitzung wird der Zustand des Stotterns an teilstandardisierten *Prüftexten*, die wiederum der phasenbedingten Schwierigkeitsstufe der Sprechleistungsbereiche entsprechen, vor dem kinesiologischen Training und danach protokolliert. Dieses Vorgehen dient der Kontrolle der Patienten, deren Eltern und des Therapeuten, dem Aufspüren von erforderlichen Behandlungsvarianten einschließlich Therapiepausen und schließlich auch der Validierung unseres Therapiemodells.

Schluß

Wir hoffen, mit unserem ersten Bericht über eine kinesiologisch orientierte Stottertherapie Anregungen zur Beschäftigung mit dieser Problematik und zu Diskussionsbeiträgen geben zu können. Wir beabsichtigen, zu einem späteren Zeitpunkt weitere Erfahrungen mitzuteilen und anhand von katamnesticen Untersuchungen die Effektivität des vorgestellten Verfahrens überprüfen zu können.

Wir möchten es nicht versäumen, uns herzlich bei unseren Patienten und deren Eltern zu bedanken.

Literatur

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

Beljakowa, L.I.: Zur Frage nach den pathophysiologischen Mechanismen des Stotterns. In: Becker, K.-P., Wlassowa, N.A., Asatiani, N.M., Beljakowa, L.I., Hey, W. (Hrsg.): Stottern. Berlin 1977, S. 78-95.

Bergmann, A.: Kinesiologie. In: *Deutsche Ges. f. Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): Sprache-Verhalten-Lernen. Rimpf 1993, 100-110.

Bindel, R.: Beruht Stottern auf einem zerebralen Dominanzproblem? *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982), 175-184.

Brown, J.W., Hæcaen, H.: Lateralisation and language representation. *Neurology* 26 (1976), 183-189.

Cimorell-Strong, J.M., Gilbert, H.R., Frick, J.V.: Dichotic speech perception: A comparison between stuttering and nonstuttering children. *J. of Fluency Disorders* 8 (1983), 77-91.

Clausnitzer, V.: Die didaktisch-methodischen Grundlagen der orofazialen Muskelfunktionstherapie. In: Thiele, E., Clausnitzer, R., Clausnitzer, V.: Myofunktionelle Therapie aus sprechwissenschaftlicher und kieferorthopädischer Sicht. Heidelberg 1992, 87-108.

Codoni, S.: Bitte mit Fingerspitzengefühl – angewandte Kinesiologie in der logopädischen Praxis. *Forum Logopädie*, H. 3/1995, 12-18.

Corballis, M.C.: Toward an evolutionary perspective on hemispheric specialization. *Behavioral and Brain Sciences* 4 (1981), 69-70.

Dennison, P., Dennison, G.: *Lehrerhandbuch Brain Gym*. Freiburg 1992.

Donczik, J.: Können edu-kinestetische Übungen (Brain Gym) Legasthenikern helfen? *Die Sprachheilarbeit* 39 (1994), 297-305.

Donczik, J.: Lernfähigkeitsdiagnostische Befunde bei Stotterern, erfaßt mit der Lerntestbatterie „Luria 90“, unveröff. Manusk. (1995).

Elstner, W.: Bewegung als Hilfe zum flüssigen Sprechen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Bd. 5 des Handbuches der Sprachtherapie. Berlin 1992, 285-306.

Fernau-Horn, H.: Rhythmus als therapeutischer Faktor bei Sprechgehemmten. Stuttgart 1958.

Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Aufbauformen – Wesen. Prinzipien und Methode der Behandlung. Stuttgart 1969.

Fiedler, P.: Neuropsychologische Grundlagen des Stotterns. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Bd. 5 des Handbuches der Sprachtherapie. Berlin 1992, S. 43-60.

Griner, W.A.: *Logopädische Rhythmik*. Moskwa 1958 (russ.).

- Grohnfeldt, M.*: Redeflußstörungen – mehr Fragen als Antworten? In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Bd. 5 des Handbuches der Sprachtherapie. Berlin 1992, 3-18.
- Jehle, P.*: Interdisziplinarität in Forschung und Therapie von Sprechstörungen am Beispiel des Stotterns von Jugendlichen und Erwachsenen. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen. Weinheim 1989, 154-174.
- Johannsen, H.S., Victor, C.*: Visual information processing in the left and right hemisphere during unilateral tachistoscopic stimulation of stutterers. *J. of Fluency Disorders* 11 (1986), 285-291.
- Jones, R.K.*: Observations on stammering after localized cerebral injury. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 29 (1966), 192-195.
- Kurth, E.*: Motometrische Rostock-Oseretzky-Skala. Testzentrale Hogrefe Göttingen 1992.
- LeCours, A.*: Myelogenetic correlates of the development of speech and language. In: *Lenneberg, E.H., Lenneberg, E.* (eds.): Foundations of language development. New York 1975.
- LeDoux, J.E., Wilson, D.H., Gazzaniga, M.S.*: Manipulo-spatial aspects of cerebral lateralization: Clues to the origin of lateralization. *Neuropsychologia* 15 (1977), 743-750.
- Luria, A.R.*: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen. Berlin 1970.
- Maschka, F.*: Der logopädische Rhythmus in der Behandlung des Stotterns. In: *Deutsche Ges. f. Sprachheilpäd.* (Hrsg.): Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik. Hamburg 1969, 111-119.
- Moore, W.H. Jr.*: Bilateral tachistoscopic word perception of stutterers and normal subjects. *Brain and Language* 3 (1976), 434-442.
- Moore, W.H.*: Hemispheric alpha asymmetries during an electromyographic biofeedback procedure for stuttering. A single subject experimental design. *J. Fluency Disord.* 9 (1984), 143-152.
- Motsch, J.*: Die idiographische Betrachtungsweise – Metatheorie des Stotterns. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Bd. 5 des Handbuches der Sprachtherapie. Berlin 1992, 21-42.
- Orton, S.T.*: Studies on Stuttering. *Arch. of General Psychiat.* 18 (1927), 671-672.
- Osthege, B.*: Sprechzeichnen. Die Sprachheilarbeit 34 (1989), 31-33.
- Schilling, A.*: Die Behandlung des Stotterns. *Fol. Phoniatria* 17 (1965), 365-458.
- Schulze, H.*: Diagnostik und Therapie bei Redeflußstörungen als interdisziplinäre Aufgabenstellung aus der Sicht eines klinischen Psychologen einer phoniatischen Ambulanz. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Verbale und nonverbale Kommunikationsstörungen. Weinheim 1989, 175-200.
- Schulze, H.*: Psychosoziale und interaktionale Faktoren in ihrer Bedeutung für die Ätiologie des kindlichen Stotterns. In: *Henze, K.H., Kiese, C., Schulze, H.* (Hrsg.): Grundlagen und Klinik ausgewählter Kommunikationsstörungen. Ulm 1990, 223-250.
- Schulze, H., Johannsen, H.S.*: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Ulm 1986.
- Seyd, W.*: Sprache und Bewegung. Villingen 1972.
- Sporer, B.*: Doppelt benachteiligt: Sprachbehinderte Mädchen in Mathematik und Naturwissenschaften. *Die Sprachheilarbeit* 38 (1993), 92-98.
- Springer, S.P., Deutsch, G.*: Linkes Rechtes Gehirn. Heidelberg/Berlin/New York 1993.
- Stier, E.*: Untersuchungen über die Linkshändigkeit und die funktionellen Differenzen der Hirnhälften. Jena 1911.
- Stoll, A.*: Sprechleistungsstufen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Bd. 5 des Handbuches der Sprachtherapie. Berlin 1992, 273-284.
- Suchodoletz von, W.*: Motometrische Untersuchungen bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. Sprache – Stimme – Gehör 18 (1994), 175-178.
- Sünnemann, H.*: Stottertherapie mit kinesiologischen Methoden. *Die Sprachheilarbeit* 39 (1994), 376-383.
- Visbeck, G.*: Woher und wohin? Blickrichtungen der Stotterforschung. *LOGOS interdisziplinär* 3 (1995), 220-223.
- Vitzthum, I.*: Therapie bei stotternden Kindern im Grundschulalter (Klassen 1/2) nach dem Dresdener Modell. *Die Sprachheilarbeit* 38 (1993), 98-103.
- Wendlandt, W.*: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm. Berlin 1979.
- Wood, F., Stump, D., McKeegan, A., Sheldon, S., Proctor, J.*: Patterns of regional blood flow during attempted reading aloud by stutterers both on and off Haloperidol medication: Evidence for inadequate left frontal activation during stuttering. *Brain and Language* 9 (1980), 141-144.
- Zimmermann, G.N., Knott, J.R.*: Slow potentials of the brain related to speech processing in normal speakers and stutterers. *EEG and Neurophys.* 36 (1974), 47-51.

Anschriften der Verfasser:

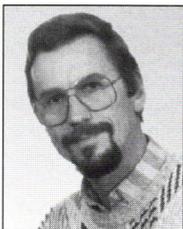
Dr. phil. Volkmar Clausnitzer
Heckenweg 10
84547 Emmerting

Dr. phil. Jochen Donczik
Fischerweg 8b
84547 Emmerting

Dr. phil. Volkmar Clausnitzer – Diplom-Sprechwissenschaftler und Logopäde – behandelt in Altötting/Oberbayern in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen, Ergo-, Montessori- und Musiktherapeuten sowie Krankengymnasten Kinder und Erwachsene mit Kommunikationsstörungen. Außerdem kooperiert er seit vielen Jahren mit seiner Frau, der Kieferorthopädin Dr. Renate Clausnitzer, auf myofunktio-

nellem Gebiet, wozu sie beide Kurse im In- und Ausland ausrichten. Am Fachbereich Sprech-erziehung der Staatlichen Hochschule für Musik und Darstellende Kunst Stuttgart hat er einen Lehrauftrag „Therapie von Kommunikationsstörungen“.

Dr. phil. Jochen Donczik, Fachpsychologe der Medizin, arbeitet eng mit Dr. Clausnitzer zusammen. Aus seiner neuropsychologischen Interessen- und Erfahrungslage heraus erprobt er Möglichkeiten der Kinesiologie in der Therapie von Lernstörungen, Koordinationsstörungen und auch bei Redeflußstörungen und sammelt dazu empirisches Material. Als neuropsychologisch orientierter Kinesiologe gibt er Brain-Gym-Kurse.



Arno Deuse, Bremen

Zentrale Hör- und Sprachverarbeitung (Teil 1)

- psychophysiologische, onto- und pathogenetische Aspekte
- sprachheilpädagogische Folgerungen

Zusammenfassung

Zur zentralen Verarbeitung von elementaren und sprachlichen Perzepten werden einige neue Forschungsergebnisse und Konzepte dargestellt und kritisch bewertet.

Skizziert wird die Verarbeitung auf Cochlea- und Hirnstammebene und die zunehmend komplexere Musteranalyse/-synthese in den kortikalen Feldern, auf beiden Stufen in Verbindung mit weiteren anatomisch-funktionellen Strukturen und in afferent-efferenten Wechselbeziehungen.

Konzepte zu *Störungen* auf beiden Ebenen ("zentrale Fehlhörigkeit" und „auditive Wahrnehmungsstörungen“ nach Esser, „Ordnungsschwelle“, u.a. nach Pöppel 1988) werden hinsichtlich ihrer analytischen und praktischen Erklärungsstärke für die Sprachverarbeitung untersucht.

Dies erfordert m.E. die Einordnung in ein bio-psycho-soziales Regelkreismodell, in die dialogischen Wechselbeziehungen und deren Entwicklung – einschließlich der Kommunikationsinhalte.

Daraus werden Folgerungen für eine erweiterte Diagnostik, Prävention und Intervention gezogen.

1. Einleitung: Gegenstand, Problemengrenzung und Fragestellung

Die sowohl von der Sozialisationsforschung als auch in pädagogischer Praxis festgestellten *Veränderungen der Lebenssituation* vieler Kinder und Jugendlicher erfordern offenbar eine neue pädagogisch-therapeutische Reflexion bzw. konzeptionelle Orientierung. Dies impliziert theoretisch und praktisch die Analyse des Verhältnisses von *Teil und Ganzem* auf mehreren Ebenen, hier insbesondere der Zusammenhänge zwischen psychosozialen und neuropsychischen Strukturen und Prozessen, z.B. im „Wahrnehmungs-/Aufmerksamkeits-/Bewertungssystem“ (Roth 1994, 247).

Eine spezifische Rolle spielt darin die *zentrale* Verarbeitung von auditiven Wahrnehmungseindrücken allgemein und sprachlicher im besonderen. Dabei soll hier unter *zentral*

die retrocochleäre, mehrstufige *Verarbeitung* (subkortikal und kortikal) verstanden werden, unter *Verarbeitung* die nervale, kognitive und emotionale Aktivität.

Als eine Komponente wird dabei *Wahrnehmung* als psychische Widerspiegelung der „Signalwirkungen“ (Klix 1976, 42) gesehen, und zwar in Relation zu den Organismusbedingungen und Strategien allgemein und bei *Störungen* kompensierend.

Allgemeine und spezifische Aspekte ergeben sich im Bereich Sprache, Kommunikation und deren Entwicklung innerhalb der o.g. psychosozialen und -neuronalen Zusammenhänge, deren spezifische *Störungen* sprachheilpädagogisch relevant sind.

Sprache in ihren vielerlei Dimensionen (vgl. Porsch 1990) und spezifischen Eigenschaften (u.a. Funktionen, Strukturen, Prozesse; Homburg 1995), soll hier unter einem Aspekt des „sprachfunktionalen Systems“ (Lindner 1984) gesehen werden, nämlich der *Verarbeitung* und ihrer Bedeutung für die *Kommunikation* als zeichenvermittelter Austausch.

Verarbeitung umfaßt auf seiten des Subjekts ineinander verschränkte im- und expressive Leistungen (vgl. z.B. Keidel 1977) und soll hier *eingegrenzt* werden auf die Betrachtung der *auditiven* zentralen Funktionen und ihrer *Störungen*, in Relation gesehen zu den weiteren Funktionssystemen wie Aktivierung, Aufmerksamkeit, kognitiv-semantische Leistungen bei der Worterkennung, emotionalen Bewertung und Speicherung.

Dabei spielen die elementaren Mechanismen der *zeitlichen* Regulation eine besondere Rolle.

Die folgende *Fragestellung* ergibt sich einerseits phänomenologisch aus der Problemlage in der Praxis (Wahrnehmungs- und „Konzentrationsstörungen“) und andererseits aus

der Notwendigkeit, aktuelle Konzepte (z.B. „zentrale Fehlhörigkeit“, „Ordnungsschwelle“) zu analysieren hinsichtlich ihrer Erklärungsstärke.

Zu *untersuchen* ist deshalb, in wieweit eine kritische Synopsis von Ergebnissen verschiedener Disziplinen zur Erklärung auditiver (Sprach-) Verarbeitung und deren Entwicklung bzw. Störungen zur Weiterentwicklung praktischer Konzepte spezifische Aspekte beitragen kann.

2. Forschungsergebnisse und deren kritische Wertung

Dargestellt werden zunächst funktionelle und anatomische Komponenten der auditiven Verarbeitung und ihrer Störungen, dann die Einbettung in dialogische und ontogenetische Abläufe.

2.1 Auditive Verarbeitung

Zahlreiche Befunde zur Physiologie der *auditiven Verarbeitung* ergeben ein Modell auf mehreren Ebenen mit spektralen, temporalen und lateralen Komponenten, die allgemein und störungsspezifisch ineinanderwirken (vgl. z.B. *Dunker* 1972, v. *Wedel/Opitz* 1982, *Esser* et. al. 1987, *Hellbrück* 1993, *Zenner* 1994).

So können „*elementare Hörfunktionen*“ (*Lurija* 1993, S. 127) auf der Ebene der zentralen Hörbahn insbesondere bei Störgeräusch beeinträchtigt sein durch „zentrale Fehlhörigkeit“ (*Esser/Wurm-Dinse* 1994) im Unterschied zu „*auditiven Wahrnehmungsstörungen*“ auf kortikaler Ebene (*Esser* et al. 1987). Zunächst sollen Aspekte zum *afferenten* Verlauf der auditiven Verarbeitung beschrieben werden.

Auf der *Stufe der Cochlea* und *zentralen Hörbahn* geschieht topologisch die *elementare Vorverarbeitung* für:

- Intensität und Frequenzanalyse in *Cochlea* und *Ganglion spirale*
- stereophone Selektion und Richtungsbestimmung insbesondere durch eine schnelle Direktverbindung vom Nucleus cochlearis dorsalis (*Medulla*) zum kontralateralen *medialen Kniehöcker* sowie durch binaurale Interaktion speziell bei

hohen Frequenzen über *obere Oliven (Brücke)*

- Raumorientierung, auch bei Kopfbewegungen (*Mittelhirn*)
- Differenzierung kurzzeitiger stationärer und transientsignale/Folgen (*Mittelhirn*) und zeitliche „Signalpräzisierung“ (*Dunker* 1972, 101) (*medialer Kniehöcker*)
- subkortikale Koordination und Kurzzeitspeicherung (*Thalamuskern*).

Neuigkeitsdetektion und Langzeitgedächtnis werden vor allem im *Hippocampus* reguliert.

Die subkortikalen Funktionen stehen in Verbindung mit weiteren funktionellen und anatomischen Strukturen; dazu gehören:

- unspezifische Aktivierung (*formatio reticularis*)
- gerichtete Aufmerksamkeit (*aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem*)
- Motorik, z.B. Orientierungsreflex (*Kleinhirn* nach *Keidel, Henatsch*; (*medialer Thalamus* nach *Mitzdorf* 1994, 27)
- modale Wahrnehmung (*primäre* und – sprachspezifisch – *sekundäre Felder*)
- intermodale Wahrnehmung und amodales Bedeutungsverständnis (*tertiäre Felder*)
- Aufnahme und Speicherung gemäß emotionaler Bewertung (*limbisches System, Basalganglien*), Abruf (*Hippocampus*) gemäß „*sinnträchtiger Erfahrung*“ (*Scheich* 1994, 45), modalitätsspezifisch im primären Hörkortex.

Im Zusammenwirken mit der ersten Verarbeitungsstufe geschieht auf der *zweiten Stufe*, der *Kortexebene*, die „*Konstruktion des Hör-raumes*“ (*Roth* 1994, 99).

Diese umfaßt:

- modale und seriale Diskrimination, z.B. in Vokal-Konsonant-Abfolgen resp. Verdeckung (*primäre Felder*), zu 80% kontralateral (*Schlote* 1988)
- sprachliche Dekodierung/Kategorisierung (*sekundäre Felder*) in teilautonomen, automatisierten Subsystemen (vgl. *Friederici* 1987, 27, und zwar lateralisiert., d.h. pragmatisch und prosodisch (im allgemeinen *rechtshemisphärisch*), sprachstrukturell und temporal auf phonetisch-phonematischer, morpho-syntaktischer und lexikalisch-semanticischer Ebene (im allgemeinen *linkshemisphärisch*)

- kortikale Integration sprachlicher Inhalte und grammatischer Strukturen (*tertiäre Felder*) und laterale Koordination (Balken)
- Speicherung und Abrufung (*Hippocampus, Temporallappen*)
- Zielsetzung/Planung/Kontrolle sprachlicher Handlungen (*Frontallappen*), einschließlich Kurzzeitgedächtnis (z.T. *Frontallappen*).

Wie auf der ersten Verarbeitungsstufe werden auch diese Funktionen realisiert in Verbindung mit weiteren Systemen, d.h.:

- intentional-selektive Orientierung und Interpretation (*Frontallappen*)
- "Sprechbewegungsvorstellung" (*Homburg 1994, 22*) (*Broca-Areal*)
- "Konzeptbildung" (*Schlote 1988, 26*), insbesondere zur Ergänzung bei Verständnislücken
- "Weltwissen" (*Friederici 1987, 52*).

Auf beiden Stufen findet durch *efferende* Steuerung in den genannten Parametern eine Adaptation, Filterung bzw. Kontrastverstärkung statt. Dadurch kann die „Signaldetektion vor Hintergrundgeräusch“ (*Zenner 1994, 185*) über die gekreuzten olivocochleären Bahnen verbessert werden, speziell bei der Detektion von Vokalen.

Physiologisch geschieht dies u.a. durch Regulation der Entladung im Nervus cochlearis (*Zenner 1994, 183*).

2.2 Zentrale Störungen des Hörens und der auditiven Sprachverarbeitung

Die Begrifflichkeit ist sehr uneinheitlich. So faßt z.B. *Petersen (1980, 15 ff)* unter „zentrale Sprachverarbeitung“ resp. deren Störungen diverse Prozesse auf mehreren Ebenen zusammen: sensorische, perzeptive, linguistische, kognitive, mnestiche, bewertende und sprachlich-produktive.

Andere Autoren unterscheiden zwischen „zentraler Fehlhörigkeit“ und „auditiven Wahrnehmungsstörungen“ (*Esser et al. 1987, Esser/Wurm-Dinse 1994*).

Phänomenologisch bedeutet die „zentrale Fehlhörigkeit“ gestörte Lautheitsempfindung bei Geräuschen (nicht bei Tönen), eingeschränkte Frequenzunterscheidung und Sprachdiskrimination bei hohem Hintergrundgeräuschpegel oder in halligen Räumen, re-

duziertes Richtungsgehör. Dieses Syndrom zeigt sich u.a. in Störungen des dichotischen Hörens (s.u.), der Fähigkeit zur schnellen zeitlichen Verarbeitung und Selektion, insbesondere bei Hintergrundgeräusch.

Erklärt wird die Störung durch den allgemeinen bzw. gestörten Mechanismus der *lateralen Hemmung* (vgl. *Esser 1994*).

Anatomisch werden diese Funktionen und Störungen auf der zentralen Hörbahn lokalisiert (retrocochleär bis zu den primären kortikalen Feldern).

Als Folgen werden Verzögerung der Sprachentwicklung allgemein, speziell in phonematischen und artikulatorischen Leistungen, sowie im schriftsprachlichen Bereich genannt. (*Esser 1994, 52*).

„*Auditive Wahrnehmungsstörungen*“ beeinträchtigen (nach *Esser et al. 1987*) mehrere Funktionen, insbesondere Aufnahme, Speicherung, Selektion, Differenzierung, Analyse, Synthese, Ergänzung und Integration (S. 11 f).

Diese Funktionen werden von *Esser et al.* oberhalb der primären Zonen lokalisiert. Zu ergänzen ist die Fehlerkorrektur bei Versprechern.

Auf dieser Ebene spiegeln spezifische Prozesse im kognitiv-semantischen Bereich sowie im Lernen und Verhalten die zentral bedingten Störungen wider und wirken sich dadurch im allgemeinen gravierend auf die Sprach- und Gesamtentwicklung aus.

Als bedeutendste *ätiologische* Faktoren werden einerseits „frühkindliche Hirnschädigungen“ und „hereditäre Ursachen“ genannt (*Petersen 1987, 17*), andererseits gering entwickelte „Aufmerksamkeit gegenüber Tönen, Geräuschen“ (*Esser/Wurm-Dinse 1994, 64*) durch ein „Übermaß an akustischen Eindrücken“ (a.a.O.).

Die *kritische* Einschätzung dieser Konzepte setzt auf mehreren Ebenen an. Positiv ist dessen differentielle Erklärungsstärke zu werten in Hinblick auf eine topologisch-funktionelle Differentialdiagnostik.

Zu überprüfen wäre allerdings, ob bei der neuronalen Regulation tatsächlich eher der Mechanismus der lateralen Hemmung (*Esser 1994*) physiologisch wirksam ist oder vielmehr eine komplexe Parallelverarbeitung der Zellen (vgl. *Roth 1994, 143 ff*).

Auf der *psychischen Ebene* ist in jedem Fall eine selektive Aufmerksamkeit als entscheidend anzunehmen, die im wesentlichen über das aufsteigende retikuläre Aktivierungssystem vermittelt wird (vgl. *Mitzdorf* 1994, 37).

Hinsichtlich *psycho-physiologischer* Wechselwirkungen sind die o.g. Störungen jeweils in Verbindung zu sehen mit weiteren Funktionssystemen resp. Störungen sowie im Hinblick auf deren Bedeutung für die *Kommunikation* als zeichenvermittelter Austausch von Mitteilungen in verbalen und nonverbalen Formen in bestimmten Situationen entsprechend den Bedürfnissen von Sprecher und Hörer. Dementsprechend ist die „dialogische“ Beziehung auf jeden Fall in die Analyse einzubeziehen (s.u.).

Zu möglichen *ätiologischen* Faktoren: Bekannt ist, daß in der *prä- und postnatalen Entwicklung* im allgemeinen die bio-psycho-soziale Basis für den späteren Aufbau von Integrations- und Koordinationsmechanismen geschaffen wird (vgl. *Kroppenberg* 1993). Bestimmte Belastungsfaktoren können zu *intrauteriner und/oder postnataler* Beeinträchtigung in den o.g. Bereichen führen bzw. geführt haben – so auch in der Entwicklung der zentralen Hörverarbeitung und auditiven Wahrnehmung.

Im Hinblick auf die therapeutische *Prognose* kann eine gewisse Fähigkeit des auditorischen Systems zur Kompensation aufgrund der o.g. efferenten Steuerungsmechanismen angenommen werden – insbesondere bei jüngeren Kindern und gemäß dem Prinzip der *intermodalen* Wahrnehmung.

Im folgenden Abschnitt geht es um die in diesem Konzept angesprochene schnelle Informationsverarbeitung als notwendige Fertigkeit insbesondere für Richtungshören und Sprachverarbeitung.

2.3 Zeitauflösung

Auditive Signaldetektion und -lokalisierung erfordern extrem schnelle Verarbeitungsmechanismen; so liegen die binauralen Laufzeitunterschiede des Schalls beim Richtungshören kurzer Klicklaute bei 20 bis 650 Mikrosekunden (*Zenner* 1994, 213).

Die Grenze der Wahrnehmung von *Gleichzeitigkeit* zweier auditiver Signale („Klick-Fu-

sion“ nach *Pöppel* 1988, 17 f) liegt bei 2-6 kHz im allgemeinen zwischen 4 und 6 msec (*Hellbrück* 1993, 124) und entspricht etwa der Reizleitungsdauer bis zur oberen Olive (nach v. *Wedel/Opitz*, 1982, 29 f). Die Unterscheidung der *Reihenfolge* zweier Signale, die sogenannte „Ordnungsschwelle“ (*Pöppel* 1988, 23 ff), ist visuell, taktil und auditiv in etwa gleich. Sie liegt trotz des unterschiedlichen Zeitauflösungsvermögens der Sinnesorgane im allgemeinen bei ca. 30 msec und wird deshalb als „zentral verankert“ angesehen (*Pöppel* 1993, 71), ist jedoch „keineswegs humanspezifisch“ (*Scheich*, 1994, 49). Diese Dauer ist etwas größer als die Laufzeit für *auditive* Signale bis zum *medialen Kniehöcker* (7-25 msec nach v. *Wedel/Opitz* 1982, 33) und liegt unterhalb der Laufzeit bis zum Kortex (70-200 msec; a.a.O., 34). Damit ist anzunehmen, daß Fusions- und Ordnungsschwelle primär subkortikal reguliert werden.

Störungen der zeitlichen Verarbeitung waren bei (Wernicke-)Aphasikern festgestellt worden, und zwar erhöhte auditive Fusions- und Ordnungsschwelle (nicht die visuelle!) sowie die Fähigkeiten zur Sequenzierung und Zeitschätzung (v. *Wedel/Opitz* 1982, *Illmberger* 1983, *Kegel* 1991, *Pöppel* 1993). Außerdem wird von *Tallal* et al. (1993, 27) die Hypothese vertreten, daß „bei sprachgestörten Kindern eine basale zeitliche Verarbeitungsstörung ihrem Unvermögen ('inability') zur sensorischen Integration zugrundeliegt“ (Übers. von A.D.).

Kritische Anmerkungen sind m.E. zu zwei Aspekten anzubringen: 1. allgemein die Verkürzung chronobiologischer Prozesse beim Menschen und psychische Komponenten, 2. die unvermittelte Ausweitung basaler Zeitregulation auf komplexe Verarbeitung von Sprache.

Zu 1.: Eine zeitliche Verarbeitung des Informationsflusses verlangt eine „realitätsbezogene Integration“ nach *Klix* (1976, 161), d.h. eine *psychophysiologische* Widerspiegelung einschließlich kognitiv-emotionaler Komponenten, um das Vergangene, Gegenwärtige und Zukünftige zu konstruieren (vgl. *Bernstein* 1988, 205).

In den dabei stattfindenden Momenten des Erkennens und Entscheidens sind Bedürfnis-

se und Bewertungen grundlegend (vgl. *Jantzen* 1994, 115 f) und wirken mit bei der Regulation physiologischer Prozesse wie z.B. der Ordnungsschwelle (vgl. die Therapiestudie von *Kegel/Tramitz* 1991).

Zu 2.: Die Annahme, daß die perzeptive Segmentierung des *Sprachflusses* ähnlich geschehe wie die Verarbeitung von Klickgeräuschen, erscheint unwahrscheinlich. Vielmehr kann m.E. die schnelle psycho-physiologische Vorverarbeitung auditiver Signale, die als subjektiv bedeutungsvoll bewertet werden, als eine Voraussetzung der bedürfnisorientierten kortikalen *Linear- und Parallelverarbeitung* von Sprache angesehen werden (vgl. *Friederici* 1987, z.T. auch das Kodierungsmodell von *Homburg* 1994). Im Zusammenhang damit sind die afferent-efferenten Wechselbeziehungen zwischen kortikalem und subkortikalem Timing genauer zu klären, dies speziell bei Kompensation der bei Aphasie bedingten Verzögerung aufgrund der „Denkfähigkeit“ und „Kombinationsgabe“ der Betroffenen nach *Lutz* (1992, 203).

Auf jeden Fall erscheint es verkürzt, aus dem Phänomen der Ordnungsschwelle als Therapiekonzept ein apparatives „Zeittraining“ (*Günther* 1995, 383) herzuleiten, ohne dabei das *gesamte*, funktionelle System der Sprachverarbeitung des betroffenen Menschen zu sehen mit den individuellen Komponenten und Strategien.

Deshalb werden im folgenden Abschnitt die Mechanismen und Störungen des funktionellen Systems der dialogischen Sprachverarbeitung umrissen.

2.4 Funktionelles System und Dialog

Das „funktionelle System“ (nach *Anochin* 1967; 1978) ist ein Ringstrukturmodell, das – grob umrissen – sowohl aus zentralen Verarbeitungsfunktionen (Afferenzsynthese, Zielsetzung und Kognition/Emotion, Motivation, Antizipation und Programmbildung) besteht, als auch aus Efferenzen, Kontrollprozessen, rückläufigen Afferenzen und ggf. erneuter Orientierungsreaktion.

Dieses Modell stellt lediglich individuelle Regulationsmechanismen dar. Aufgrund dessen erscheint es sinnvoll, die psycho-physiologischen Mechanismen der Kommunikation auf seiten von Sender und Empfänger als dop-

pertes *funktionelles System* zu modellieren. Dabei findet die Kodierung von Mitteilungen von seiten des Senders je nach der Modalität durch verschiedene Prozesse (Operationen) statt, und zwar:

- lautsprachlich durch artikulatorisch-stimmliche
 - paraverbal durch mimische und gestische
 - schriftsprachlich durch graphomotorische bzw. in gegenständlich-motorischer Interaktion durch grob-/feinmotorische Operationen.
- Diese Kodierungen erfordern auf seiten des *Empfängers* entsprechende auditive, visuelle, kinästhetische Dekodierungsleistungen. In diesem wie auch in *Anochins* Modell wird von den Inhalten der Mitteilung abstrahiert. Diese sind vielmehr auf den übergeordneten Systemebenen der Handlung und Tätigkeit strukturell und genetisch einzubeziehen (s.u.). Auf der Mikroebene der auditiven Sprachverarbeitung fehlen die temporalen, spektralen, und lateralen Regulationsmuster der Kommunikation. Um diese und deren psycho-soziale Entwicklung in der Mutter-Kind-Beziehung geht es im folgenden Abschnitt.

2.5 Ontogenetische Aspekte

Die *intrauterine Wahrnehmung* geschieht im zunächst „biochemischen“, dann auch „perzeptiven ‘Dialog’“ (*Kroppenberg* 1993).

Das Cortische Organ beginnt sich ab der 12. Ontogenesewoche (OW) zu differenzieren, so daß intrauterine akustische Reize ca. ab 26. OW von der Cochlea verarbeitet werden können (vgl. *Matschke* 1993, 261).

Die *Entwicklung der Hörbahn* geschieht in 2 Stufen: präthalamisch von der 4. OW bis zum 3. Lebensmonat, thalamo-kortikal vom 10. Fetalmonat bis zum 5. Lebensjahr.

Spezifische Entwicklungsreize bildet dabei die Mutterstimme. Dadurch wird die postnatale Präferenz erklärt, z.B. für Kindergeschichten, welche die Schwangere etwa 6 Wochen pränatal vorgelesen hat, und zwar nur bei ausgeprägter Intonation.

Zum *fetalen Hören* und dessen Bedeutung für die Entwicklung ist von *Tomatis* (1963, 1990) die „audio-psycho-phonologische Theorie“ vorgestellt worden, deren Grundgedanken darin bestehen, daß

- die Mutterstimme eine spezifische Basis

für die Wahrnehmung des Fetus und damit postnatal für die Sprachentwicklung darstellt

- aufgrund dessen Ähnlichkeiten bestehen zwischen dem Hörvermögen und den Stimm- und Sprachgestaltungsmustern.

Zur *postnatalen* Stimm-/Sprachwahrnehmung hat Papousek (1994) eine Fülle von empirischen Ergebnissen vorgelegt. Demnach zeigen einmonatige Säuglinge eine hohe Empfindlichkeit für melodische Strukturen in der wahrgenommenen Sprache, und zwar nicht bei Tiefpaßfilterung, insbesondere aber bei verstärkter melodischer Kontur zur Differenzierung gegenüber Hintergrundgeräusch (S. 147 f).

Die *auditive Aufmerksamkeit* entwickelt sich in folgender Reihenfolge: Richtungshören, Selektion (der Mutterstimme), Erfassung melodischer Konturen (vgl. Papousek 1994, 149 f).

Diese werden in ihrer Bedeutung zunehmend differenziert, d.h.:

- niederfrequente, fallende Melodien zur Beruhigung und höherfrequente, ansteigende Melodien zur Anregung,
- intermodale und seriale Integration, z.B. durch Synchronisation von mütterlichem Singsang mit Atemgeräuschen des Kindes,
- taktil-visuelle Erfahrungen in der Interaktion mit mimischen, stimmlichen und motorischen Komponenten im Elternverhalten.

Auch die *Zeitmuster* im Mutter-Kind-Dialog zeigen je nach Entwicklungsalter spezifische Merkmale, und zwar in Artikulationstempo und Silbendauer bei der Mutter einerseits, andererseits der Vokalisationsfrequenz beim Kind. Untersucht wurden auch die „Zusammenhänge zwischen mütterlichem Sprachangebot und Wortschatzentwicklung“ beim Kind (Papousek 1994, 173 f). Die Ergebnisse lauten zusammengefaßt, daß Art und Umfang der stimmlichen und artikulatorischen Kommunikation und der gegenständlichen Interaktion in einem signifikanten Zusammenhang mit der Wortschatzentwicklung stehen.

Papouseks Untersuchungen der Kommunikations- und Interaktionsformen zwischen Mutter und Kind können m.E. als sehr detailliert und aufschlußreich bezeichnet werden;

allerdings sind drei Aspekte kritisch anzumerken:

- die Stichprobenauswahl (überwiegend Eltern mit hohem Ausbildungsgrad),
- die Beschränkung auf die Mutter-Kind-Beziehung,
- die Abstraktion von der familiären Lebensweise, den Gegenständen der Interaktion und der sensorischen/motorischen Lerntätigkeit des Kindes.

Ein demgegenüber umfassenderer empirischer Ansatz erfordert ein breit angelegtes *Entwicklungskonzept*.

Dies gilt analog für die praktischen Ansätze in Diagnostik und Förderung (Therapie) bei auditiven und anderen Sprachverarbeitungsstörungen bzw. deren Verständnis in Theorie und Praxis.

3. Folgerungen für die Praxis

Auch in diesem Kapitel ist es nötig, die Thematik einzugrenzen vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses.

Entsprechend einem theoretischen Mehrebenen-Modell zur Störungskomplexität muß die *praktische Methodik* ein differenziertes und breitgefächertes Inventar umfassen gemäß den unspezifischen und spezifischen Beeinträchtigungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen, d.h. „ganzheitliche“ Angebote mit *sprachunspezifischen* und *spezifischen*, differentiellen bzw. individuellen Verfahren. Dies erfordert *Methodenintegration* in der Praxis entsprechend den *Zielen* und *Inhalten*.

Als *Praxis* soll die individuell-soziale Arbeitstätigkeit unter gesellschaftlich-institutionellen Bedingungen verstanden werden – hier eingegrenzt auf konkrete Diagnostik, Prävention und Intervention bei auditiv-zentralen Störungen der Sprachverarbeitung. Dazu werden z.T. neue Verfahren vorgestellt.

3.1 Zur Diagnostik

Diagnostik zur Erfassung der Ausgangslage und deren Veränderungen richtet sich auf persönliche und soziale Voraussetzungen durch mehrdimensionale Erfassung, integrative Interpretation und ganzheitliches Verständnis sowohl der aktuellen Problemlage als auch deren Entwicklung auf mehreren *Ebenen* (Deuse 1996, 52).

Dabei sind als allgemeine *Prinzipien* grundlegend:

- eine theoriegeleitete Herangehensweise (z.B. nach Jantzen 1994 b),
- ein reflexives Selbstverständnis (vgl. Zimpel 1994),
- als Ziel ein „gemeinsames Verständnis“ (Jetter 1995, 34),
- Ergründung der individuellen bzw. familiären Möglichkeiten zur „Selbstorganisation“ (Schiepek 1987, 39).

Dies erfordert eine mehrdimensionale *Methodik*, d.h.:

- *Gespräche* sind gerichtet auf die Persönlichkeit und Aktivität, Erschwernisse und Probleme, bisherige und mögliche Lösungsansätze,
- *Beobachtung* versucht sprachliches und nichtsprachliches Handeln, Interaktion und Kommunikation zu erfassen,
- *Prüfverfahren* sollen Aufschlüsse geben über Operationen, hier vor allem in der auditiven bzw. zeitlichen Informationsverarbeitung.

Realisierbar wäre z.B. bei 3-5-jährigen Kindern die Erfassung der familiären Interaktions- und Kommunikationsstrukturen möglicherweise durch diagnostische Modellstunden mit Videoaufzeichnung und z.T. gemeinsamer Auswertung mit den Eltern (vgl. hierzu das „Manual“ von Papousek 1994, 202 ff).

Inwieweit das Kind zusammenhängende Sprache versteht, kann in diesem Rahmen überprüft werden durch Aufforderungen zum Zeigen von Gegenständen und zum Vormachen von Alltagshandlungen.

Eine „funktionsorientierte Verhaltensbeobachtung“ nach Günther/Günther (1992, 15) oder gemäß dem „Lehrerbeobachtungsbogen“ von Ebert (1993, 108 ff) kann Hinweise ergeben u.a. über seine *auditiven Fähigkeiten* bzw. *Störungen* in der Aufmerksamkeit, Lokalisation und Selektion von Geräusch und Sprache, Phonemdiskrimination sowie im Erkennen und Speichern von Sequenzen.

Die *Sprechmuster* des Kindes können hinsichtlich ihrer spektralen und temporalen Spezifika computerunterstützt analysiert werden (vgl. Deuse 1994, 1996).

Über die Beobachtungsergebnisse hinausgehend wäre ab etwa 6 Jahren auch eine Über-

prüfung der *auditiv-zentralen* Funktionen möglich:

- Identifikation/Lokalisation/Zeitauflösung bei Klicks (Ordnungsschwelle),
- Richtungshören im Freifeld (vgl. Ebert 1993, 123),
- monaurale und dichotische Worterkennung (dichotische Tests) und auditive Selektion (Mainzer Kindersprachtest mit Geräusch, BILD-Test; vgl. Esser/Wurm-Dinse 1994),
- auditives Gedächtnis für sprachliches und nichtsprachliches Material unterschiedlicher Komplexität.

Weitere Verfahren enthält das umfangreiche „Münsteraner Untersuchungskonzept bei Verdacht auf zentrale Hörverarbeitungsstörungen“, (Fiegert/Borstel 1995), und zwar: die Überprüfung auditiver Hirnstammfunktionen, audiologische Verfahren, Entwicklungsdiagnostik, logopädische Untersuchung der rhythmischen, phonematischen Differenzierung, auditiven Merkfähigkeit sowie (bei Schulkindern) der Lautanalyse, -synthese und -ergänzung, außerdem der sprachlichen Sequenzbildung.

3.2 Zur Prävention und Intervention

Prävention umfaßt eine breite Palette *allgemeiner* Aspekte – z.B. didaktisch-methodischer Art, Öffentlichkeitsarbeit, Seminare etc. – als auch individuum- und familienbezogene Ansätze wie z.B. Elternberatung bei Sprechunflüssigkeit des Kleinkindes. Speziell im Hinblick auf das Thema dieses Beitrags wären die Vorsorgeuntersuchungen zu nennen, die u.a. auch das Hörvermögen überprüfen zur Prävention von Störungen in der frühen Sprachentwicklung (vgl. Schorn/Stecker 1994, 339 ff).

Bei *Neugeborenen* werden als präventiv-diagnostische Verfahren u.a. angewendet:

- Überprüfung auditiv ausgelöster Reflexe (z.B. Lidschlag),
- motorische Reaktionen im Schlafbett,
- Messung otoakustischer Emissionen (= OAE, Schallsignalen der Cochlea),
- Hirnstammaudiometrie zur „Ableitung von akustisch evozierten Hirnnerven- und Hirnstammpotentialen auf Klicks und Tonimpulse“ (Schorn/Stecker 1994, 341).

Diverse weitergehende Verfahren werden in

der Kleinstkindaudiometrie angewendet, wie z.B. Spielaudiometrie mit Sinustönen und der Mainzer Kindersprachtest.

Mit *Intervention* ist sowohl *Förderung* durch spezielle Entwicklungs-/Lernangebote gemeint, als auch (mit fließendem Übergang) *Therapie*, die überwiegend gerichtet ist auf Abbau bzw. Kompensation von Störungen (Deuse 1996, 239).

Eine *ganzheitliche* Prävention und Intervention umfaßt bedürfnis-, entwicklungs- und anforderungsgerechte Inhalte und Methoden entsprechend der Problemlage und Lebenssituation unter Aspekten der Sprachkompetenz, der kognitiven und affektiven Verarbeitung und der kommunikativen Beziehung (vgl. Braun 1995).

Die *Ziele* liegen allgemein, mit individuellen Schwerpunkten, auf drei *Ebenen*:

- Entwicklung bzw. (Re-)Stabilisierung der Persönlichkeit in gemeinsamer Tätigkeit,
- Entwicklung von Handlungs-, Interaktions- und Kommunikationskompetenz,
- Erweiterung der impressiven, expressiven und pragmatischen Sprach- bzw. Sprechfertigkeiten.

Im Idealfall sind die Ebenen miteinander verknüpft, z.B. im Dialog in den Relationen von Bedürfnis, kommunikativer Absicht beim Sprecher/Hörer und sprachlicher Form (vgl. „Form – Inhalt – Gebrauch“ bei Homburg 1995, 23).

Bei *Störungen* der auditiv-zentralen Sprachwahrnehmung bedeutet dies, daß sprachspezifische Verfahren wie z.B. „Klangtherapie“ nach Steinbach (1990) oder ein Training der o.g. auditiven Funktionen nach Möglichkeit themenbezogen ganzheitlich integriert sein sollten, z.B. in Kindergeschichten, -hörspielen, -theaterstücken (vgl. „Akupädie mit Klängen“ nach Berndsen 1995).

Dies gilt analog für *sprachspezifische* Verfahren, welche die Wahrnehmung des eigenen Sprechens und das anderer Personen verdeutlichen sollen, also individuell abgestuft entsprechend den Leistungen des auditiven Systems, auch mit Hintergrundgeräusch (quantitativ und qualitativ variiert).

Geeignet wäre dazu eine *Kontrastverstärkung* der Hör- und Sprechmuster, etwa auf der Basis eines von Subellok (1994) vorgestellten Verfahrens, das zu modifizieren wäre,

da es speziell für Schwerhörige entwickelt wurde und nur auf Vokalen beruht.

Sinnvoll wäre ein Angebot an Minimalpaaren (wie z.B. in dem Computerprogramm „Audio-Log“) entsprechend den individuellen Verwechslungen und mit zunehmend geringerem Kontrast (spektral und temporal).

Die *Musterverstärkung* ist technisch durch Computerprogramme zur Sprachbearbeitung und -ausgabe realisierbar. Dabei wäre jedoch die Auswahl der zu kontrastierenden Muster (z.B. aus einem gemeinsam gespielten Theaterstück) gemäß den o.g. Gesichtspunkten vorzunehmen, um Zusammenhänge zu verdeutlichen zwischen

- emotionalem Hintergrund, Stimmklang und Intonation
- individuellen Sprechklangmustern und den spektralen bzw. temporalen Feinstrukturen.

4. *Schlußbemerkung*

Aus meiner Sicht bestehen noch diverse ungelöste *Probleme* in Theorie und Praxis: zum einen die Zusammenhänge zwischen akustischen Parametern (spektralen, temporalen) und psycho-physischen Komponenten der Verarbeitung (z.B. subkortikale und kortikale Lateralität), zum anderen die praktischen Fragen zur individuellen Gestaltung des Förderangebots hinsichtlich Adaptation, Transfer und Stabilisierung.

Auch das komplexe Verhältnis von Informationsverarbeitung und Sprachverstehen (vgl. Grohnfeldt 1995, 60) auf mehreren Ebenen der (non-)verbalen Kommunikation bedarf einer detaillierten Analyse, die in Teil 2 dieses Beitrags vorgenommen werden soll (in einem der folgenden Hefte der *Sprachheilarbeit*).

Aus der Komplexität des Gegenstands ergibt sich die Notwendigkeit der *Kooperation* – interdisziplinär und interinstitutionell – in Theorie und Praxis.

Eine entsprechende *empirische Studie* erscheint mir deshalb wünschenswert, um ein theoretisch-praktisches Konzept und entsprechende Materialien für eine ganzheitliche Diagnostik und Intervention bei auditiv-zentralen Verarbeitungsstörungen zu entwickeln und zu erproben.

Literatur

- Anochin, P.K.:* Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena 1967
- Anochin, P.K.:* Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems. Jena 1978
- „AudioLog“ – Computerprogramm zur Förderung der auditiven Funktionen. Firma Flexoft Education, Agnes-Tütel-Weg 5, 58239 Schwerte
- Beck, G.:* Klangmuster in der Therapie. Münster 1990
- Berndsen, K.-J.:* Akupädie mit Klängen. Akustiktherapie. Unna 1995
- Bernstein, N.A.:* Bewegungsphysiologie. Leipzig 1988
- Deuse, A.:* Atem-, Stimm- und Sprechübungen am Computer im Rahmen eines „ganzheitlichen“, methodenintegrierten Konzepts. Die Sprachheilarbeit 39 (1994) 3, 152-164
- Deuse, A.:* Zur Bedeutung der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen für die sprachheilpädagogische Diagnostik, Prävention und Intervention. 1996 (i.Dr.)
- Dunker, E.:* Physiologie des Hörens II: Zentrale Bahnsysteme und Verarbeitung akustischer Nachrichten. In: *Dunker, E. et al.* (Hrsg.): Hören, Stimme, Gleichgewicht. Sinnesphysiologie II, München-Berlin-Wien 1972, 57-125
- Ebert, H.:* Pädaudiologische Aspekte der Diagnose zentraler Störungen der auditiven Sprachwahrnehmung. In: *Axmann, D.* (Hrsg.): Erkennen – Verstehen – Fördern. Neurogene Lernstörungen beim Spracherwerb hörgeschädigter Kinder, Kinder mit zentralen Störungen der auditiven Sprachwahrnehmung. Bericht zur Fachtagung in Würzburg am 31.10./1.11.92. Hörgeschädigtenzentrum Würzburg 1993 (95-124)
- Esser, G.:* Zentrale Hör- und Wahrnehmungsstörungen – ein Überblick. In: *Plath, P.* (Hrsg.): Zentrale Hörstörungen. Materialsammlung zum 7. Multidisziplinären Kolloquium der Geers-Stiftung am 14. und 15. März 1994; Essen 1994, 11-33
- Esser, G., et al.:* Auditive Wahrnehmungsstörungen und Fehlhörigkeit bei Kindern im Schulalter. Sprache – Stimme – Gehör 11 (1987), 10-19
- Esser, G., Wurm-Dinse, U.:* Fehlhörigkeit, Sprachwahrnehmungsstörungen und LRS – Zusammenhänge? In: *Bundesverband Legasthenie* (Hrsg.): Legasthenie. Bericht über den Fachkongreß 1993. Hannover 1994, 49-72
- Fiebert, P., Borstel, M.:* Seminar „Diagnostik und Therapie zentraler Hörstörungen und auditiver Wahrnehmungsstörungen (Münsteraner Konzept)“ am 18.11.1995 in Hamm (bislang unveröff. Skript.)
- Friederici, A.:* Kognitive Strukturen des Sprachverstehens. Berlin/Heidelberg 1987
- Grohnfeldt, M.:* Individualisierung der Lernanforderungen zur Unterstützung des kindlichen Spracherwerbsprozesses. Sprache – Stimme – Gehör 19 (1995) 2, 57-63
- Günther, H.:* Auf ein Wort: Mysteriöses Gehirn. Die Sprachheilarbeit 40 (1995) 5, 381-384
- Günther, H., Günther, W.:* Diagnose auditiver Störungen bei Sprachauffälligkeiten und Lese-Rechtsschreibschwierigkeiten im Primärbereich. Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 1, 5-19
- Hellbrück, J.:* Hören. Physiologie, Psychologie und Pathologie. Göttingen 1993
- Henatsch, H.-D.:* Zerebrale Regulation der Sensomotorik. In: *Haase, J., Henatsch, H.-D., Strata, P., Thoden, U.* (Hrsg.): Sensomotorik, Physiologie des Menschen, Bd. 14. München/Berlin/Wien 1986, 266-420
- Homburg, G.:* Sprache und Kommunikation aus sprachheilpädagogischer Sicht: Dimensionen der Sprachtherapie. In: *Frühwirth, I., Meixner, F.* (Hrsg.): Sprache und Kommunikation, Wien 1994, 13-30
- Homburg, G.:* Zur Komplexität gestörter Sprache. In: *Grohnfeldt, M.:* Sprachstörungen im sonderpädagogischen Bezugssystem. Berlin 1995, 15-37
- Ilmberger, J.:* Zur Zeitwahrnehmung von hirnerkrankten Patienten. Phil. Diss. München 1983
- Jantzen, W.:* Am Anfang war der Sinn. Zur Naturgeschichte, Psychologie und Philosophie von Tätigkeit, Sinn und Dialog. Marburg 1994 a
- Jantzen, W.:* Syndromanalyse und romantische Wissenschaft. In: *ders.* (Hrsg.): Die neuronalen Verstrickungen des Bewußtseins. Münster 1994 b, 125-158
- Jetter, K.:* „Verstehende Diagnostik“. Mitteilungen 20 (1995) 1, 32-40
- Keidel, W.-D.:* Biokybernetische Aspekte bei Hör-, Sprach- und Sprechstörungen. Sprache – Stimme – Gehör 1 (1977), 6-17
- Kegel, G.:* Sprach- und Zeitverarbeitung bei sprachauffälligen Kindern. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Grammatik. Berlin 1991, 225-243
- Kegel, G., Tramitz, Ch.:* Olaf – Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie. Op-laden 1991
- KLIX, F.:* Information und Verhalten. Bern 1976
- Kroppenberg, P.:* Emotionale Förderung – Ein notwendiges Angebot für Kinder mit (sprachlichen) Beeinträchtigungen. In: *Freisleben, H.* (Hrsg.): Sprache – Verhalten – Lernen. XX. Arbeits- und Fortbildungs-

- tagung der dgs in Würzburg 1991. Kongreßbericht, Rimpar 1993, 574-592
- Lindner, G.*: Entwicklung von Sprechfertigkeiten bei gehörlosen Kindern. Berlin (DDR) 1984
- Lutz, L.*: Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Berlin/Heidelberg 1992
- Lurija, A.R.*: Das Gehirn in Aktion. Reinbek bei Hamburg 1993
- Matschke, R.G.*: Hört der Mensch vor der Geburt? Neuere Erkenntnisse zur Reifung der menschlichen Hörbahn. Sprache – Stimme – Gehör 17 (1993), 158-163
- Mitzdorf, U.*: Struktur und Funktion des Nervensystems. In: *Pöppel, E., Bullinger, M., Härtel, U.* (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Soziologie. Weinheim 1994, 19-42
- Papoušek, M.*: Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern 1994
- Petersen, U.*: Zentralorganische Sprachentwicklungsstörungen. Sprache – Stimme – Gehör 4 (1980), 15-20
- Pöppel, E.*: Grenzen des Bewußtseins. Über Wirklichkeit und Welterfahrung. Stuttgart 1988 (1. Aufl. 1985)
- Pöppel, E.*: Lust und Schmerz. Über den Ursprung der Welt im Gehirn. München 1995
- Porsch, P.*: Sprache. In: *Sandkühler, H.-J.* (Hrsg.): Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften. Bd. 3, Hamburg 1990, 407-423
- Roth, G.*: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. Frankfurt/M. 1994
- Scheich, H.*: Funktionelle Organisation, Plastizität und artefizielle Aktivität im auditorischen Kortex eines Cochlea-implantierten Tiermodells. In: *Plath, P.* (Hrsg.): Zentrale Hörstörungen. Materialsammlung zum 7. Multidisziplinären Kolloquium der Geers-Stiftung am 14. und 15. März 1994; Essen 1994, 38-47
- Schiepek, G.*: Das Konzept der systemischen Diagnostik. In: *Schiepek, G.* (Hrsg.): Systeme erkennen Systeme. Bedingungen systemischer Diagnostik. Weinheim/München 1987, 13-46
- Schlote, W.*: Sprache und Sprachstörungen – Neuroanatomie und Neurophysiologie. In: *Diller, G.*, et al. (Hrsg.): Sprache und Sprachstörungen, Dortmund 1988, 13-50
- Schorn, K., Stecker, M.*: Hörprüfungen. In: *Naumann, H.H.*, et al.: Oto-Rhino-Laryngologie in Klinik und Praxis, Bd. 1, Stuttgart/New York 1994, 309-368
- Steinbach, I.*: Klangtherapie, Transformation durch heilende Klänge. Südergellersen 1990
- Subellok, K.*: Hörtraining und Sprachtherapie auf der Basis alternativer humanakustischer Modellvorstellungen als Komponenten der Rehabilitation Schwerhöriger (Erziehungswiss. Diss.) Dortmund 1994
- Tallal, P.*: Preface. In: *Tallal, P., Galaburda, A.M., Llinas, R.R., Euler, C.v.*: Temporal Information Processing in the Nervous System. Special Reference to Dyslexia and Dysphasia. New York 1993, S. IX
- Tomatis, A.A.*: Der Klang des Lebens. Vorgeburtliche Kommunikation – die Anfänge der seelischen Entwicklung. Reinbek 1990
- Warnke, F.*: Ordnungsschwelle und Spracherwerb. Die Sprachheilarbeit 38 (1993) 5, 255-258
- Wedel, H.v., Opitz, H.-J.*: Einfluß des zeitlichen Auflösungsvermögens auf Selektionsstörungen des Gehörs. Ein Beitrag zum Zeitauflösungsvermögen des Gehörs. Opladen
- Zenner, H.-P.*: Hören. Physiologie, Biochemie, Zell- und Neurobiologie. Stuttgart 1994
- Zimpel, A.*: Verstehen statt Kontrolle. Über die DiagnostikerInnenrolle von PädagogInnen. Fachverband für Behindertenpädagogik. Landesverband Bremen. Mitteilungen 19 (1994) 2, 4-27

Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. PD Arno Deuse
Kurt-Huber-Str. 134
28327 Bremen

Tätigkeit:

- Unterricht, Diagnostik und Therapie an der Sprachheilschule
- Privatdozent an der Universität Bremen

MAGAZIN

Im Gespräch



Hans Werder, Basel

Schriftspracherwerbsstörungen aus klinisch-psychologischer Sicht¹

Zusammenfassung

In den nachfolgenden Ausführungen geht es um den Nachweis, wie verengt eine wie auch immer geartete rein linguistische oder auch psycholinguistische Auffassung von Schriftspracherwerbsstörungen ist. Dabei wird gleichzeitig eine Fülle an Erfahrungen und theoretischen Ergebnissen wie auch an praktischen Befunden aus der LRS-Forschung ignoriert. Daraus ergeben sich Fragen hinsichtlich künftig in Betracht zu ziehender Parameter in Forschung und Praxis.

1. Zur Problemgeschichte

Was man heute unter der Bezeichnung „Schriftspracherwerbsstörungen“ zusammenfaßt, pflegte man weiland als „Legasthenie“, in helvetischen Landen bisweilen – und dies besonders in Logopädenkreisen – als A- bzw. Dyslexie bzw. An- bzw. Dysorthographie zu bezeichnen. Nachdem das Legastheniekonzept und die Erforschung des Phänomens Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten in die Krise geriet (*Angermaier* 1974; *Schlee* 1974, 1976; *Sirch* 1975; *Valtin* 1975), wurde es in Deutschland nach und nach aufgegeben und verlor zusehends sowohl seine forschungsrelevante Seite als auch seine schulpolitische Bedeutung. Ja, es gezielte sich nicht mehr, diesen Ausdruck in den Mund zu nehmen. Zur selben Zeit wurde das Legastheniekonzept in der Schweiz beibehalten und die Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut. Zur Legasthenie gesellte sich ihre arithmetisch-mathematische Schwester, die Rechenschwäche, auch Dyscalculie genannt. Trotz administrativer Widerstände zunächst seitens der Kantone und der Invalidenversicherung schmolzen die kommunalen und kantonalen Resistenzen hinsichtlich

der Übernahme von Behandlungskosten langsam dahin. Angesichts der inflativ diagnostizierten Legasthenien und Dyscalculien stellte sich die Frage, wann wohl eine Störung z.B. für musikschwache Kinder als Musasthenie oder für Kinder mit Problemen in Geographie, d.h. mit einer Geographasthenie, diagnostiziert und anschließend behandelt werden müßte. Zusammen mit dem zwischenzeitlich aufgetauchten Teilleistungskonzept fand man eine komplexere Bezeichnung für schulische Lernprobleme, die man im Zusammenhang mit integrativer Schulung in einem anderen Rahmen anzugehen beabsichtigte. Mit der obligaten und notorischen helvetischen Verzögerung wurde nun anfangs der 90er-Jahre die Legasthenie ebenfalls abgeschafft. Seitens der heilpädagogischen Ausbildungsinstitute lagen die Gründe dafür im Konzeptionellen, seitens der Politik wurde jedoch ein Sparpotential gesichtet. Gleichzeitig wird nun die Legasthenie in Deutschland neu entdeckt, diesmal durch die Mediziner Gilde, durch Professor Andreas *Warnke*, im Anschluß an dessen Habilitationsschrift „Hirnleistung und Legasthenie“. Im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gründete er eine entsprechende Sachkommission, die ihrerseits 1993 ein Merkblatt zuhanden der Öffentlichkeit ausarbeitete und darin – wie ge-

¹ Referat, gehalten anlässlich der 30. Tagung der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertpädagogik in Reutlingen vom 22.-24. September 1994

habt – Legasthenie erneut als neuro-psychiatrisches Krankheitsbild im Sinne einer Entwicklungsstörung definiert („3. Die Lese- und Rechtschreibstörung [Legasthenie] ist ein international einheitlich anerkannter diagnostischer Begriff“ *Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1994, 74-78) und klassifiziert gemäß ICD 10 F 81.0. Gleichzeitig weist er darauf hin, daß die Probleme legasthenischer Kinder der Öffentlichkeit, insbesondere den Schulbehörden und Lehrkräften nahezubringen seien. So weit war man im Anschluß an *Lindner* (1951), *Schenk-Danzinger* (1954, 1961, 1968), *Kobi* (1965), *Biglmaier* (1965), um nur einige zu nennen. Gewissermaßen transformiert und linguistisch gereinigt taucht in den letzten Jahren im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik ein scheinbar neues Phänomen auf: Die Schriftspracherwerbsstörungen!

Worin unterscheiden sich nun die linguistisch fundierten Schriftspracherwerbsstörungen von der alten Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) bzw. Legasthenie?

Gemäß ihrer Geschichte kann man bei Lese-Rechtschreib-Schwächen bzw. Legasthenien von einer polyätiologischen Kausalität, d.h. von Verursachungsmomenten, die auf der organischen Ebene anzusiedeln sind, z.B. im Bereich des Sehens wie Sehschwächen (*Egger* 1971), okulomotorische Störungen (*Pavlidis* 1981, 1986, *Pestalozzi* 1984, *Hafen o.J.*, *Otto/v. Frisching* 1989, *Bangerter/Hegedüs/Frutiger* 1993, *Fischer* 1993, *Safra* 1994) ausgegangen werden. Aus dem Bereich der Neurologie wird seit langem einerseits von Hirnschädigungen, andererseits in abgeschwächter Form von Funktionsstörungen (*Orton* 1925) ausgegangen. Letzterer schrieb – was sehr modern und zeitgemäß tönt – „Wortblindheit“ dem Fehlen der Dominanz einer Hemisphäre und der darauf folgenden störenden Beeinflussung der Engramme zu. Gemäß *Marion Monroe* (1932), die verschiedene amerikanische Forschungsergebnisse aus jener Zeit referiert, wurden bereits damals Zusammenhänge zwischen Legasthenie, Hemisphären-Dominanzstörung, Entwicklungsstörungen, emotionalem Geschehen, Sprachstörungen, Leselernmethoden, Milieueinflüssen u.a.m. in die Betrachtung einbe-

zogen. Von den 50er-Jahren an brachten, wie *Kobi* es beschreibt, „(schul-)psychologische Publikationen [die Tendenzwende]: *Maria Lindner* (Zürich), *Lotte Schenk* (Wien), *Hans Kirchoff* (Hamburg) u.a. leiteten eine Phase der klinisch-praxisorientierten Lese-Rechtschreib-Schwäche-Forschung ein“ (*Kobi* 1977, 10).

Nun aber zu den beiden Konzepten, dem der Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) und der traditionellen Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS).

2. Schriftspracherwerbsstörungen aus linguistischer Sicht

Beim linguistischen Ansatz zur Behandlung von Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) wird davon ausgegangen, daß die Behandlung schwergewichtig auf die linguistischen Grundeinheiten, d.h. auf Morpheme und Grapheme, aufbauen kann als Grund-Elemente der Sprach- bzw. Schriftstruktur unter Einbezug des jeweiligen Entwicklungsstandes, vorab der kognitiven Entwicklung (*Piaget, Wygotsky*).

Dabei geht man von der Grundannahme aus,

- daß ätiologische Momente am Zustandekommen der Störung für die Behandlung irrelevant seien,
- daß die Sprachentwicklung gemäß den linguistischen Strukturelementen folge,
- daß entwicklungspsychologische Bedingungen im Einzelfall beim Erfassen der Lese-/Rechtschreibleistungen vernachlässigbar seien,
- daß Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) ausschließlich auf dem Niveau der Sprache selbst, insbesondere der Schriftsprache, anzugehen sind,
- daß eine Erfassung des Lese- und Rechtschreibverhaltens auf der phänomenologischen Ebene und eine daraus abgeleitete Übersetzung auf die methodisch-didaktische Ebene der Intervention ausreiche,
- daß damit, gemäß impliziter Annahme, Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) vollumfänglich behandelbar seien.

Darüber hinaus hängen mit diesen intrakonzeptuellen extrakonzeptuelle Bedingungen zusammen:

- Diese Auffassung orientiert sich mehr an einem Lehrer- als an einem Therapeuten-Selbstverständnis.
- Dahinter steht wiederum ein Selbstverständnis des Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden als vor allem und ausschließlich linguistisch ausgerichtete Fachperson.
- Die Behandlung von Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) erweist sich auf diesem Hintergrund als eine Form von etwas spezialisierterem, aber durchaus traditionellem Sprachunterricht.
- Die Diagnose und Indikationsstellung für Behandlung und die Vorgehensweise bei Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) in ihr ist verhältnismäßig leicht, bewegt sich dann jedoch eo ipso ausschließlich auf der Ebene der Sprache. Mit ihr verbundene weitere Entwicklungs- und Leistungsvoraussetzungen interessieren nicht bzw. sie sind (vermeintlich) irrelevant.

3. Schriftspracherwerbsstörungen aus klinisch-psychologischer Sicht

Der klinisch-psychologische Ansatz geht von anderen Voraussetzungen aus, denn gemäß seiner Annahme, daß der auf der Symptomebene sich präsentierende Störung eine Vielzahl an Verursachungsmomenten zugrundeliege, haben sich sowohl die Art der Erfassung wie auch der Interventionen danach zu richten. Er basiert ebenfalls auf der Annahme, daß die entwicklungsmäßigen, d.h. entwicklungsphysiologischen, entwicklungsneurologischen, entwicklungspsychologischen Voraussetzungen des Schriftspracherwerbs multikausal bedingt sind. Daher steht die multidimensionale Erfassung des Entwicklungsstandes des betreffenden Kindes in seiner Gesamtheit als auch in einzelnen Teilleistungsbereichen im Zentrum. Daher werden die Voraussetzungen für Leistungen ganz generell und u.a. für Sprachleistungen ganz speziell untersucht, sich orientierend an basisfunktionellen Gegebenheiten, d.h. an physischen Voraussetzungen, an sensorischen und psychomotorischen Gesichtspunkten (hier bestehen Beziehungen zu Bereichen

wie Psychomotorische Therapie z.B. *Naville*), zur Motopädagogik (*Kiphard, Schilling*) aber auch zu Ansätzen der *Frostig*-Therapie u.a.m.), an der Lateralität (*Siegrist 1957, Sovak 1968, Ullmann 1974, Olsson/Rett 1989, Bishop 1990, Naville; Kiphard u. Schilling*), an verschiedenen Bereichen der Perzeption (siehe *Frostig, Ayres, Affolter*), der Kognition, der Motivation, der Emotionalität (z.B. *Bettelheim 1970, 136-149; Grüttner 1980*), der Soziabilität bzw. an systemischen (*Hess 1988, Müller 991*) Bedingungen unter Einbezug der bisherigen Entwicklung, wie sie von den Eltern, Lehrkräften etc. wahrgenommen und erlebt wurde als auch aus der Sicht des betroffenen Kindes sowohl aufgrund seiner Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung, als auch aufgrund testpsychologischer Untersuchungsergebnisse.

Bei dieser Vorgehensweise legt man einerseits Wert auf das Abschätzen allfälliger ätiologischer Faktoren oder Faktorenbündel, aus denen die optimale Behandlungsart und -weise abgeleitet wird und daß sich daraus allenfalls die unter den gegebenen Umständen mögliche Behandlungsweise ergibt.

Folgende Prämissen liegen folglich dieser Auffassung zugrunde:

- Entwicklungs-, Lern- und Leistungsstörungen sind aufgrund ihrer Komplexität umfassend abzuklären, weil
- Entwicklungs-, Lern- und Leistungsstörungen, gleich welcher Art und Phänomenologie, auf unterschiedlichsten Ursachen basieren, die im Leiblichen, im Leibnahem und auch in verhältnismäßig leibfernen Bereichen bis hin in den systemischen bzw. ökologischen Bereichen liegen können (eine systemische Betrachtungsweise schließt keineswegs eine individuelle Untersuchung aus).
- Je nach Ursache oder Ursachenkombination ist die einzuschlagende Vorgehensweise unterschiedlich, sie kann von medizinischen und paramedizinischen Behandlungen über pädagogisch-therapeutische bis zu psychotherapeutischen Maßnahmen reichen. Neuerdings sind u.a auch Verfahren wie das Neurolinguistische Programmieren (NLP) und insbesondere solche aus dem Bereich der Kinesiologie (mittels die-

ser Verfahren ist es möglich, gezielt auf einzelne Hirnbereiche und Funktionen einzuwirken), die sich bei diesen Problemen als sehr effizient erwiesen hat, in Betracht zu ziehen.

- Das jeweilige Zustandsbild wird nicht nur aus status-, sondern auch aus prozeß-, lern- und förderdiagnostischer Sicht beurteilt.

Worin und wodurch unterscheidet sich der klinisch-psychologische vom rein linguistischen Ansatz?

- Der klinisch-psychologische Ansatz klärt sowohl die Vorbedingungen als auch das Umfeld ab, innerhalb dessen Leistungen zustandekommen (Entwicklungsstand generell und in basisfunktionellen Bereichen speziell).
- Er klärt mögliche ätiologische Faktoren ab. (Dies ist insofern sinnvoll, als auch bisher kaum behandelbare Störungen nun mit verhältnismäßig leichten Mitteln und mit geringem Aufwand behoben werden können).
- Es ist so möglich, den Entwicklungs- und Lernstand des Kindes genauer zu eruieren, um abzuklären, auf welchem Niveau mit welcher Art Interventionen erfolgen sollen.
- Wo indiziert, schließt diese Vorgehensweise u.a. auch den linguistischen Behandlungsansatz mit ein, wobei er lediglich einer unter verschiedenen anderen ist.

Diese Vorgehensweise ist anspruchsvoll und aufwendig und erfordert denn auch in vielen Fällen interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen klinischen Psychologen, Ärzten verschiedener Spezialitäten, Sprachheilfachleuten, Heil- und Sonderpädagogen, Psychomotoriktherapeuten, Kinesiologen etc.

4. Diskussion und Schlußfolgerungen

Welche Schlüsse lassen sich aus den vorstehenden Ausführungen ziehen? Wie präsentieren sich nun Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) aus dieser Sicht und im Vergleich der beiden Ansätze?

In den letzten Jahren hat die Linguistik begonnen, sich erneut wieder mit Sprachstörungen im Bereich Kinder und Jugendliche zu befassen. Offenbar haben diese Ansätze eine

Flucht aus der verwirrenden Vielfalt der alten Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) bzw. Legasthenie ermöglicht mit dem Vorteil des (vermeintlichen) Gewinns an Übersichtlichkeit und dem daraus folgenden Trugbild der Klarheit.

Letztlich verbirgt sich aus wissenschaftstheoretischer Sicht dahinter der alte Traum von und die alte Sehnsucht nach der einheitlichen Theorie und nach der Minderung von unübersichtlicher Komplexität und damit auch nach besseren Bedingungen und Wirkungsweisen für die Therapie. Doch dieser Ansatz ist keineswegs neu. Bereits Mitte der 60er-Jahre hat Marianne *Frostig* Indikationsstellungen dafür angegeben, wann im Falle von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten eine linguistische Vorgehensweise indiziert ist.

Aus klinisch-psychologischer und insbesondere aus neuropsychologischer, psycho- und systemisch-therapeutischer sowie aus heil- und sonderpädagogischer Sicht präsentiert sich das Konzept der Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) als für die praktische, alltägliche Realität (zu) schmal und (zu) eng definiert und deren Behandlung wird von daher auch bloß innerhalb enger Grenzen wirksam sein. Daraus ergibt sich eine Reihe von Fragen: Wie konnte dieses so definierte Konzept entstehen und das komplexere der Lese-Rechtschreibschwäche bzw. der Legasthenie fallengelassen werden? Ist es wissenschaftsgeschichtliche Amnesie? Ist es Bedürfnis nach etwas Neuem, noch nicht so „Beackertem“? Ist es die Hoffnung auf Einheit und Einfachheit und logische Stringenz der Konzepte? Ganz sicher jedenfalls entspringt es einem engen Verständnis von Sprachheilpädagogik bzw. Logopädie gewissermaßen in Form von angewandter Linguistik. Damit ist nichts gegen die Linguistik als solche eingewendet, sehr wohl aber gegen eine und ausschließliche sprachwissenschaftliche Einengung des Berufs – und damit des Arbeitsfeldes der Sprachheilpädagogik bzw. der Logopädie. Diese Annahme mißachtet die Mehrdimensionalität von Sprachentwicklung, wie es beispielsweise von *Grohnfeldt* (1982, 12) dargestellt wurde. Worin und wodurch unterscheiden sich Schriftspracherwerbsstörungen (SSE) vom wohl umfassenderen Konzept der Lernstörungen? Gehören Schriftspracher-

werbsstörungen (SSE) als Spezialfall in eine sich ausschließlich als angewandte Linguistik verstehende Sprachheilpädagogik bzw. Logopädie? Hängt diese Sichtweise letztlich mit der ausbildungsmäßigen Herkunft oder theoretischen Präferenz der jeweiligen Forscherinnen und Forscher bzw. den jeweiligen Dozentinnen und Dozenten zusammen?

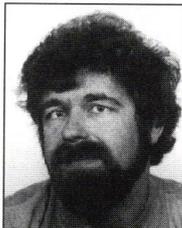
Literatur

- Angermaier, M.*: Über die Nützlichkeit der „Erfindung“ der Legasthenie. *Bildung und Erziehung* 27 (1974), 300-306.
- Bangerter, A., Hegedüs, E., Frutiger, M.*: Binokularsehstörung ... Legasthenie? – Visuelle Wahrnehmungsstörungen und Legasthenie. St. Gallen und Basel 1993.
- Bettelheim, B.*: Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder. Stuttgart: 1970. Darin besonders das Kapitel „Erziehung im Lernbetrieb“ 136-149.
- Bishop, D.V.M.*: Handedness and development disorder. Oxford 1990.
- Biglmaier, F.*: Lesestörungen. Diagnose und Behandlung. München/Basel 1965.
- Eggert, D.*: Untersuchungen zur Lese-Rechtschreibschwäche unter besonderer Berücksichtigung des motorischen Verhaltens. In: *Schwartz, E.* (Hrsg.): Legasthenie – ein pädagogisches Problem. Frankfurt a. M. 1971
- Fischer, B.*: Zur Entwicklung der Augenbewegungen – mögliche Beziehungen zu Leseproblemen. Vortrag am 10. Fachkongress Legasthenie. Berlin 1993.
- v. Frisching, D., Otto, J.*: Ophthalmologisch-orthoptische Therapie der Legasthenie. In: *Egli, A., v. Frisching, D., Klicpera, C., Otto, J.*: Neurologische, ophthalmologische und psychologische Aspekte der Legasthenie. (Herausgegeben von Prof. Dr. med. Joachim Otto, ehemaliger Chefarzt der OPOS Ostschweizerische Pleoptik- und Orthoptikschule.) St. Gallen 1989, 71-91.
- Frostig, M.*: Auswahl und Adaption von Lesemethoden. In: *Lockowandt, O.* (Hrsg.): Frostig – Integrative Therapie – Lesen und Lesestörungen. Dortmund: 1994. 85-129.
- Grissemann, H., Kobi, E.E.*: Zur Anti-Legasthenie-Bewegung – Sprach-, sozial- und neuropsychologische Hinweise zu neuen Ansätzen der Prävention, der Diagnostik und der Therapie der Lese- und Rechtschreibschwäche. Bern, Stuttgart, Wien 1978.
- Grohnfeldt, M.*: Störungen der Sprachentwicklung. Berlin 1982.
- Grüttner, T.*: Legasthenie ist ein Notsignal. Verstehen und wirksam helfen. Hamburg 1980.
- Hafen, G.*: Überwiegend oculomotorisch bedingte Legastheniesymptome und Probleme des Analphabetismus bei Kindern und Jugendlichen mit hirnfunktionellen Störungen. (Vortrag ohne nähere Angaben).
- Hess, Th.*: Lern- und Leistungsstörungen im Schulalter – individuumszentrierte und systemische Erklärungsansätze. Dortmund 1988.
- Klicpera, Chr., Graeven, M., Schabmann, A., Gasteiger-Klicpera, B.*: Wieweit haben sprachentwicklungsgestörte Kinder spezielle Probleme beim Lesen und Schreiben? *Die Sprachheilarbeit* 38 (1993), 231-244.
- Kobi, E.E.*: Das legasthenische Kind. Solothurn 1965.
- Linder, M.*: Über die Legasthenie. (spezielle Lesechwäche). 50 Fälle. Erscheinungsbild und Möglichkeiten der Behandlung. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 18 (1951), 97-143.
- Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie.* *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22 (1994) 1, 74-78.
- Monroe, M.*: Children who cannot read. University of Chicago 1932.
- Müller, A.*: Kommunikation und Schulversagen – Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule. Luzern: 1991.
- Olsson, B., Rett, A.*: Linkshändigkeit. Bern, Stuttgart, Toronto 1989.
- Orton, S.T.*: „Word blindness“ in school children. *Archives of Neurology and Psychiatry* 14 (1925), 581-615.
- Otto, J., v. Frisching, D.*: Okuläre Manifestationen beim Legasthenie-Syndrom. In: *Egli, A., v. Frisching, D., Klicpera, C., Otto, J.*: Neurologische, ophthalmologische und psychologische Aspekte der Legasthenie. (Herausgegeben von Prof. Dr. med. Joachim Otto, ehemaliger Chefarzt der OPOS Ostschweizerische Pleoptik- und Orthoptikschule) St. Gallen 1989, 37-70.
- Otto, J., v. Frisching, D.*: Legasthenie in Kombination mit Strabismus convergens und ARC mit oder ohne Amblyopie. In: *Egli, A., v. Frisching, D., Klicpera, C., Otto, J.*: Neurologische, ophthalmologische und psychologische Aspekte der Legasthenie. Herausgegeben von Prof. Dr. med. Joachim Otto, ehemaliger Chefarzt der OPOS Ostschweizerische Pleoptik- und Orthoptikschule St. Gallen 1989, 94-96.
- Pavlidis, G. Th.*: Sequenzierung, Eye Movements in the Early Objective Diagnosis of Dyslexia. In: *Pavlidis, G. Th., Miles, T.R.* (Eds.): *Dyslexia – Research and its Applications to Education*. Chichester 1981. 99-163.

- Pavlidis, G. Th.:* The Role of Eye Movements in the Diagnosis of Dyslexia. In: *Pavlidis, G. Th., Fisher, D.F.* (Eds): *Dyslexia – Its Neuropsychology and Treatment*. Chichester 1986, 97-110.
- Pavlidis, G. Th.:* Detecting Dyslexia through Ophthalmokinesis: A Promise for Early Diagnosis. In: *Pavlidis, G. Th.* (Ed): *Perspectives on Dyslexia – Vol. 1. Its Neurology, Neuropsychology and Genetics*. Chichester 1990. 199-220.
- Pestalozzi, D.:* Prismenbrillen – Eine Hilfe für Legastheniker? Vortrag vor dem Bundesverband Legasthenie e.V. in Essen am 8.9.84.
- Schenk-Danzinger, L.:* Der Zusammenhang der Legasthenie mit anderen psychischen Faktoren. In: Bericht des dritten internationalen Kongresses für Heilpädagogik 1954.
- Schenk-Danzinger, L.:* Probleme der Legasthenie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen 20 (1961).
- Schenk-Danzinger, L.:* Handbuch der Legasthenie im Kindesalter. Weinheim und Basel: 1968.
- Safra, D.:* Die orthoptische Legastheniebehandlung. St. Gallen 1994.
- Schlee, J.:* Zur Erfindung der Legasthenie. Bildung und Erziehung 27, (1974), 289-299.
- Schlee, J.:* Legasthenieforschung am Ende? Der Anspruch der Legasthenieforschung in Frage gestellt, ihre heimlichen Voraussetzungen und die Folgen. München: 1976.
- Siegrist, E.:* Zur Händigkeit des Menschen. Basel 1957.
- Sirch, K.:* Der Unfug mit der Legasthenie. Stuttgart: 1975.
- Sovak, M.:* Pädagogische Probleme der Lateralität. Berlin-Ost 1968.
- Sünnemann, H.:* Hilfreiche Methoden beim Abbau von LRS und Lernstörungen – rechtsorientiertes Lernen, Kinesiologie und Klangtherapie -. Die Sprachheilarbeit 38, 1993, 297-303.
- Ullmann, J.:* Psychologie der Lateralität. Bern 1974.
- Valtin, R.:* Ursachen oder Artefakte? Kritische Bemerkungen zum methodischen und theoretischen Konzept der Legasthenieforschung. Zeitschrift für Pädagogik 21 (1975), 407-418.
- Warnke, A.:* Hirnleistung und Legasthenie: Neuropsychologische Befunde zur visuellen Informationsverarbeitung. Bern, Stuttgart, Toronto 1990.

Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. Hans Werder
 Universität Basel
 Institut für Spezielle Pädagogik und Psychologie
 Elisabethenstraße 53
 CH-4002 Basel



Heinz-Lothar Worm, Linden

Mutismus im Märchen**Zusammenfassung**

In dem Märchen „Die sechs Schwäne“, welches tiefenpsychologisch zu deuten versucht wird, tritt beim Erstellen eines Gegenzaubers zu einer Verzauberung freiwilliges Schweigen auf, das u.a. zur Erlösung der Brüder durch die Schwester erforderlich ist. Da die Erlösung als Integration unbewusster Wesensanteile der Heldin in die Gesamtpersönlichkeit verstanden wird, die unter hohem persönlichen Einsatz stattfindet,

darf auch hier das Phänomen des Mutismus als Ausdruck starker psychischer Spannung aufgefaßt werden.

Zum Phänomen Mutismus

Mutismus ist als psychisch-bedingtes Nichtsprechen bei vorhandenem Hör- und Sprechvermögen und vollem Sprachverständnis auf-

zufassen. In früheren Zeiten wurde der Begriff auch verwendet bei Stummheit infolge Taubheit. Heute versteht man darunter freiwilliges Schweigen aufgrund eines extrem gespannten psychischen Zustandes (Böhm 1988, 419 f.). Dabei ist zu unterscheiden zwischen totalem Mutismus, der über längere Zeit besteht und partiellem Mutismus, der als zeitweilige und situationsabhängige Sprachverweigerung auftritt. Ein Beispiel dafür ist der elektive Mutismus (bei Dupuis/Kerkhoff: selektiver Mutismus, 1992, 444) bei Kindern, der nur in bestimmten Situationen und gegenüber bestimmten Personen zu beobachten ist (Böhm 1988, 419 f.).

Mutismus im Volksmärchen

Das Phänomen der freiwilligen Stummheit findet sich auch im Volksmärchen zurück. Dort ist ihre strikte Einhaltung als eine Bedingung für die Erlösung von z.B. Brüdern von einem Zauber vorausgesetzt. In der Märchensammlung der Brüder Grimm (1812) gibt es gleich zwei Märchen, die freiwillige Stummheit kennen. Es handelt sich dabei um „Die zwölf Brüder“ (Nr. 9) und „Die sechs Schwäne“ (Nr. 49). Dabei sind die Motive gleich: jedesmal muß ein Mädchen seine verzauberten Brüder erlösen, indem es eine längere Zeit freiwillig nicht spricht und nicht lacht. Im Verzeichnis der Märchentypen von Antti Aarne trägt dieses Motiv die Märchentypennummer 451 (Aarne 1990, 20).

Der Inhalt des Märchens „Die zwölf Brüder“ lautet wie folgt: Ein König hat zwölf Söhne, die er umbringen will, falls das dreizehnte Kind ein Mädchen wird. Die Königin verrät die Absichten des Königs dem jüngsten Sohn, der daraufhin mit seinen Brüdern in den Wald flieht, wo die zwölf Brüder in einem verwunschenen Häuschen wohnen. Das dreizehnte Kind wird tatsächlich ein Mädchen. Es wächst heran und erfährt von der Mutter das Schicksal seiner Brüder, worauf es sich aufmacht, die Brüder zu suchen. Die Königstochter findet die Brüder und lebt bei ihnen im Wald. Einmal bricht sie Blumen aus dem Garten des verwunschenen Häuschens, da werden alle zwölf Brüder in Raben verwandelt und fliegen fort. Eine alte Frau steht plötzlich neben dem Mädchen und sagt ihm, daß es, um die Brüder zu erlösen,

sieben Jahre nicht ein einziges Wort reden dürfe. Wenn es das doch täte, brächte dieses eine Wort die Brüder um. Das Mädchen setzte sich daraufhin auf einen großen Baum im Wald. Eines Tages wird es von einem König entdeckt, der Gefallen an ihm findet, es mit in sein Schloß nimmt und heiratet. Nach einigen Jahren beginnt die böse Mutter des Königs, die Schwiegertochter zu verleumden. Sie bringt den König dazu, seine Frau zum Tod auf dem Scheiterhaufen zu verurteilen. Als die Flammen bereits an den Kleidern der Königin emporzüngeln, sind die sieben Jahre herum, die zur Erlösung der Brüder notwendig waren. Die zwölf Raben werden bei der Ankunft am Scheiterhaufen wieder in Menschen verwandelt, löschen das Feuer und befreien ihre Schwester. Die darf nun reden und dem Gemahl alles erklären. Zur Strafe muß die böse Königin eines gewaltsamen Todes sterben.

Der Stoff des Märchens „Die sechs Brüder“ gehört zum selben Märchentyp: Ein König verirrt sich in einem Wald. Eine alte Frau bietet sich an, ihm den Weg aus dem Wald zu zeigen unter der Bedingung, daß er ihre Tochter heiratet. Der König, der Witwer ist, willigt ein, heiratet die Tochter der Alten, die sehr schön, ihm aber unheimlich ist. Er versteckt deshalb seine sechs Söhne und seine Tochter in einem Schloß im Wald. Mithilfe eines Zauberknäuels findet er den Weg dorthin. Als die Stiefmutter von der Existenz der Kinder erfährt, stellt sie sechs Zaubermagier her und wirft sie den sechs Brüdern über. Diese fliegen darauf als Schwäne davon. Die Schwester berichtet dem Vater von der Verwandlung der Brüder und macht sich dann auf den Weg, die Brüder zu suchen. In einem Haus im Wald, die eine Herberge für Räuber ist, findet die Schwester die Brüder, die sich täglich nur für eine Viertelstunde in ihre menschliche Gestalt zurückverwandeln dürfen. Von ihnen erfährt sie auch, wie sie erlöst werden können: die Schwester darf sechs Jahre lang nicht sprechen und lachen und muß in dieser Zeit jedem Bruder ein Hemd aus Sternblumen nähen. Das Mädchen setzt sich auf einen Baum im Wald und macht sich an die Arbeit. Schließlich entdeckt der König des Landes das Mädchen dort, nimmt es mit und heiratet es. Die böse Schwieger-

mutter verunglimpft die junge Königin, nimmt ihr heimlich ihre neugeborenen Kinder weg und bestreicht ihr den Mund mit Blut, so daß der König annehmen muß, sie habe ihre Kinder verschlungen. Schließlich verurteilt der König die Stumme zum Tod auf dem Scheiterhaufen. In letzter Minute vor der Urteilsvollstreckung erscheinen die Schwäne, da die Frist von sechs Jahren abgelaufen ist. Die Königin wirft den Schwänen die fertiggestellten Sternblumen-Hemden über, die Brüder sind erlöst und retten sie. Nun kann die Königin sich rechtfertigen, ihre Kinder werden herbeigeholt und dem König gezeigt. Nach der Verbrennung der bösen Schwiegermutter leben alle lange Jahre in Glück und Frieden.

Zur literarischen Gattung Märchen

Das Märchen als literarische Gattung ist eine „kurze volksläufig-unterhaltende Prosaerzählung von phantastisch-wunderbaren Begebenheiten und Zuständen aus freier Erfindung ohne zeitlich-räumliche Festlegung ...“ (v. Wilpert 1989, 547). Dabei ist das Eingreifen übernatürlicher Gewalten ins Alltagsleben gang und gäbe, redende und Menschengestalt annehmende Tiere und Tier- und Pflanzengestalt annehmende, verwunschene Menschen, Riesen, Zwerge, Drachen, Feen, Hexen, Zauberer u.a. treten auf. Den Naturgesetzen widersprechende und an sich unglaubliche Erscheinungen, die jedoch aus dem Geist des Märchens heraus glaubwürdig werden, finden statt. Der ethische Beweggrund ist eine strikte schwarz-weiße Anordnung der Welt, die Bestrafung der Bösen und die Belohnung des Guten usw.

Santucci konnte darlegen, daß das Weltbild des Kindes, das sich im Märchenalter befindet, und das Weltbild des Märchens miteinander nahezu identisch sind, die Märchen daher von Kindern intuitiv verstanden werden können (*Santucci* 1964).

Märchen und Tiefenpsychologie

Die Tiefenpsychologie hat ein eigenes Märchenverständnis entwickelt. Als einer der bedeutendsten Vertreter ist *Bettelheim* zu nennen. *Bettelheim* zeigte den Wert der Märchen gerade für kindliche Rezipienten auf. „Was *Bettelheim* ... anhand einer sorgfältigen

Deutung zahlreicher bekannter Märchen und Märchenmotive auf der Grundlage der Tiefenpsychologie an Erkenntnissen gewinnt, läßt sich in der Einsicht zusammenfassen, daß Kinder bei der Entwicklung ihres emotionalen Lebens und zur Reifung der Gesamtpersönlichkeit des Märchens bedürfen, da keine anderen literarischen Angebote ihnen adäquate Botschaften zu vermitteln vermögen“ (*Grünwald/Kaminski* 1984, 475).

Die analytische Psychologie *Jungs* versteht unter Märchen Geschichten, die das kollektive Unbewußte repräsentieren. Das kollektive Unbewußte ist nach Ansicht *Jungs* ein der Gattung Mensch angeborenes Wissen, ein ererbtes Erinnerungsvermögen der Spezies Mensch, das nicht vom einzelnen Individuum erworben wurde, sondern kollektiv im Unbewußten vorhanden ist. Die Märchen stammen, so *Jung*, aus „geschichtlicher und vorgeschichtlicher Zeit und porträtieren das ungelernete Verhalten und die Weisheit der menschlichen Spezies“ (*Samuels/Shorter/Plaut* 1991, 134). Dabei offenbaren sie ähnliche Motive, die an weit voneinander entfernten Orten und zu verschiedenen Zeiten entdeckt werden können. Sie liefern Symbole, mit deren Hilfe unbewußte seelische Inhalte ins Bewußtsein eingeleitet, gedeutet und integriert werden können. Dabei sind Märchen hinsichtlich ihrer Motive den Träumen verwandt (ebd.). Die in den Träumen und Märchen auftretenden Bilder bezeichnet *Jung* als „archetypische Bilder“.

Dazu äußert sich v. *Beit*: „Die archetypischen Bilder können jederzeit und überall spontan auftreten, und damit erübrigen sich auch viele gewagte Hypothesen über Wanderungen der Märchenmotive. Denn die Ähnlichkeit der Motive beruht vielmehr auf der Strukturgleichheit der menschlichen Seele. Der Archetypus an sich ist unbestimmt, er ist nicht mit einem mythologischen Bild identisch, sondern dieses ist eine Einzelgestaltung des zugrundeliegenden Archetypus. Praktisch können wir daher den Archetypus nie 'an sich' erfassen, sondern wir sind auf die zahllosen Einzelgestaltungen angewiesen, die ihn sichtbar machen und sich in unübersehbarer Fülle abgewandelter Möglichkeiten und Bilder zu immer wieder anderen seltsamen Motiven und Handlungen gruppieren. Die Märchen gleichen bunten Blüten am großen Baum des

geistigen und seelischen Innenlebens der Menschheit“ (v. *Beit* 1986, 15).

Jung und seine Schule verstehen die Märchen als Schilderung des inneren Dramas eines menschlichen Wesens. V. *Beit* legt dar, daß die Märchen oft eine Suchwanderung eines Helden oder einer Jungfrau darstellen. Der Held, respektive die Jungfrau, ist als 'Teilseele', als Ausformung eines Teilsystems der Seele eines menschlichen Wesens aufzufassen (v. *Beit* 1986, 337 ff.). Dabei will v. *Beit* das Märchen, dessen Hauptfigur eine männliche Gestalt ist, als den Weg zur Selbstfindung, zur Selbstverwirklichung des Mannes auffassen (v. *Beit* 1986, 585). Obwohl es nicht eindeutig zu entscheiden ist, ein Märchen eher als Darstellung der Problematik der männlichen oder der weiblichen Seelenstruktur aufzufassen, da die archetypischen Bilder allgemein-menschliches Gemeingut beider Geschlechter sind, möchte v. *Beit* solche Märchen, die weibliche Gestalten als Hauptfiguren kennen, aus weiblicher Sicht interpretiert wissen (ebd.). So versucht die Autorin „Märchen von der weiblichen Psyche aus zu deuten, und zwar jene, in denen eine Frau wesentliche Trägerin der Handlung oder des Erlebens ist“ (ebd.).

Anima und Animus

Zum Verständnis tiefenpsychologischer Deutung eines Märchens in Sinne *Jungs* ist auf das Gegensatzpaar von Animus und Anima einzugehen. Anima und Animus sind zu verstehen als die innere Frauenfigur im Mann und die Männergestalt, die in der Psyche einer Frau wirkt. „Obgleich sie sich unterschiedlich äußern, haben Anima und Animus gewisse Charakteristika gemeinsam. Beide sind psychische Bilder (...), jedes eine aus einer archetypischen Grundstruktur (...) entstandene Gestalt. Sie liegen als fundamentale Formen den 'weiblichen' Eigenschaften eines Mannes sowie den 'männlichen' Eigenschaften einer Frau zugrunde und gelten daher als Gegensätze. Es handelt sich um psychische Komponenten, die unterhalb der Bewußtseinsschwelle liegen und aus der unbewußten Psyche heraus wirken; sie sind dem Bewußtsein daher hilfreich, können es aber auch durch Besessenheit gefährden (...). Sie wirken in Beziehung zum dominanten psychi-

schen Prinzip eines Mannes oder einer Frau und nicht nur, wie häufig behauptet wird, als gegengeschlechtliches psychologisches Pendant von Männlichkeit oder Weiblichkeit schlechthin“ (*Samuels/Shorter/Plaut* 1991, 38 f.).

Sie wirken auch als Figuren, die der Seele in Zeiten des Überganges den Weg zeigen (ebd.).

In dem Märchentyp, der hier gedeutet werden soll, sind weibliche Gestalten die Hauptfiguren.

„Wie die Gestalt der Anima innerhalb der männlichen Psyche eine zentrale Stellung einnimmt und sogar das wichtigste Bild ganzer Märchen ausmachen kann, so finden wir parallel hierzu in Märchen, welche besonders Ausdruck weiblicher Seelenprobleme sind, eine männliche Gestalt vor, welche *Jung* als 'Animus' bezeichnet hat. Dieses archetypische Bild könnte man als den Niederschlag aller Erfahrungen der Frau mit dem Manne und darüber hinaus auch als die äußerlich nicht gelebte, innere männliche Komponente der Frau bezeichnen, besonders aber als Symbol und Antrieb ihres geistigen Lebens“ (v. *Beit* 1986, 585 f.).

Ganz häufig versteht v. *Beit* die Fahrt der Jungfrau als Suchen und schließlich Finden und Integrieren der unbewußten und bisher nicht gelebten männlichen Wesensanteile. Das erstrebte Ziel vieler Märchen ist dann die Individuation (der Begriff geht auf Dorn, einen Alchemisten aus dem 16. Jahrhundert zurück, er wurde dann von *Schopenhauer* verwendet. Individuation ist die „Selbstwerdung eines Menschen zu einem ganzen, unteilbaren und von anderen Menschen und der Kollektivpsychologie unterschiedenen (wiewohl in Beziehung zu diesen stehenden) Individuum“ (*Samuels/Shorter/Plaut* 1991, 106).

Zum Märchenmotiv „Die sechs Schwäne“

Das Märchen „Die sechs Schwäne“ vermischt zwei Motive miteinander. Zunächst geht es um einen Zauber, den eine böse Stiefmutter mittels besonderer Hemden über die sechs Söhne ihres Mannes bringt und einen Gegenzauber, den die Schwester der verzauberten Söhne erwirken muß, indem sie ebenfalls Hemden näht, die aus Sternblumen sein müs-

sen, und sechs Jahre freiwillig nicht spricht. Das alte Zauber-Gegenzauber-Motiv wird verwoben mit dem Motiv der Gefährdung der Erlöserin, die quasi in letzter Minute abgewendet werden kann.

Die Hauptfigur, ein Mädchen, macht sich auf die Wanderschaft, um die verzauberten Brüder zu erlösen. Zunächst lebt das Mädchen in Harmonie mit den Brüdern, auch dann noch, als der Vater die Kinder vor der bösen Stiefmutter im Wald versteckt. Der Wald gilt als Symbol für das Unbewußte (v. *Beit* 1986, 46). In ihm befindet sich das Mädchen mit den Brüdern in einem Schloß, einer Insel der Bewußtheit. Das Schloß bedeutet aber auch das Abgeschiedensein von der realen Welt. In vorbewußtem (Dämmer-)Zustand lebt das Mädchen zusammen mit den Brüdern, die Animus-Symbole darstellen, in paradiesischer Harmonie. Lediglich der Vater hat Zugang zu ihm. Der Vater steht als Symbol für den Vater-Animus, der die bewußte, individuelle Erfahrung des Mädchens mit dem Phänomen Mann, der als das erste männliche Wesen im Leben des Mädchens fast immer als leiblicher Vater in Erscheinung tritt, darstellt. Die Brüder dagegen sind als kollektives, nicht individuelle erworbenes, sondern quasi ererbtes Wissen um das Phänomen Mann und um nicht ausgelebte männliche Wesenskomponenten im Mädchen anzusehen. Im Schloß im Wald lebt das Mädchen also noch in Wesenseinheit mit dem männlichen Wesensanteil. Es hat konkrete Erfahrungen mit der Erscheinung Mann nur über den Vater gemacht. Nun wird die Mutter aber aktiv. Sie ist im Märchen wie auch im Traum aufgespalten in die gute, nährnde und die böse, verschlingende Mutter, die dem Mädchen Unglück wünscht und bringt (vgl. *Bettelheim* 1994, 79 ff.). Das Bild der negativen Mutter wird in diesem Märchen gleich dreimal verwendet, wobei sich immer das gleiche Phänomen dahinter verbirgt. Zunächst ist da die alte hexenähnliche Frau im Wald, die den König zur Heirat mit ihrer Tochter zwingt, welche sich dann als böse Stiefmutter erweist und damit die zweite negative Mutter darstellt. Die dritte verderbenbringende Mutter ist dann die Schwiegermutter des Mädchens, die der jungen Königin die Kinder wegnimmt und darauf dringt, die stumme Schwiegertochter auf dem Scheiterhaufen zu verbrennen.

Hier ist eine seelische Kraft personalisiert, die zunächst die Verbindung des Mädchens mit dem Vater und damit dem Vater-Animus mißbilligt und die die Integration männlicher Wesenskomponenten in der Seele des Mädchens nicht zulassen will. Der Zustand der unbewußten Wesenseinheit mit dem Männlichen wird abrupt beendet, als die negative Mutterfigur interveniert. Die Verbindung mit dem Vater wird unterbrochen, denn er ist Gatte der Mutter und nicht des Mädchens. Während der Reifezeit also wird die Verbindung mit dem Vater-Animus unterbrochen. Die männlichen Wesensanteile werden von der negativen Mutter ebenfalls zu eliminieren versucht, die Brüder werden in Schwäne verwandelt. Die Nähe zum Tier ist ein Indiz dafür, daß die Brüder tatsächlich Animus-Symbole sind. Die Schwester also macht sich auf die Suchreise zur Erlösung der Brüder, zur Erlösung der in ihr verschütteten, verzauberten männlichen Wesensanteile, von denen das Mädchen nicht nur weiß, daß sie vorhanden sind, sondern auch, daß sie erlöst, in die Persönlichkeit integriert werden müssen. Dabei hat das Mädchen zunächst erst einmal seine weibliche Rolle zu finden. Denn „solange die Frau nicht um das zu tiefst Weibliche ihrer Persönlichkeit weiß und sich dann klar auch zu deren dunkel-triebhafter Seite bekennt, ist sie der Stiefmutter (in unserem Märchen später auch der Schwiegermutter, A.d.V.) wie ein hilfloses Kind ausgeliefert, das auf die Ränke der Welt (...) nur passiv reagiert und in Unbewußtheit über die eigenen Triebe und Wünsche Enttäuschungen und Demütigungen erlebt. Die Stiefmutter (die Schwiegermutter, A.d.V.) mit ihren Quälereien versinnbildlicht den steten Selbstvorwurf der Tochter (respektive der Schwiegertochter, A.d.V.) über ihre Unvollkommenheit als weibliche Persönlichkeit ...“ (v. *Beit* 1986, 671).

Nachdem das Mädchen erfahren hat, wie die Brüder erlöst werden können, zieht es sich in einen Baum zurück. Der Baum ist ein mütterliches Symbol, der hohle Baum, in dem ein Mädchen im Märchen Zuflucht findet, kann die Symbolik eines Uterus' annehmen, in den das Mädchen zurückkehrt, um dort eine Wandlung durchzumachen. Hier widmet sich das Mädchen zunächst der Tätigkeit des Nähens von Sternblumenhemden. Nähen ist

eine sehr weibliche Tätigkeit, das Mädchen besinnt sich also zunächst auf seine „weibliche“ Seite und baut seine Persona auf. Die Persona ist die nach außen gekehrte Seite einer Persönlichkeit, die Seite also, die der Außenwelt präsentiert wird. Das Mädchen verhält sich jetzt seiner Geschlechterrolle entsprechend. Gleichzeitig aber muß es schweigen. „Die Kulturaufgabe, der Menschengestalt verleihende Gegenzauber, ist mit einem Opfer, dem des Schweigens während sechs Jahren, verbunden“ (v. Beit 1965, 230). Die Heldin muß die weibliche Kulturleistung des Nähens erbringen, aber gleichzeitig auf die Kulturerrungenschaft des Sprechen-Könnens verzichten. Schweigen bedeutet hier erdulden, das Mädchen erbringt somit eine passiv-leidende und gleichzeitig moralisch-tätige Leistung, die zudem noch magisch ist.

Passives Erleiden kann ebenso als traditionell weiblich angesehen werden wie das moralische Tätigwerden. Die Heldin erlernt die traditionellen weiblichen Tugenden. Passives Erleiden zeigt sich auch in der widerstandslos hingenommenen Eheschließung mit dem König und dem Empfangen und Gebären von drei Kindern. Gleichzeitig ist die Heldin aber bewußt magisch-produktiv, denn sie näht an den Hemden aus Sternblumen. Blumen sind fast ausschließlich als Zeichen der warmherzigen Emotion, als Zuwendung zu deuten (Aeppli 1983, 393). Die Heldin ist sich ihrer unausgelebten seelischen Potenzen, der verzauberten Brüder bewußt und ihnen emotional zugewandt.

Merkwürdigerweise ist die Existenz des Ehemannes für ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung irrelevant. Es wird hier deutlich, daß die innerseelische Entwicklung eines Menschen von einem anderen Menschen stellvertretend nicht vorgenommen werden kann. Die Heldin ist diejenige, die ihren persönlichen Entwicklungsprozeß, der ihre Individuation zum Ziel hat, selbst durchlaufen muß. Die Kinder, die die Heldin während der Zeit ihrer Schweigeprobe zur Welt bringt, symbolisieren neue Lebensformen. Da aber neue Lebensformen noch nicht möglich sind, wenn eine Integration unbewußter männlicher Wesensanteile, die Erlösung der Brüder, noch nicht stattgefunden hat, ist es folgerichtig, daß sie die Kinder weggenommen bekommt. Die

Schwiegermutter gibt vor, sie habe sie gefressen. Damit wäre die Geburt der Kinder wieder rückgängig gemacht. Eine neue Lebensform kann noch keinen Bestand haben.

Die kritische Situation für die Heldin ist der psychische Zustand, der durch das Feuer des Scheiterhaufens symbolisiert wird. Feuer ist das älteste Kulturprodukt des Menschen, und es muß hier den Wandel der Heldin zur voll entwickelten menschlichen Persönlichkeit anzeigen. Feuer reinigt und heiligt, es trennt das Echte vom Unechten. Feuer symbolisiert auch Liebe und sexuelles Verlangen.

Die Heldin wird sich hier ihrer eigenen Wünsche und Triebe schlagartig bewußt, die Integration bisher nicht ausgelebter Wesensanteile männlicher Natur findet statt, zu denen sie unbewußt schon lange einen emotionalen Bezug hatte. Damit sind die verzauberten Brüder erlöst. Die böse Schwiegermutter wird beseitigt, das quälende Gewissen verschwindet somit. Die Kinder als die neu erworbene Lebensform werden jetzt der Mutter präsentiert; und alle leben zusammen in Harmonie. Die Heldin hat erkannt, daß dunkle, bisher abgewehrte und unbewußte männliche Wesenskomponenten nicht verleugnet werden dürfen, sondern auf Integration, „Erlösung“ angelegt sind.

Das freiwillige Schweigen im Bedeutungszusammenhang des Märchens „Die sechs Schwäne“

Welche Bedeutung hat dabei die Schweigeprobe?

Zur Erlösung der Brüder muß die Schwester sechs Jahre lang auf jegliche sprachliche Kommunikation verzichten. Es geht um die Wahrung eines magischen Geheimnisses, von dem die Profanwelt nichts erfahren darf. Denn die „Voraussetzung für eine fruchtbare Beziehung zum Magischen ist Gehorsam gegenüber seinen Geboten“ (v. Beit 1965, 191). Die Autorin vermutet, daß viele magische Gebote im Märchen ihren Grund im aufkeimenden Mißtrauen gegen die sich mehr und mehr entwickelnde Welt der Ratio haben (ebd.).

Der Mutismus der Heldin ist rational nicht begründbar. Er ist notwendig zur Schaffung eines Gegenzaubers (so würde ein dem magischen Weltbild verhafteter Hörer von einst

verstanden haben), aber er signalisiert auch den Zustand höchster innerpsychischer Spannung der Heldin während einer wichtigen Entwicklungsphase auf dem Weg zur integrierten Persönlichkeit. Damit wäre bewiesen, daß auch ein Märchen, welches vermutlich aus dem 12. Jahrhundert stammt (v. *Beit* 1965, 18), bereits um das Phänomen des freiwilligen Schweigens wußte und es u.a. als Äußerung eines hohen seelischen Spannungszustandes erkannte.

Literatur

- Aarne, A.*: Verzeichnis der Märchentypen. Helsinki 1990.
- Aeppli, E.*: Der Traum und seine Deutung (1943). Zürich und Schwäbisch Hall, 91983.
- Beit, H.v.*: Das Märchen. Sein Ort in der geistigen Entwicklung. Bern 1965.
- Beit, H.v.*: Symbolik des Märchens. Bern 71986.
- Beit, H.v.*: Gegensatz und Erneuerung im Märchen. Bern 51983.
- Bettelheim, B.*: Kinder brauchen Märchen (dt. 1977). München 171994.
- Böhm, W.*: Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart 1988.
- Dupuis, G., Kerkhoff, W.* (Hrsg.): Enzyklopädie der Sonderpädagogik. Berlin 1992.

Brüder Grimm: Kinder- und Hausmärchen Bd. 1 (1812). Göttingen 1850.

Grünwald, D., Kaminski, W. (Hrsg.): Kinder- und Jugendmedien. Weinheim 1984.

Samuels, A., Shorter, B., Plaut, F.: Wörterbuch Jung-scher Psychologie (dt. 1989). München 1991.

Santucci, L.: Das Kind, sein Mythos und sein Märchen. Hannover 1964.

Wilpert, G.v.: Sachwörterbuch der Literatur. Stuttgart 71989.

Anschrift des Verfassers:

Dr. phil. Heinz-Lothar Worm
Leipziger Str. 10
35440 Linden

Heinz-Lothar Worm ist promovierter Germanist, arbeitet hauptamtlich als Sonderschullehrer (Studienschwerpunkt Sprachheilpädagogik) und nebenamtlich u.a. als Lehrbeauftragter an der Justus-Liebig-Universität in Gießen.

Forschungsschwerpunkte sind tiefenpsychologische Literaturtheorie einerseits und die von ihm für die Schule für Lernhilfe entwickelte Kompensationspädagogik andererseits.



Melanie Herbst, León

Nicaragua – Entwicklungsland der Sprachheilpädagogik?

Mit 100 kg Gepäck und einem sehr wackeligen Spanisch bin ich im April 1994 nach León, Nicaragua, ausgereist. Der Deutsche Entwicklungsdienst (DED) hatte mir dort eine Stelle als Sprachheilpädagogin angeboten, und ich hatte zugesagt. Als ich im Flugzeug saß, wurde mir aber doch etwas kribbelig zumute. Was würde mich erwarten? Würde ich den Anforderungen – sprachlich, fachlich, menschlich – gerecht werden können? Würde es mir gefallen und ich die zwei Jahre meines Vertrages durchhalten?

Eineinhalb Jahre sind seitdem vergangen. Mittlerweile kann ich mich auf Spanisch sehr

gut verständigen, die Menschen und das Land sind mir sehr ans Herz gewachsen, ich habe in meiner Arbeit einen Platz gefunden und meinen Vertrag um ein weiteres Jahr verlängert.

Die Stadt León

León ist mit seinen ca. 250000 EinwohnerInnen die zweitgrößte Stadt Nicaraguas. Neben den insgesamt 14 katholischen und 10

Einblicke

evangelischen Kirchen, der im 18. Jahrhundert erbauten Kathedrale sowie der ältesten Universität des Landes finden sich in León vorwiegend flache Häuser im spanischen Kolonialstil. León ist ein verschlafenes Städtchen, mit einer deutschen Stadt derselben Einwohnerzahl nicht vergleichbar. Hier leben oft Großfamilien mit 10 bis 20 Personen auf engstem Raum zusammen, so daß die räumliche Ausdehnung der Stadt sehr begrenzt ist.

„Centro de Diagnóstico y de Orientación, Educación Especial“

Ich arbeite im „Centro de Diagnóstico y de Orientación, Educación Especial“ (Diagnostik- und Beratungszentrum, Sonderpädagogik) in León, dem an das Erziehungsministerium angegliederten Diagnostikzentrum für die sieben Sonderschulen der Region León. Das „Centro Diagnóstico“ hat insgesamt sechs MitarbeiterInnen: eine Pädagogin, eine Lehrerin, einen Psychologen und eine Hilfskraft als einheimische sowie eine (Kinder-) Psychologin und mich als ausländische Fachkräfte. Die nicaraguanischen Mitarbeiterinnen verfügen über fast 20 Jahre Erfahrung im Bereich Sonderpädagogik.

Die Situation der Sonderpädagogik in Nicaragua

In Nicaragua (ca. 4 Millionen EinwohnerInnen) gibt es derzeit 25 Sonderschulen, in denen vorwiegend lernbehinderte Schüler beschult werden. Generell wird unterschieden zwischen Klassen für Lern- und Geistigbehinderte, Schwerhörige/Gehörlose, Blinde/Sehbehinderte und Körperbehinderte. Nicht jede Schule verfügt über Klassen aller genannten Behinderungen. Je nach Größe der Schule und ihrem Schwerpunkt werden die Klassen gebildet. Mittlerweile gibt es auch schon einige Sonderschulen, die ein eigenes Team für die Frühförderung haben, was bedeutet, daß die MitarbeiterInnen die betreffenden Kinder zuhause besuchen und dort mit ihnen und ihren Eltern arbeiten.

Leider gibt es derzeit keinen speziellen Studiengang oder Ausbildungsprogramme für SonderpädagogInnen. Früher (bis 1979) gab es ein durch Spanien gefördertes Ausbildungsprogramm für SonderpädagogInnen,

Ende der 80er Jahre wurde ein Studiengang aus Costa Rica übernommen und mitfinanziert. Aus politischen Gründen (Kürzungen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich) ist mit einer Wiederaufnahme dieser Ausbildungsmöglichkeiten nicht zu rechnen. Unter einer weiterhin konservativen Regierung werden Veränderungen in der Zukunft nicht erwartet. Die Möglichkeiten für die LehrerInnen (normalerweise GrundschullehrerInnen), sich Kenntnisse anzueignen, sind sehr gering, da die vom Erziehungsministerium angebotenen oder geförderten Fortbildungsveranstaltungen nur sehr unregelmäßig und oftmals sehr unprofessionell stattfinden; die Anzahl ausländischer Organisationen, die im Bereich „Behindertenpädagogik“ mit Fachkräften arbeiten, ist stark begrenzt und die einzelnen SpezialistInnen sind mit den Fortbildungsmaßnahmen zeitlich oft überfordert. So sind die LehrerInnen der Sonderschulen vor allem sich selbst überlassen und können den Bedürfnissen der behinderten Kinder sehr häufig nicht gerecht werden.

Aufgaben des „Centro Diagnóstico“

Für uns MitarbeiterInnen des „Centro Diagnóstico“ ergibt sich so ein vielfältiges Aufgabenspektrum, das uns trotz einer 40-Stunden-Woche zeitlich manchmal aufzufressen scheint.

Sonderschulaufnahmeverfahren

Ein Schwerpunkt von uns ist die Durchführung von pädagogischen und psychologischen Tests (Sonderschulaufnahmeverfahren) zur Ermittlung der Art und des Schweregrades der Behinderung eines Kindes. Für jedes vorgestellte Kind wird im Anschluß an die Untersuchung ein Gutachten mit den Beobachtungen sowie den Empfehlungen geschrieben, dessen Inhalt vorher mit dem ganzen Arbeiterteam besprochen wurde.

Die Kinder werden von verschiedenen Einrichtungen wie Schulen, Behinderteneinrichtungen, Ärzten oder Gesundheitszentren überwiesen und kommen immer in Begleitung eines Elternteils oder eines Verwandten. Die zeitliche Durchführung der Untersuchung ist abhängig von dem Grad der Behinderung des Kindes, oft werden die Eltern um nochmalige Vorstellung des Kindes gebeten.

Fortbildungen

Ein weiterer Aspekt der Arbeit umfaßt die Fortbildungen der ca. 110 SonderschullehrerInnen der sieben Sonderschulen der Region León in den Bereichen Sonderpädagogik und Psychologie. In regelmäßigen Abständen führen wir dazu Fortbildungen in den Schulen durch, die – je nach Thema – ein bis vier Tage dauern. Im vergangenen Jahr wurden im Bereich Sprachheilpädagogik drei Fortbildungen zu den Themen „Stammeln“, „Stottern“ und „Auditive Wahrnehmung“ durchgeführt. Der Schwerpunkt lag auf Möglichkeiten und Methoden, die verschiedenen Sprachauffälligkeiten im Unterricht zu berücksichtigen und in die Gruppe therapeutisch einzubinden. Zu berücksichtigen ist immer, daß die LehrerInnen bisher über sehr wenig bis kein Wissen hinsichtlich der sprachtherapeutischen Arbeit verfügen.

Staatlich vorgeschriebene Tests zum Entwicklungsstand

Eine Arbeit, die wir auf Anliegen des Erziehungsministeriums leisten müssen, ist die Durchführung von pädagogischen Tests zur Ermittlung des Entwicklungsstandes eines jeden Schülers/einer jeden Schülerin der jeweiligen Sonderschule. Nicht nur die Aufgabe an sich, sondern auch deren Inhalte sind uns vom Erziehungsministerium vorgegeben und unser Einfluß auf Veränderung der Verfahren ist sehr gering und unerwünscht. Verbunden mit dieser Aufgabe ist eine enorme räumliche Flexibilität. Die Schulen liegen im Schnitt eine Autofahrtstunde von León entfernt, das heißt, es vergeht viel Zeit, bis alle MitarbeiterInnen abgeholt sind und wir dann letztendlich um 8 Uhr an der Schule sind. Von den Ergebnissen dieser Tests und unserem Gutachten hängt es ab, in welche Klasse das Kind im Folgejahr kommen wird, ob es also die Klasse wiederholen soll, weiterücken kann oder aber in eine Klasse kommen soll, in der der Schwerpunkt auf manuelles Arbeiten und nicht auf den Lese- und Schriftspracherwerb gelegt wird. Unsere Meinungen dazu gehen in unseren Gruppenbesprechungen oftmals weit auseinander. Während die NicaraguanerInnen eher darauf drängen, einen Schüler/eine Schülerin eine Klasse wiederholen zu lassen (was dazu

führt, daß 10jährige Kinder nicht selten immer noch in der ersten Klasse sind), sind meine deutsche Kollegin und ich eher dazu geneigt, die Kinder in die nächste Klasse aufsteigen zu lassen.

Integration

Ein neuerer Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Unterstützung und begleitende Fortbildung von LehrerInnen, die in Regelschulen mit Integrationskonzepten arbeiten, in Fragen der Organisation und Umsetzung der integrativen Ansätze. Seit dem letzten Schuljahr gibt es in Nicaragua ein Pilotexperiment „Integration“. Es gibt bisher allerdings noch kein einheitliches Modell, in welcher Form die Integration in Nicaragua umgesetzt werden soll. So gibt es Schulen mit Klassen, in denen behinderte Kinder bereits integriert sind, aber auch Schulen, in die Klassen mit behinderten Kindern integriert sind. Einigkeit konnte bisher nicht gefunden werden, aber eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik hat begonnen und somit auch die notwendigen Diskussionen und Bewußtseinsveränderungen. So sehr die Integration auch in Nicaragua „in“ ist, so sehr ist sie aber auch infrage zu stellen. Integration heißt hier auch, daß ein Kind mit Down-Syndrom in eine Klasse mit 45 Kindern und einer Lehrerin zwar integriert ist, sich aber um das behinderte Kind keine zusätzliche Fachkraft kümmert und die Lehrerin einerseits aufgrund der hohen Schülerzahlen nicht auch noch auf das behinderte Kind eingehen und andererseits auch nicht auf fundiertes Fachwissen zurückgreifen kann.

Ausbildung von SprachtherapeutInnen

Meine Arbeit im speziellen betrifft die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen des „Centro Diagnóstico“ sowie der ca. 110 SonderschullehrerInnen vor allem im Bereich „Sprachliche Diagnostik und Therapie“. Drei der sieben Sonderschulen verfügen seit einigen Wochen über eine eigene Sprachtherapeutin, was wir als großen Erfolg verbuchen, da wir mit dem Erziehungsministerium seit langem darum gestritten haben. Meine Aufgabe besteht in der Ausbildung und Einweisung der drei Lehrerinnen in ihr neues Aufgabengebiet, da keine von ihnen bisher in der Sprachtherapie gearbeitet hat.

Aber es ist nicht allein das mangelnde Fachwissen der Lehrerinnen, sondern auch die Beschaffung von diagnostischen und therapeutischen Materialien oder die Ausstattung der Zimmer mit Möbeln oder Ventilatoren, die die regelmäßige und förderdiagnostische Arbeit mit den Kindern erschweren. Die finanzielle Unterstützung der Sonderschulen durch das Erziehungsministerium sind auf das Minimum reduziert, oftmals ist kein Papier zur Durchführung von Übungen vorhanden, von weiterem didaktischen Material wie Stiften, Scheren oder gar Büchern ganz abgesehen. Die LehrerInnen sind auf ihre Kreativität und ihr Improvisationstalent, aus nichts etwas zu machen, angewiesen. Bei einem Gehalt von maximal 550 Cordoba im Monat (zur Zeit ca. 100 DM) haben die LehrerInnen auch keinerlei Möglichkeit, gelegentlich etwas aus ihrer eigenen Tasche zu bezahlen, da dieses Gehalt nicht einmal die lebenswichtigen Grundbedürfnisse der meistens mehrköpfigen Familie abdeckt.

Zwei Fallbeispiele

Sonderpädagogik in einem Land der Dritten Welt wird immer wieder infrage gestellt und nur zu oft mit einem Stirnrunzeln bedacht. Die beiden folgenden Beispiele sollen unsere Arbeit ein wenig plastischer erscheinen lassen.

Die Familie H.:

Im Oktober 1995 stellt eine Mutter ihre drei Töchter im „Centro Diagnóstico“ vor. Die Familie, die in einem kleinen Dorf weit außerhalb der nächsten Stadt wohnt, gehört zu der ärmsten Unterschicht. Die alleinerziehende Mutter ist den etwa 50 km weiten Anfahrtsweg teilweise zu Fuß, teilweise per Anhalter mit ihren Kindern gekommen. Die Töchter sind 12, 8 und 7 Jahre alt und weisen alle schon beim ersten Kontakt deutliche Verhaltensstörungen auf. Keines der Kinder kann sprechen, lediglich die mittlere der drei gibt laute, grunzartige Töne von sich und reagiert auf Ansprache. Die anderen beiden können keinen Augenkontakt aufnehmen, haben nur ein Lächeln im Gesicht und scheinen in einer anderen Welt zu sein. Keines der Kinder hat je einen Kindergarten oder die Schule besucht, da die Mutter einerseits keine Not-

wendigkeit darin sieht, andererseits aber auch nicht über die finanziellen Möglichkeiten verfügt.

Infolge der Kürze der Zeit und den sich widersprechenden Aussagen der Mutter über die Entwicklung ihrer Kinder sind wir später bei unserer Gruppenbesprechung vollkommen ratlos. Was können wir einer Mutter empfehlen, die drei schwer auffällige Kinder hat, weit außerhalb wohnt und kaum das Geld für die tägliche Ernährung aufbringen kann? In Nicaragua bedeuten Kinder auch die Altersversorgung der Eltern – wie aber soll die Zukunft für diese Familie aussehen?

Wir haben trotz vielen Nachfragens nur sehr wenig über die ersten Jahre der Kinder erfahren können, sind uns bis heute nicht einig darüber, ob diese Kinder von Geburt an behindert waren oder aufgrund ihrer Umgebung und mangelnder Förderung durch die Mutter zu Behinderten erzogen wurden. Sicher ist, daß die Kinder durch ein flächendeckendes Schulsystem eher entdeckt worden wären, aber das hilft jetzt wenig.

Wir haben der Mutter letztendlich geraten, alle drei Kinder in die etwa 10 km entfernte Sonderschule des nächsten Ortes zu schicken, die Direktorin ist damit einverstanden und für die Deckung der Schulkosten wollen wir einen privaten Spender finden – vorausgesetzt, daß die Mutter ihre Töchter wirklich hinschickt.

Dies ist eine alltägliche Situation, mit der wir uns auseinandersetzen müssen und kein Einzelfall. Wie oft kommen Mütter mit ihren schwerhörigen oder gehörlosen Kindern, die bereits fünf Jahre oder älter sind, zu uns, um um Hilfe zu bitten. Die Frage, ob ihnen die Behinderung ihres Kindes nicht schon früher aufgefallen sei, wird häufig verneint oder schamvoll mit gesenktem Blick bejaht. Das Kind hätte weniger gesprochen als andere Kinder oder gar nicht. Die durchschnittliche Kinderzahl von nicaraguanischen Familien liegt bei 6-10, so daß sich die Eltern aus finanziellen oder zeitlichen Gründen nicht ausreichend um die Kinder kümmern können. Vor allem behinderten Kindern wird kein besonderes Augenmerk geschenkt, da sie aus Sicht der Eltern für den Unterhalt der Familie nur wenig oder nichts beitragen können. Famili-

en, die nicht einmal genug Geld haben, um für ihren täglichen Lebensunterhalt aufzukommen, sind sehr oft weder bereit noch in der Lage, Arzt- und Behandlungskosten für ihr behindertes Kind aufzubringen.

Marisól:

Marisól war schon 13, als ich sie vor eineinhalb Jahren kennenlernte. Gladis, die Sprachtherapeutin der Sonderschule, hatte sie mir als stotterndes Mädchen beschrieben, die Ursache für das Stottern sah sie in dem angewachsenen Zungenbändchen begründet. Gladis arbeitete eine Dreiviertelstunde mit Marisól: beide saßen sich auf ihren Stühlen gegenüber. Sie hatte herausgefunden, daß Marisól mit dem Laut „p“ sowie dessen Lautkombinationen (pr, pl) Schwierigkeiten hatte und so hatte sie angefangen, Marisól nach der Methode der Artikulationstherapie zu behandeln. Sie war noch in der ersten Phase, der Einführung und Sicherung des Lautes „p“. Dies sah so aus, daß sie Marisól die Silben „pa-pe-pi-po-pu“ vorsprach und sie aufforderte, sie zu wiederholen – eine Dreiviertelstunde lang und ohne jegliche Variation der Aufgabe!

Ich hatte am Ende der Stunde die Möglichkeit, mit Marisól und ihrer Mutter zu sprechen und erhielt dabei viele wertvolle Informationen. Marisól stotterte vor allem in Gegenwart ihres Vaters sowie in der Schule, selten dagegen bei ihren Freundinnen oder anderen ihr vertrauten Personen. Ein Arzt hatte ein angewachsenes Zungenbändchen als Ursache für das Stottern diagnostiziert und zu einer operativen Durchtrennung geraten. Das Vorgespräch für die Operation sollte in der darauffolgenden Woche stattfinden, und ich bat Mutter und Tochter, mit ins Krankenhaus gehen zu dürfen, um mit dem betreffenden Arzt sprechen zu können.

Eine Woche darauf trafen wir uns im Krankenhaus und wurden nach fast zwei Stunden Wartezeit zu dem Arzt gebeten. Ich fragte ihn nach der Begründung der Operation und als ich ihm aus sprachtherapeutischem Gesichtspunkt erklären wollte, daß die Operation auf das Stottern keinen Einfluß hätte, wurde er sehr unwillig und unfreundlich. Quintessenz des Gesprächs war, daß er uns nach weni-

gen Minuten zum Gehen aufforderte, die Operation wurde vorerst verschoben. Mein Ziel war gewesen, dem Arzt fachlich zu begründen, warum die Durchtrennung des Zungenbändchens nicht notwendig sei, aber er war nicht bereit gewesen, sich damit auseinanderzusetzen, worüber ich sehr enttäuscht war und mich über die Art seines Umgangs mit uns sehr ärgerte.

Mit Gladis, der Sprachtherapeutin, arbeitete ich in der Folgezeit sehr intensiv. Wir setzten uns mit den Grundlagen des Stotterns auseinander, angefangen von den möglichen Ursachen bis hin zu den verschiedenen Theorien und Therapieansätzen und arbeiteten anschließend einen groben Therapieplan für Marisól aus. Wir einigten uns auf eine Mischung von verschiedenen Ansätzen, die vor allem Entspannungstraining und psychologische Betreuung beinhaltete. Ich habe Marisól ein Jahr später wiedergesehen. Sie schien in ihrer Persönlichkeit sicherer geworden zu sein, stotterte weniger, zog beim Sprechen keine Grimassen mehr und wirkte sehr ausgeglichen. Ihr Zungenbändchen war immer noch nicht operiert worden und Mutter und Tochter sahen dafür auch keine Notwendigkeit mehr.

Ich habe Marisól seitdem nicht mehr gesehen. Es ist hier in Nicaragua sehr schwierig, eine Therapie wirklich regelmäßig durchzuführen. Die Kinder kommen durchschnittlich einmal monatlich zur Therapie, obwohl sie ein- bis zweiwöchentliche Sitzungen bekommen. Die Gründe dafür sind vielfältig: die Kinder sind sehr häufig krank; wegen der Regenfälle kann das Haus in der Regenzeit nicht verlassen werden; der Termin wurde vergessen; das Kind muß auf ein anderes Kind in der Familie aufpassen; das Kind wollte nicht kommen; niemand hat Zeit, um das Kind zu bringen.

Mit diesen Beispielen möchte ich zeigen, daß die Arbeit hier durchaus als konstruktiv zu bewerten ist. Gladis, die mit Marisól anfangs nach einem ganz falschen Ansatz gearbeitet hatte, weil sie bisher nur die Therapie des Stammelns beherrschte und das Stottern nur vom Namen her kannte, hat im Laufe unserer Gespräche gelernt, was Stottern sein kann und wie man es behandeln kann. Die thera-

peutische Umsetzung ihres neuen Wissens hat sich als sehr vielversprechend herausgestellt. Als problematisch zu bezeichnen bleibt aber die Unregelmäßigkeit, mit der Therapien durchgeführt werden können. Das Ziel unserer Elternarbeit ist es daher, bei den Eltern mehr Verständnis und Verantwortung für die Probleme ihrer Kinder hervorzurufen und sie zu einer regelmäßigen Mitarbeit zu motivieren.

Und meine persönliche Meinung?

Zum Abschluß noch eine Anmerkung zur Behindertenarbeit in Entwicklungsländern generell: in der Programmplanung internationaler Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit ist der Aufgabenbereich Behindertenarbeit sehr vernachlässigt, oftmals ist es eher eine Imagefrage, wenigstens einen Arbeitsplatz darin vorweisen zu können. Es wird vergessen, daß Kriege, Hunger- und Naturkatastrophen, eine mangelhafte medizinische Versorgung oder die tägliche Unter-, Mangel- oder Fehlernährung, sehr häufig Behinderungen verursachen. Ganz zu schweigen von dem großflächigen Einsatz der aus Industrieländern importierten Pestizide, die für einen Großteil der Behinderungen (prenataler Ursache) von Kindern gerade hier im Umkreis von León verantwortlich sind.

Behinderungen haben nicht nur eine erhebliche Auswirkung auf die soziale und ökonomische Situation vor allem der betroffenen Familie, sondern auch der Gesellschaft an sich. Sonderpädagogik in der Entwicklungszusammenarbeit, aber auch ganz allgemein,

kann nicht nur unter dem Sozialaspekt gesehen werden im Sinne von karitativer Arbeit mit einer Randgruppe, sondern vielmehr als eine Unterstützung auf dem Weg zur Selbsthilfe und zu einem selbständigen Leben der Behinderten. Nur so kann die Gesellschaft entlastet werden und ist in der Lage, Mittel und Ressourcen für eine nachhaltige Entwicklung bereitzustellen.

Trotzdem sehen wir uns immer wieder gezwungen, unsere Arbeit in der Entwicklungszusammenarbeit rechtfertigen zu müssen und für mehr Plätze im Bereich Gemeinwesenarbeit zu kämpfen. Ein Umdenken ist hier dringend erforderlich!

Ich möchte an dieser Stelle allen Interessierten an der Behindertenarbeit in der Dritten Welt, im speziellen in Nicaragua, anbieten, sich die Situation hier persönlich anzusehen oder vielleicht für die Zeit eines Praktikums bei uns im „Centro Diagnóstico“ oder in einer der Sonderschulen mitzuarbeiten. Wir sind dankbar und erfreut über jederlei Anregung, Hilfe und Unterstützung.

Anschrift der Verfasserin:

Melanie Herbst
Apartado Postal 137
León
Nicaragua

Melanie Herbst, Sprachheilpädagogin MA, arbeitet seit Juni 1994 im „Centro Diagnóstico y de Orientación, Educación Especial“ in León, Nicaragua.

dgs – Nachrichten

Wahlausschreibung

Auf der Delegiertenversammlung am 25. September 1996 in Münster werden gewählt:

1. Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes (GV)
 - 1.1 Erste(r) Bundesvorsitzende(r)
 - 1.2 Zweite(r) Bundesvorsitzende(r)
 - 1.3 Geschäftsführer(in) - auf Vorschlag des/der Bundesvorsitzenden
 - 1.4 Rechnungsführer(in)
- 1.5 Schriftführer(in)
2. Die Redakteure der Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit“
 - 2.1 zwei Redakteure
3. Die Kassenprüfer(innen)
 - 3.1 zwei Kassenprüfer(innen)
 - 3.2 zwei Vertreter(innen)

4. Die Mitglieder des Wahlausschusses

4.1 drei Mitglieder

Gemäß Satzung (§ 8 Nr. 4) erfolgt die Wahl der Hauptvorstandsmitglieder für zwei Jahre durch die Delegiertenversammlung. Zu den Mitgliedern des Hauptvorstandes gehören die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes, die Redakteure, die Referenten, sofern vorgesehen, sowie der/die Vorsitzende der AGFAS. Letztere(r) wird von den Mitgliedern der AGFAS gewählt. Die Vorsitzenden der Landesgruppen werden durch diese gewählt.

Aus der Wahlordnung

§ 5 Jeder Wahlvorschlag muß von mindestens sechs Mitgliedern unterschrieben sein. Für die Nominierung des Geschäftsführers/der Geschäftsführerin hat der/die Bundesvorsitzende(r) das Vorschlagsrecht.

§ 6 Die Wahlvorschläge sollen drei Wochen vor dem Termin der Delegiertenversammlung – bis zum 4. September 1996 – beim Wahlausschuß eingereicht sein. Adresse: Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 41068 Mönchengladbach.

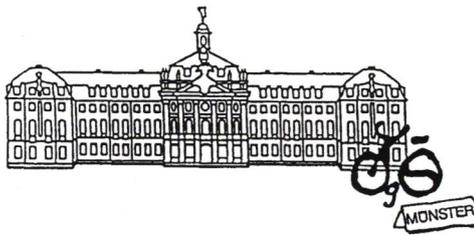
§ 7 In der Delegiertenversammlung können Wahlvorschläge eingebracht werden.

§ 8 Jedem Wahlvorschlag ist die schriftliche Einverständniserklärung des/der Vorgeschlagenen beizufügen.

§ 9 Nach Eröffnung der Wahl durch den Wahlleiter können keine Wahlvorschläge mehr eingebracht werden.

Für den Wahlausschuß

Heribert Gathen



Einberufung der Delegiertenversammlung 1996

Hiermit berufe ich die nächste ordentliche Delegiertenversammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) für Mittwoch, den 25. September 1996, ein. Sie findet in der Westfälischen Wilhelms Universität zu Münster statt.

Die Delegierten werden von den Landesgruppen benannt. Sie erhalten eine gesonderte Einladung zur Delegiertenversammlung zusammen mit den notwendigen Unterlagen und einer Tagesordnung.

Für die satzungsgemäßen Neuwahlen werden gemäß der Wahlordnung Wahlvorschläge erbeten (siehe Wahlausschreibung in diesem Heft).

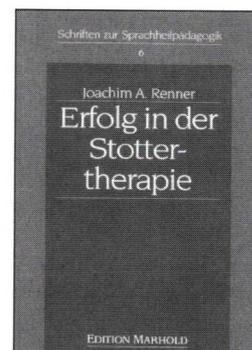
Der Delegiertenversammlung 1996 folgt unmittelbar die XXII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs. Das Tagungsprogramm mit Anmeldungskarte war in Heft 2/96 der Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ zu finden. Zusätzliche Programme können beim Geschäftsführenden Vorstand angefordert werden.

Alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik sind zur Teilnahme an der Delegiertenversammlung ohne Stimmrecht berechtigt und zum Kongreß der dgs vom 26.09. – 28.09.1996 herzlich eingeladen.

Kurt Bielfeld
1. Bundesvorsitzender

Berlin, den 01. Juni 1996

Rezensionen



Joachim A. Renner: Erfolg in der Stottertherapie.
Edition Marhold. Berlin 1995. 131 Seiten. 28 DM

Erfolg in der Stottertherapie? Die Leserinnen und Leser dürfen auf die Beantwortung der Frage gespannt sein, kennen sie doch die seit bald 100 Jahren geführte Debatte entlang den Erfolgskriterien „vollständige Heilung“ und „kontinuierliche Eigen- und Fremdhilfe“. Im Band 6 der von Grohnfeldt herausgegebenen Schriften zur Sprachheilpädagogik schärft Renner zunächst, von der aktuellen Therapieforschung ausgehend, unser Bewußtsein für das Problemfeld „Therapieerfolg“. Indem der Autor eine Vielzahl von Gründen offenlegt, die ihn dann veranlassen, von dem Konstrukt des Therapieerfolges Abstand zu nehmen, sucht er im weiteren nach der besseren Alternative, die schließlich, nachvollziehbar, die meßbaren Effekte einer Behandlung sein werden.

Renner identifiziert als Therapieeffekte die Sprechflüssigkeitsrate, die Selbsteinschätzung der eigenen Sprechflüssigkeit und Kommunikationsfähigkeit, das Vermeidungsverhalten sowie die Stotterhäufigkeit in

sozialen Situationen und Kontrollüberzeugungen – ein weites Spektrum und eine klare Absage an reduktionistisches Fokussieren auf die Sprechsymptomatik.

Im zentralen Teil seiner Arbeit stellt Renner einen umfangreichen Itempool in Form von Selbsteinschätzungsskalen und Fragebogen, zudem 5 verschiedene Sprechsituationen zur Sprechdatengewinnung, zusammen. Ein Erhebungsinstrumentarium, das sich in der Hand eines an ökologischer Validität orientierten Forschers wie in der, an einem einfachen im Alltag zu gebrauchenden Diagnose- und Kontrollmittel interessierten Praktikers, zu bewähren hat.

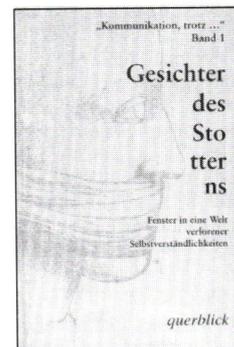
In einer empirischen Studie überprüft nun der Autor mit Hilfe seiner Fragebogenbatterie jene Therapieeffekte, die bei einer Therapiegruppe von 8 erwachsenen Stotternden nach einer dreiwöchigen, intensiven Sprechübungsbehandlung im Sprachheilinstitut Keuels, Inzell, beobachtet wurden. Erfreulicherweise konnte nicht nur das Verfahren seine evaluative Eignung an den Tag bringen – die Behandlung der Klienten bewirkte statistisch bedeutsame Effekte, die z.T. noch nach 26 Monaten nachweisbar waren. Die Einschätzung der Therapieeffekte ist, bezogen auf die Studie, sicherlich auch aus Gründen der Beachtung der subjektiven Sicht der Betroffenen, sprachheilpädagogisch sinnvoll und praxisnah, im übrigen so sinnvoll, daß Keuels seine Interventionsstrategie umgehend erweiterte. Diese Anmerkung motiviert keine Schadenfreude, sondern der Ansporn für alle, die stotternde Menschen professionell behandeln, wesentlich stärker als bisher Behandlungseffekte, in der Absicht der Optimierung von Therapie, zu kontrollieren.

Wir kennen unser Dilemma: Einerseits möchte man aus professioneller Einsicht gegenüber seiner Zunft und den Betroffenen nachvollziehbar offenlegen, was Therapie an Veränderung bewirkt, andererseits generiert professionelle Einsicht Skepsis gegenüber dem Einsatz objektivierender und quantifizierender Verfahren, die „harte“ Daten liefern wollen. Gegen die Meinung einiger praxisabstinenter Therapiewissenschaftler, für die „Therapieerfolg“ lediglich im Sinne eines naturwissenschaftlichen Paradigmas meßbar ist, steht die Unkontrollierbarkeit der von einer Vielzahl von bekannten und heimlichen Wirkfaktoren geprägten renitenten Praxiswirklichkeit. Renner weiß, daß die moderne Sprachheilpädagogik solches Denken im systemisch-ökologischen Kontext weit überholt hat. Er weiß auch, daß nicht wenige Therapeutinnen und Therapeuten mit sehr subjektiven Überzeugungen, Glaubenssätzen und Intuitionen engagiert nach erfahrungstabilisierten persönlichen Therapiegleichungen Stottern behandeln. Wie weit ist dieses Vorgehen aber theoretisch fundiert und seine Effekte (selbst-)kritisch überprüft? Renner zitiert Weber, einen vom Stottern Betroffenen: „Therapie ist das Ermöglichen von Freiheit“. Therapie, die „Freiheit“ beachtet, braucht allerdings Strukturen, planvolle Vorgehensweisen und Kontrollen. Renner baut den, an dieser Stelle Zaudernden, Brücken. Er liefert auf der Basis aktueller Therapieforschung Entscheidungshilfen für den Einsatz ei-

ner Effektivitätskontrolle und das dazugehörige Instrumentarium. Die Handhabung der Fragebogen ist einfach. Die Sprechdatenerhebung ist über die Videokamera als Teil einer ausführlichen Anamnese und Katanese in den Therapieprozeß integrierbar. Die Fragebogen werden von den Klienten selbst ausgefüllt. Das damit gewonnene umfangreiche Datenmaterial können Therapeutinnen und Therapeuten einfach selbst auswerten. Zeitpunkte für die Untersuchung wären mindestens unmittelbar vor, direkt und frühestens 2 Jahre nach der Therapie.

Renner bietet den therapeutisch Arbeitenden eine ökonomische und allgemeingültige Möglichkeit der Evaluation von Effekten ihrer Stotterbehandlung an. Zusätzlich ist seine Arbeit für die Forschung eine Bereicherung auf dem ohnehin recht kargen Feld vergleichbarer Evaluationsstudien im deutschsprachigen Raum.

Stephan Baumgartner



Axel Weber: Mit Stottern im Alltag leben. Video VHS, 39 Minuten, querblick, Medien- und Verlagswerkstatt. Konstanz. 1994. 36 DM

Axel Weber: Gesichter des Stotterns. querblick. Medien- und Verlagswerkstatt. Konstanz. 1995. 16,80 DM

* Bezugsadresse: querblick, Medien- und Verlagswerkstatt, Gottlieb-Daimler-Str. 3, D 78467 Konstanz (Medienpaket: Buch und Video DM 44,-).

„Wie schreiben denn die, die dermaßen stottern? Auch so abgehackt, so bruchstückhaft, sich wiederholend?“ Diese Frage stellen „meine“ angehenden Sprachtherapeuten fast regelmäßig, wenn sie während der Vorlesung zum Stottern mit den Videoaufnahmen schwererer Stottersymptomatik konfrontiert werden. Mag ihnen bei den Silbenwiederholungen oder Lautdehnungen noch der Urururgroßvaterwitz in den Sinn kommen und ein Lachen aufsteigen – beim grimasierenden, röchelnden, kopfschlagenden schwer Stotternden bleibt ihnen das Lachen im Halse stecken.

Sie werden Sprachheilpädagoginnen, Logopäden und ihr Medium ist Sprache und Sprechen – ganz selbstverständlich! *Webers* Film berichtet in eindrucksvollen, erlebungsgebundenen Bildern vom Verlust dieser Selbstverständlichkeit.

Er begleitet jugendliche und erwachsene Stotterer aus der Bodenseegegend und läßt sie zur Sprache bringen, was sie an Stützung von der Umwelt erhoffen. Beispielhaft für die nichtstotternde Umwelt stehen die Angehörigen und Passanten, die ihrerseits ihre Wünsche an die Stotterer formulieren – zum besseren Verstehen und entspannteren Begegnen.

Weber hat die subjektiven Wirklichkeiten jedes einzelnen Betroffenen feinfühlig und einprägsam eingefangen – wir werden mitgenommen in die Stotterbiografien, in jene Entwicklungsgeschichten und Verwicklungsgeschichten von Versuch und Irrtum, von Hoffnung und Enttäuschung, von unzulänglichen äußeren aber auch hinderlichen inneren Bedingungen. Wir werden Zeugen vom Straucheln, Aufrichten, Stürzen und Halten, von den Bewegungsversuchen in unwegsamem, unberechenbarem Gelände.

Sich durchs Stottern hindurch zu einer Mitteilung durchzuringen, bedeutet zwar mühselige kräfteverschleißende Arbeit – aber wenigstens nicht Stummsein. War es Th. *Fontane*, der sagte: „Die Sprache ist doch das Menschlichste, was wir haben!“

Ob uns diese persönlichen Erklärungen der Stotterer – angesichts unserer Erfahrungen mit eigenen Klienten und angesichts der Auseinandersetzung mit den Fachpublikationen – auch manchmal als verschobene Optik, als Ausflüchte anmuten, im subjektiven Erleben des Einzelnen müssen wir sie „wahr-haben“. Das idiografische Stottermodell, wie es H.J. *Motsch* postuliert hat, umgreift auch die Bewältigungsstrategien des Stotterers.

Weber gesteht jedem seine Art und Weise der Bewältigung zu, dies mit distanzierter Anteilnahme, mit teilnehmender Distanz. Er weiß aus Ein-Sicht, daß es ums Leben mit Stottern geht und u.U. sogar ums Überleben (vergl. *Weber*, Befreiung vom Stottern. Philosophische Betrachtungen aus der Innensicht eines Betroffenen. Marhold. Berlin. 1991).

Nach dem Film – wenn der Nichtstotternde den Atem wieder fließen läßt, die Beklemmung des verspannten Körpers abschüttelt und wieder anderes denken kann als nur „Mein Gott!“, dann ahnt er etwas vom Chaos und vom Zufälligen, dem der schwer Stotternde ausgeliefert ist. Und er ahnt etwas von dieser unumgänglichen Therapeutenqualität – dieser teilnehmenden Distanz in der Entwicklungsbegleitung des Betroffenen.

Wenn die Studierenden *Webers* Buch dann in der Hand halten und das Filmerlebnis in den beiden Kapiteln (Mit Stotternden im Alltag leben. Lebensalltag auf brüchigem Eis) mit authentischen Texten, Gedichten und kritischen Anmerkungen zu den Selbsthilfegruppen und der Therapiesituation unterlegt finden, ist es keine Frage mehr, ob er sprachkompetent ist oder nicht.

Er „hat“ Sprache – um es mit Adelheid von *Schwerin* zu formulieren – er kann schreiben: differenziert, bildhaft, eingängig. Aber er kann nicht sprechen – d.h. er konnte zwanzig Jahre lang nicht sprechen. Er konnte nur – wie sein Sprachheillehrer Uwe *Pape* sagen würde – er konnte nur stottern. Jetzt nähert er sich dem Sprechen, der Ausdrucksform der sich befreienden Person.

Im dritten Kapitel (Sicheren Boden gewinnen) beschreibt er *Papes* Therapiekonzept als Regeneration der Person durch Ordnung und Ruhe im Klang – per sonare.

Dies müßte nach *Weber* eine erfolgsversprechende Therapie für den schwer Stotternden leisten: in die Nähe führen von Sprechen. Gemeint ist nicht Sprechen im Sinne von aneinandergereihtem Wechsel stimmhafter und stimmloser Konsonanten und Vokale – sondern Sprechen im Sinne von „Reden“ als Hervortreten, Mitteilen, als Sich-zum-Ausdruck-bringen.

Hamanns Zitat gibt ihm die Überschrift für das letzte Kapitel: „Rede, daß ich Dich sehe!“ Er zeigt überzeugend auf, wie risikvoll das Aus-sich-herausgehen vom Stotterer erlebt wird.

Die Rekonstruktion seiner eigenen Stottergeschichte scheint hindurch im Bemühen, die Begriffe Chaos, *Zufälligkeit* und *Unberechenbarkeit* im Stottergeschehen zu füllen und Stottern in seiner schweren Form neu zu definieren.

Ist es der Versuch, wenigstens für sich selbst – aber vielleicht auch über sich selbst hinausweisend – die Frage zu beantworten: „Wann und unter welchen Bedingungen verliert das Sprechen seine Selbstverständlichkeit?“

Ich verwende beides – Buch und Film! Ich unterstütze und untermale verschiedene Anliegen damit: Öffentlichkeitsarbeit, Ausbildungsarbeit, Therapiearbeit, Beratungsarbeit. Ich wähle Bildsequenzen und Textstellen, ich kommentiere und ergänze. Die Aussage von beidem ist so direkt, daß aus dem Verstehen heraus Veränderungsmut beim anderen erwachsen kann.

Karin Stalder

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildungsangebot: Frühförderung im Dialog

Charité-Gespräche

- sind ein Angebot zur Fortbildung für Mitarbeiter(innen) medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Einrichtungen, in denen behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder gefördert und betreut werden sowie für alle Eltern und Bezugspersonen der betroffenen Kinder;
- haben das Ziel, Fachkräfte der spezifischen Fachbereiche zusammenzuführen und durch Vorträge, in Seminaren und Workshops zu einer Verbesserung der interdisziplinären Arbeit beizutragen;

- sind eine Möglichkeit, die Kommunikation zwischen den medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen und den Lehrern und Erziehern, die mit den gleichen Kindern arbeiten, zu fördern;
- sollen statt Abgrenzung den Erfahrungsaustausch zur gegenseitigen Ergänzung in der integrativen Arbeit forcieren;
- fördern Begegnungen von betroffenen Eltern und deren professionellen Helfern und sollen dazu beitragen, ihre Handlungskompetenz zu bestätigen, zu festigen und zu erweitern.

Stimulation des Körper- und Mundbereiches als Vorbereitung für das Sprechen beim gesunden und behinderten Kind

Referentin: Frau Susanne Codoni, Basel

Zeit: 16.11.1996 18.00 bis 21.00 Uhr Vortrag
(keine Anmeldung erforderlich)

17.11.1996 9.00 bis 17.00 Uhr Workshop
(begrenzte Teilnehmerzahl/
Anmeldung erforderlich)

Anmeldung bis 1.9.1996, Auskünfte: Sozialpädiatrisches Zentrum der Charité, Tel. 030/2802 2519, montags 10.00 bis 11.00 Uhr.

4. IVS-Stotterkonferenz in Darmstadt

Die Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapie e.V. (ivs) veranstaltet am 22. und 23. Februar 1997 eine Stotterkonferenz zum Thema „Stottern und Schule“. Veranstaltungsort ist auch diesmal wieder Darmstadt, wo sich inzwischen auch die Geschäftsstelle der ivs befindet. Ziel dieser Stotterkonferenz ist es, das Problemfeld „Stottern und Schule“ aus der Sicht von Betroffenen, Lehrern, Therapeuten und Wissenschaftlern darzustellen und in einer Podiumsdiskussion einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Detaillierte Informationen werden ab Herbst 1996 bekannt gegeben.

Kontaktadresse: ivs-Geschäftsstelle, Julius-Reiber-Str. 18, 64293 Darmstadt, tel/fax 0 61 51 – 99 77 87.

Deutsche Gesellschaft für therapeutisches Puppenspiel

Die „Deutsche Gesellschaft für therapeutisches Puppenspiel“ e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, die therapeutische Arbeit mit Puppen und Figuren jeder Art, mit Schatten und Masken zu fördern, zu dokumentieren und zu erforschen, sowie den Einsatz in der therapeutischen und heilpädagogischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen in der Therapie, in Heimen, Schulen und Sonderinstitutionen zu lehren.

Mitgliedern der Gesellschaft wird geboten:

- jährlich ein interessantes Forum Praxis,
- Mitgliederinformationen mit aktuellen Hinweisen,

- umfangreiche Mitgliederhefte mit Berichten, Referaten, neuesten Aufsätzen und Diskussionen zu den in- und ausländischen Entwicklungen und Themen, die mit dem therapeutischen Puppenspiel in Zusammenhang stehen,
- Veröffentlichungsservice für Kurse und Aktivitäten, die mit den Zielen der Gesellschaft in Verbindung stehen,
- verbilligte Kurse und Tagungen auf nationaler und internationaler Ebene,
- Kommunikation, Information, Praxisaustausch.

Der Mitgliederbeitrag beläuft sich auf 50 DM pro Jahr. Mitglied kann werden, wer im Rahmen seiner therapeutischen und/oder pädagogischen Arbeit mit Puppen, Figuren, Masken etc. arbeitet.
Geschäftsstelle: Leiergasse 17, 75031 Eppingen.

Bericht über die 28. Inzigkofener Gespräche vom 16.-17. März 1996

Vertraut wie eh und je – und doch ganz anders – präsentierten sich die 28. Inzigkofener Gespräche. Mit leiser Wehmut lasen die zahlreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vergangenen 27. IG, daß die wunderschönen altehrwürdigen Mauern des ehemaligen Frauenklosters im Volksschulheim Inzigkofen nicht mehr als Herberge bereitstanden. So fuhr man mehr oder weniger gespannt in das ebenfalls idyllisch gelegene Mosbach/Baden und zog in die gastlich geöffneten Pforten der ÖTV-Bildungsstätte (Michael Rott Schule) ein. Das fehlende historische Ambiente wurde ausgeglichen durch den Komfort der Unterkünfte, durch die nette Begrüßung des Geschäftsführers, Herrn *Schüler*, und durch die allgemeine freundliche Atmosphäre, die nicht zuletzt der unaufdringlichen Art des Personals zu verdanken war.

Das Thema der diesjährigen wissenschaftlich-praktischen Fachtagung war eine Weiterführung der 27. IG und befaßte sich mit der „Gestörten Sprechstimme und ihrer organisch-funktionell bedingten Verursachung“. Am Freitag, dem 15.3.1996, bestimmten im wesentlichen die Mediziner das Geschehen. Prof. Dr. Dr. Johannes *Pahn* aus Rostock hielt den Eröffnungsvortrag „Organogene Dysphonien unter Betonung der Larynxparesen“.

Seine Ausführungen über Ätiologie, Symptomatik und Therapie von Larynxparesen wurden durch detaillierte Beschreibungen der Stimmlippenbewegungs- und Spannungsmuskulatur unterstützt. Der Referent betonte die Notwendigkeit einer Übungstherapie und einer physikalischen Therapie, wobei die jeweilige Form von bestimmten Parametern abhängt („Auditive Sensibilität des Patienten, Regeneration und Adaption, Verteilungsmuster der Parese in der Muskulatur“).

Die laryngoskopische, stroboskopische und elektromyographische Diagnostik wird „mit Hilfe des Stimmstatus“ vervollständigt und ergibt unterschiedlichste Befunde, die mit ebenso differenzierten Therapiekonzeptionen behoben werden sollen.

Hervorragende Videoaufnahmen rundeten den interessanten Vortrag ab.

Dr. Erhard *Miethe* aus Stuttgart befaßte sich mit dem Thema „Morphologische Veränderungen an den Stimmlippen“ und demonstrierte anhand von Video-beispielen Gewebsveränderungen an den Stimmlippen bzw. an anderen sub- und supraglottischen Bereichen, die zu einer Stimmqualitätsminderung führen. Der informative Vortrag wurde durch die ausgezeichneten Videoaufnahmen unterstützt und die Zuhörerinnen und Zuhörer erhielten Einblicke in die Ätiologie, Pathogenese, Morphologie und Therapie bestimmter Krankheitsbilder.

Dr. Marion *Hermann-Röttgen* aus Leonberg unternahm mit ihrem Vortrag „Organische und funktionelle Zusammenhänge bei kindlichen Stimmbandknötchen und ihre Behandlungsmöglichkeit“ den Versuch, die spezielle Problematik der kindlichen Stimmstörungen aus logopädisch-sprecherzieherischer Sicht darzustellen. Auf erfrischende Weise nahm sie Bezug auf die „Wechselwirkungen von organischen Begebenheiten, funktionellen Störungen und situativen Bedingungen“ und stellte zusammenfassend 7 Schwerpunkte ihrer Therapie auf, die u.a. helfen sollen, den „Hilfe-Schrei-Knötchen“ beizukommen.

PD Dr. Eberhard *Müller-Hermann* aus Rottweil rundete als dritter Mediziner den Freitagabend mit seinen Ausführungen über das Thema „Phonochirurgie heute – Möglichkeiten und Resultate“ ab.

Nach einem kurzen historischen Exkurs in die Ursprünge der Laryngoskopie versuchte der Referent einen Überblick über ein operatives Spektrum zu geben, das es ermöglicht, die Phonochirurgie optimal einzusetzen. Dias und Videoaufnahmen ergänzten seine Ausführungen ebenso wie die „zum Anfassen“ mitgebrachten laryngoskopischen Instrumente.

Am Sonnabend fanden – wie immer – vier alternierende Workshops statt, die eher den praktischen Teil der Tagung prägen sollten.

Prof. *Pahn* bemühte sich, den Teilnehmern die „Indikation zur Übungsbehandlung bei organogenen Dysphonien“ nahezubringen und erläuterte die Wirkungsweise des M. vocalis und des M. cricothyreoideus, um die Zuschauer mit den Spannmechanismen und den damit verbundenen Registerunterschieden vertraut zu machen.

Leider reichte die Zeit nicht mehr, um die zahlreichen Fragen nach der Reizstromtherapie zu beantworten.

Klaus *Oerter*, Logopäde aus Bensheim, brachte die Gruppe endlich etwas in Bewegung. „Wir singen und schwingen ganz locker und leicht“ – so und ähnlich versuchte er mit dem „methodischen Ziel der Imitation“ die Anwendbarkeit der Phonorhythmik als „stimmtherapeutisches/stimmpädagogisches Übungsverfahren“ auf organische Dysphonien zu demonstrieren. Vergnügt „schwung“ die Gruppe sich anschließend zum vorzüglichen Mittagessen.

Nachmittags hatte wieder eine Medizinerin das Wort. PD Dr. Annerose *Keilmann* aus Mainz sprach über

„Stimmfunktion und Kehlkopfteilresektionen“. In rascher Folge stellte sie – unterstützt durch sehr gute Dia- und Videobeispiele – verschiedene Phonationsmechanismen vor und demonstrierte stimmliche Resultate nach verschiedenen Eingriffen.

Anschließend übernahm Edna *Altgenug*, Logopädin aus Mannheim, den zweiten Teil dieses Workshops, indem sie das Thema „Die funktionelle Reserve des Phonationsapparates nach Kehlkopfteilresektion“ bearbeitete. Zu diesem Zweck führte sie nach kurzer theoretischer Einführung gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern praktische Übungen zur „Entspannung, Haltungsverbesserung, Atmung, Resonanzenerweiterung und Federung“ durch.

Dr. Hans *Jentzsch*, Klinischer Sprechwissenschaftler aus Bad Salzung, befaßte sich in seinem Workshop mit der „Anbildung der Ösophagusstimme und anderen Ersatzfunktionen nach Laryngektomie“.

Aufgrund der erfreulichen Initiative von Frau *Altgenug* konnte Herr *Jentzsch* mit und an einem Patienten die Vorteile der Ösophagusstimme plastisch zu Gehör bringen. Der Patient war vor 17 Monaten operiert worden und verfügte über eine ausgezeichnete Sprechweise. Mit bewundernswerter Ausdauer und Geduld beantwortete er die zahlreichen Fragen aus dem Teilnehmerkreis.

Mit Hilfe dieses Patienten und durch seine fundierten Ausführungen ist es Hans *Jentzsch* einmal mehr gelungen, sich für die „natürlichste und für die Kommunikation günstigste“ Form der Ersatzstimme einzusetzen.

Der Abend stand wieder im Zeichen der Wissenschaft und der Rezitation.

Eingeläutet wurde er mit dem Vortrag „Die Stimme bei hirnganischen Erkrankungen“ von Frau Dr. Gertraud *Stelzig* aus Bad Rappenau (jetzt Bensheim).

In altbewährter Weise führte die Referentin die Zuhörerinnen und Zuhörer behutsam und wortgewandt in die Thematik ein und bezog sich in ihrem Vortrag u.a. auf die Beeinträchtigung der Prosodie der Sprechstimme bei hirnganischen Erkrankungen. Sie erwähnte die „Staccato-Monotonie, die Registerunsicherheit oder -Sperrung und den Dynamik- oder Modulationsverlust“ der Betroffenen und zeigte abschließend eine beeindruckende Videodemonstration, die die Kehlkopfbefunde kranker Sprechstimmen bei Aphasikern vorstellte. Im Vergleich dazu sah und hörte man die verschiedenen Registerübergänge einer ausgebildeten gesunden Stimme und wurde auf diese Weise noch einmal intensiv mit der Problematik konfrontiert.

Es folgte, was niemals fehlt bei den Inzigkofener Gesprächen, der Höhepunkt und somit ein weiterer Beitrag zu der Rezitationsreihe „Sprache und Sprechen in der Literatur“.

Dr. Geert *Lotzmann* aus Heidelberg, Programmgestalter, Organisator und Leiter der Tagung in einer Person, bestritt diesen Teil des Abends in blendender Form. Trotz fortgeschrittener Stunde und deutlicher Ermüdungserscheinungen bei vielen Teilnehmern gelang es Geert *Lotzmann*, die Zuhörer mit seinem subtil aufgebauten Programm sehr schnell wieder zum

Aufmerken zu bringen. Die Abschnitte Atem, Stimme, Laut, Wort, Satz – Sprache – Gespräch, Rede und Gehör wurden gefüllt mit Lyrik und Prosa von *Goethe, Rilke, Nietzsche, Bobrowski, Thomas Mann* u.a. Sowohl die Zusammenstellung des Programms als auch die exzellente Wiedergabe durch den Rezitator waren ein Ohrschmaus.

Der anstrengende Tag endete mit geselligem Beisammensein in der gemütlichen Bauernstube der Bildungsstätte, und als um 24.00 Uhr noch fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer beisammen saßen, kam es zum zweiten Höhepunkt des Tages: Mit dem Kanon „Viel Glück und viel Segen“ gratulierten die Anwesenden Geert *Lotzmann* zu seinem gerade beginnenden 70. Geburtstag. Glückwünsche, Blumensträuße und Geschenke wurden überreicht, Dank wurde ebenso ausgesprochen wie der Wunsch nach dem Fortführen der Inzigofoener Gespräche am jetzigen neuen Ort.

Der Sonntagmorgen hub an mit neuen Gratulationen, Blumen und einer durch den Schriftführer der DGSS Roland *Wagner* überreichten Torte.

Dann folgten zwei weitere Workshops: Gisela *Rohmert*, Gesangspädagogin und Direktorin des Lichtenberger Instituts für Gesang und Instrumentalspiel, sprach über ihr Modell und seine „Anwendung bei funktionalen Stimmstörungen“. Sie und ihre Mitarbeiterin stellten das Lichtenberger Modell kurz vor und wiesen auf den Zusammenhang von Stimmklang und Kehlkopffunktion hin, die sie vorwiegend durch die Rückkoppelung des Klanges als funktionale Einheit betrachten. Die Beziehung Kehlkopf – Ohr und die Klangparameter und ihre Wirkungen auf den Körper sollten bewußt gemacht werden.

Durch die charismatische Ausstrahlung der Referentin konnte man sich der Wirkung der von ihr vorgeführten kurzen Versuche nicht entziehen, die o.g. Zusammenhänge verdeutlichen helfen sollten.

Zum Abschluß der Workshops stellte Uwe *Schürmann*, Logopäde und Sprecherzieher aus Münster, „Atemrhythmisch angepaßte Phonation in der logopädischen Praxis nach *Coblener/Muhar* vor. Theoretisch und anhand kleinerer gemeinsamer Übungen befaßte er

sich vornehmlich mit der „Intention“, die er als „bedürfnisgeleitete, zweckorientierte, prozeßbestimmte, partnergerichtete Zuwendung“ versteht. Desweiteren spielt die „Stimmigkeit“ der Äußerungen von Klienten in seinem Programm eine entscheidende Rolle.

Alles in allem handelte es sich bei den 28. Inzigofoener Gesprächen in Mosbach wieder einmal mehr um eine informative im wahrsten Sinne des Wortes „wissenschaftlich-praktische“ Tagung, bei der die Praxis noch ein bißchen stärker hätte zu Wort kommen dürfen.

Wir danken Dr. Geert *Lotzmann* für sein Engagement, wünschen ihm weiterhin Erfolg und Schaffenskraft und eine Fortdauer der Inzigofoener Gespräche mindestens bis zum Jahre 2008, dem 40. Jahrestag dieser renommierten Fortbildungsreihe.

Die 29. 'Inzigofoener Gespräche' – dieses Markenzeichen wird weiter verwendet – finden vom 14.-16. März 1997 wieder in Mosbach statt. Das Vorprogramm mit dem Arbeitstitel „Gestaltetes Lesen, Erzählen und Führen von Gesprächen als therapeutisches Mittel der Wahl bei mündlichen Kommunikationsmängeln“ wird im Frühjahr 1996 bekanntgegeben. Die beiden 'Stimmtagungen' 1995 und 1996 werden in einem Sammelband veröffentlicht, der im Frühjahr 1997 im Fischer-Verlag erscheint.

Leila Greifenhahn-Kell

Vorschau

M. Grohnfeldt: Lebenslaufstudien als Grundlage einzelfallbezogenen Vorgehens.

F.M. Dannenbauer: Phonologische Störung: Alter Wein in neuen Schläuchen?

U. v. Knebel: Zur Therapierrelevanz phonologischer Analysen; Exemplarische Darstellung einer analysegeleiteten Auswahl sprachlicher Lerngegenstände.

E. Hartmann: Was leistet die Minimalpaar-Therapie bei aussprachegestörten Kindern? Eine vorläufige Bilanz.

E.E. Kobi: Zur pädagogischen Orientierung sprachheilpädagogischer Arbeit.

Das
Logopädische
Video

Logovideo®

Videounterstützte Übungen sprach-, sprech- und stimmtherapeutischer Inhalte für die sprachtherapeutische Praxis und das konzentrierte, erwachsenengemäße, attraktive und wirkungsvolle Training zu Hause

Für weitere Informationen und für Bestellungen wenden Sie sich bitte an unsere Frau Bitzinger.

VMS GmbH Im Kromsfeld 1, D - 51789 Lindlar
Tel./ Fax 02207 - 5628

**Kontakt- und Beratungsstelle
für Stotterer,
ihre Angehörigen und Freunde**

Fortbildung:

Stottertherapie mit (Vor-)Schulkindern
Dr. Claudia Iven
Dipl.-Päd. Bernd Hansen
21.09.-22.09. 1996 250.- DM

Sprachtherapie mit Klienten türkischer
Herkunft unter besonderer Berücksichti-
gung des Stotterns
Dipl.-Päd. Andrea Boos
09.11.1996 120.- DM

Supervisionsgruppe für Therapeuten, die
mit Stottern/Poltern arbeiten
Dipl.-Päd. Michael Frings
ab Oktober monatlich, 6 x 2 USTD, in Köln

Wir schicken Ihnen gern Informationen
zu diesen und weiteren Seminaren.
Kasparstr. 4, 50670 Köln
(0221/72 43 75)

Kurs „Myofunktionelle Therapie“

28./29.6.1996 **Grundkurs in TÜBINGEN**
6./7.9.96 **Grundkurs in HALLE/SAALE**
4./5.10.96 **Aufbaukurs in TÜBINGEN**
(nur für Teilnehmer des
Grundkurses)
18./19.10.96 **Grundkurs in TÜBINGEN**

Leitung u. Anmeldung:

Anita M. Kittel, Logopädin, Karlstr. 16,
72764 Reutlingen

Für meine Sprachheilpraxis suche ich drin-
gend eine(n)

**Sprachheilpädagogin/en
Logopädin/en
Sprachtherapeutin/en**

für den Raum Rostock - Stralsund als freie(n)
Mitarbeiter(in).

Bei der Wohnraumsuche werde ich ggf. be-
hilflich sein.

Chiffre SP39600

**Rehabilitationsklinik für
Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen -Stimmheilzentrum-**

Wir möchten unser Team erweitern und suchen hierfür ab Herbst 1996

Logopäden/-innen

für unser traditionsreiches Haus.

Wir arbeiten in einem Team von Ärzten/-innen, Logopäden/-innen, Stimm- und Sprachtherapeu-
ten/-innen, Psychologen/-innen, Pflegekräften, Ergo- wie Physiotherapeuten/-innen und Sozialar-
beitern/-innen im gesamten Spektrum der Erwachsenentherapie zur kommunikativen Rehabili-
tation unserer 92 stationären Patienten.

Wir erwarten: Engagement für unser psychosomatisch orientiertes rehabilitatives Konzept und
Teambereitschaft.

Für diesen interessanten und verantwortungsvollen Tätigkeitsbereich bieten wir Ihnen:

- eine angemessene Vergütung
- Sozialeleistungen wie zusätzliche Alters-
versorgung, Urlaubsgeld, etc.
- moderne Arbeitsplätze
- günstige Mitarbeiterverpflegung
- Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung

Bad Rappenau ist seit mehr als 160 Jahren als Heilbad erfolgreich. Wir sind
eines der größten Heilbäder in Baden-Württemberg und verfügen über alle
notwendigen Einrichtungen für Rehabilitation und Prävention, Urlaub und
Erholung sowie einen hohen Wohn- und Freizeitwert.

Wenn Sie gerne unser Team ergänzen möchten, dann lassen Sie uns doch
Ihre Bewerbungsunterlagen zukommen. Wir freuen uns darauf, Sie kennen-
zulernen!

Auskünfte erteilt Herr Chefarzt Dr. Dreiner, Tel. (0 72 64) 88 - 6 03.

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH, Salinenstraße 30,
74906 Bad Rappenau



Klinik Leezen

Wittgensteiner Platz, 19 067 Leezen
Telefon (0 38 66) 60-0, Telefax (0 38 66) 60-100



Klinik für Neurochirurgische und
Neurologische Rehabilitation

Im Oktober 1996 wird die Klinik Leezen, am Ufer des Schweriner Sees, in der Ortschaft Leezen, mit der Behandlung neurologisch erkrankter Menschen beginnen. Die Klinik besitzt im Rahmen der Rehabilitationsmedizin Modellcharakter und bietet 240 Behandlungsplätze. Sie gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner Kuranstalt GmbH (WKA), einem der bundesweit renommiertesten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen.

Schwerpunkt der Arbeit wird die Rehabilitation von Patienten nach Schädel-Hirn-Traumata, Insult in den verschiedenen Rückbildungsphasen und dem Zustand nach Hirnoperationen sein. Darüber hinaus werden Patienten mit Multipler Sklerose, Parkinson-Syndrom sowie anderen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und des peripheren Nervensystems behandelt.

Für den Bereich Logopädie suchen wir zum 1. Oktober 1996

Logopäden/-innen und Sprachtherapeuten/-innen

die sich mit Eigeninitiative und Kreativität am Aufbau unseres therapeutischen Angebotes beteiligen.

Haben Sie fachübergreifende Interessen und möchten Sie Ihre Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Beratung von Aphasien und Dysarthrophonien sowie angrenzenden Fachgebieten einbringen und verbessern?

Erwünscht sind Mitarbeiter/innen mit Interesse an selbständigem Arbeiten, das viel Verantwortung und Eigeninitiative verlangt. Zudem sollten Sie genügend Offenheit mitbringen, um im sprachtherapeutischen Team Erfahrungen zu sammeln und zu lernen. Berufserfahrung ist wünschenswert, jedoch keine Bedingung.

Zu den ausgezeichneten Arbeitsbedingungen der Klinik werden unter anderem eine Vergütung in Anlehnung an den BAT, umfassende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersversorgung), vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gehören. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich!

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den Verwaltungsdirektor der Klinik Leezen, Herrn Gerhard Karpf.

Eine Klinik der
Wittgensteiner

Kuranstalt GmbH

Bad Berleburg • Bad Ems • Bad Krozingen • Brandenburg • Grönenbach • Hagen • Hattingen • Horumersiel • Leezen • Pulsnitz

Supervision

1 x monatl., 3 Std. ab Sept. 96
Preis: 420,- DM (inkl MwSt)
für 6 Abende im ersten Halbjahr.

Eine formlose Anmeldung genügt:
**Annegret Hempel, Coach BIB +
Sprachheilpädagogin**
Alpenrosenstr. 4, 83233 Bernau
Tel 08051 / 89069 * Fax 08051 / 89836

Anzeigenschluß

für Heft 4/96

ist der

3. Juli 1996

Schloßberg-Klinik Wittgenstein

Neurologische Fachklinik mit Spezialabteilungen für MS- und Parkinson-Kranke

57334 Bad Laasphe

Unsere Klinik ist ein neurologisches Rehabilitationszentrum mit 237 Betten, in dem alle neurologischen Erkrankungen behandelt werden. Schwerpunkte liegen in der Rehabilitation von MS- und Parkinson-Patienten. Die Belegung erfolgt durch alle Krankenkassen und Rentenversicherungsträger im Rahmen von Krankenhaus-, Rehabilitations- und Anschlußheilbehandlungen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

LOGOPÄDIN/LOGOPÄDEN

die/der bereit ist, selbständig und engagiert in einem Team mit Psychologen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Neurologen zu kooperieren. Der Aufgabenbereich umfaßt die Behandlung aller Sprach- und Stimmstörungen bei Erkrankungen des Nervensystems.

Geboten werden eine attraktive Vergütung mit außertariflichen Zulagen, Einzelunterkunft im Hause bzw. Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung, interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten.

Bad Laasphe liegt landschaftlich reizvoll am Südrand des Rothaargebirges zwischen Siegen und Marburg. Sämtliche Schulen befinden sich am Ort.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:

Schloßberg-Klinik Wittgenstein
– Verwaltung –
Schloßstr. 40, 57334 Bad Laasphe
Telefon: (02752) 101-352/350

NEURO

rehamed

Ambulantes Rehasentrum für Neurologie
in Stuttgart sucht

Logopädin/e

Senden Sie Ihre schriftliche Bewerbung bitte an:
rehamed GmbH, z.Hd. Herrn Dr. Schleicher
Maybachstr. 42, 70469 Stuttgart

Suche

**Logopädin/Sprachtherapeutin/
Atem-, Sprech- und
Stimmelehrerin**

für den Schwerpunkt Kindertherapie

Logopädische Praxis Vinay Lovermann
Lüdinghauser Str. 144
48249 Dülmen

Tel.: 02594/94 99 79 Privat: 8 88 42

ESSEN BIETET CHANCEN

Die Stadt Essen sucht für ihre sonderpädagogische Kindertagesstätte für geistig Behinderte in Essen-Borbeck eine/einen

Logopädin/Logopäden oder Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten

In der sonderpädagogischen Tagesstätte werden in fünf Gruppen von jeweils acht Kindern insgesamt 40 Kinder mit starken Sprachentwicklungsverzögerungen betreut.

Bewerber/innen sollten möglichst über mehrjährige Berufserfahrung in der sprachtherapeutischen Arbeit mit Kindern verfügen. Erwartet wird eine selbständige konstruktive Mitarbeit im Team.

Eine Einstellung ist möglich im Rahmen einer Vollbeschäftigung; die Tätigkeit ist nach der Verg. Gr. V c/V b BAT bewertet.

Die Stadt Essen fördert die Gleichstellung von Frauen und Männern. Sie bittet deshalb besonders Frauen, sich zu bewerben. Bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung werden Frauen bevorzugt eingestellt. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe der Kennziffer 51/28 erbeten an:

Stadt Essen • Personalamt • Rathaus • 45121 Essen



Für den Sprachheilkindergarten und den Heilpädagogischen Kindergarten in **Helmstedt** suchen wir zum Termin nach Vereinbarung

**eine
Sprachtherapeutin/Logopädin bzw.
einen
Sprachtherapeuten/Logopäden.**

Es handelt sich um eine Vollzeitstätigkeit, eine Stellenteilung wäre möglich. Die Arbeitsbedingungen richten sich nach BAT/VKA



Schriftliche Bewerbungen bitte an:
**Lebenshilfe
Helmstedt- Wolfenbüttel gGmbH
Mascheroder Str. 7
38302 Wolfenbüttel
Tel.: 0 53 31/9 37-0**

Wir sind eine Einrichtung, die Hilfen für alte Menschen, Kinder, Familien und Behinderte anbietet.



Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine/n

**Logopädin/en oder
Sprachtherapeutin/en**

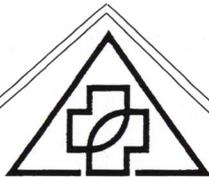
für unseren Sprachheilkindergarten in Salzgitter-Fredenber.

Wir sind eine teilstationäre Einrichtung mit 24 Plätzen und angegliederter Ambulanz. Die Arbeit in unserem interdisziplinären Team umfaßt alle Störungsbilder im Kindesalter. Es besteht die Möglichkeit, im Sprachheilkindergarten und in der Ambulanz zu arbeiten.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BAT/VKA

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an die:

Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit Braunschweig mbH
Lessingplatz 1, 38100 Braunschweig



**St. Josef
Krankenhaus GmbH
Moers**

Die Stadt Moers mit ca. 100.000 Einwohnern liegt am linken Niederrhein, etwa 15 km nördlich von Krefeld und ca. 30 km von Düsseldorf entfernt. Alle Schulen befinden sich am Ort.

Das St. Josef-Krankenhaus GmbH, Moers ist ein modern und gut eingerichtetes Krankenhaus mit insgesamt drei Betriebsstellen mit 618 Akutbetten und 115 Altenheimbetten.

Wir suchen zum 01. Juli 1996 oder später eine/n

Logopädin/en oder Sprachheilpädagogin/en für die Neurologische Abteilung

In der Abteilung werden sämtliche neurologischen Erkrankungen behandelt.

Der Schwerpunkt der sprachtherapeutischen Arbeit liegt in der Behandlung von:

- Aphasien
- Dysarthrophonien
- Schluckstörungen

sowie der Beratung und Anleitung von Angehörigen.

Wir bieten:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern
- gute Arbeitsbedingungen und Fortbildungsmöglichkeiten
- Vergütung nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an:

**St. Josef-Krankenhaus GmbH
Personalabteilung
Asberger Str. 4
47441 Moers
Tel.: 02841/107-2205**

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir

Logopäde/in

Dipl. Sprachheilpädagoge/in

in Festanstellung oder auf Honorarbasis.

Das Aufgabengebiet umfaßt in erster Linie die Diagnose und Therapie von Aphasien, Dysarthrien und Sprechapraxien. Es sollte die Bereitschaft zur Durchführung von Hausbesuchen (PKW wird gestellt) gegeben sein. Hinzu kommt die Behandlung vielfältiger Sprachstörungen im Kindesalter. Ein nettes Betriebsklima, Fortbildungen, Supervision und eine sehr gute Bezahlung sind obligatorisch. Eine kleine Wohnung, neu renoviert und in unmittelbarer Nähe der Praxis, kann kostengünstig zur Verfügung gestellt werden. Bitte rufen Sie uns einfach unter diesen Telefon-Nummern einmal an:

0471 - 34033 oder 0471 - 290779.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

**Sprachheilpraxis Susanna Wagener M.A.
Spichernstraße 1 - 27570 Bremerhaven**

**Schmid-Döpfer-Schule, priv.
Berufsfachschule für
Physiotherapie und
Ergotherapie**

sucht eine/n



Logopäden/in

Aufgabenbereiche:

- Lehrtätigkeit an beiden Berufsfachschulen
- Therapietätigkeit im angeschlossenen Reha-Zentrum
- Referent/in an unserer Fortbildungs-Akademie

Bewerbungen an:

**Schmid-Döpfer-Schule
Klosterstr. 19
92421 Schwandorf
Tel.: 09431-7260**

Wir möchten Sie als

Sprachtherapeutin

für ein ungewöhnlich vielseitiges Arbeitsfeld interessieren.

Wenn Sie

- Ihre Berufserfahrung engagiert einbringen oder erwerben möchten
- die Möglichkeit reizt, in einem großen Team von Kolleginnen (Sprachheilpädagogen und Logopäden, Motopäden und Krankengymnasten) Impulse zu geben und auch selbst offen für Anregungen sind
- fachliche Anforderungen motivieren
- den Arbeitsalltag selbst gestalten möchten und Zeiten für interne und externe Fortbildung, Vor- und Nachbereitung, Team- und Therapiebesprechungen als feste Bestandteile der Arbeitszeit schätzen
- ein Wohnumfeld am Niederrhein, mit exzellenter Anbindung an die umliegenden Großstädte interessiert (z.B. Köln: eine Stunde Fahrtzeit mit dem Auto)
- eine betreute Einarbeitungsphase, sowie eine diesem Anforderungsprofil entsprechende übertarifliche Vergütung zu Recht erwarten,

dann geben Sie uns bitte die Gelegenheit, Sie in einem persönlichen Gespräch kennenzulernen.

**Praxis für Sprachtherapie,
Volker Maihack, Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel. 0 28 41 / 9 88 98**

Landesgruppenvorsitzende der AGFAS

Bundesvorsitzender: Volker Maihack, Moers

Anschrift der Geschäftsstelle:

AGFAS, Goethestraße 16, 47441 Moers

Landesgruppen:

Baden-Württemberg: Eva-Maria von Netzer,

Tel.: 0 77 51/43 03 und 55 45

(zu den Geschäftszeiten)

Bayern: Dr. Elisabeth Wildegger-Lack

Tel.: 0 81 41/3 37 18, Fax: 0 81 41/3 37 56

(Mo u. Do 8.00-9.00 Uhr)

Berlin: Karin Grambow

Tel. u. Fax: 0 30/9 33 30 89 (Mo 15.00-18.00 Uhr)

Brandenburg: Manfred Düwert

Tel.: 0 33 03/50 11 63

Bremen: Bernd Reiske (kommissarisch)

Tel.: 04 21/6 09 94 77 (Do 20.00-21.00 Uhr)

Hamburg: Ulrike Bunzel-Hinrichsen

Tel.: 0 40/72 38 59

Hessen: Wolfgang Otto

Tel.: 06 41/7 71 91, Fax: 06 41/7 71 91

(Di u. Do 18.00-18.30 Uhr)

Mecklenburg-Vorpommern: Renske-Maria Hubert

Tel.: 0 38 21/81 44 51 (Di. 9-10 u. 14-15 Uhr)

Niedersachsen: Sabine Beckmann

Tel.: 05 11/46 34 31 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Rheinland: Michael Bülhoff

Tel.: 02 08/2 62 32, Fax: 02 08/2 76 27

(Mo, Di, Do, Fr 7.00-8.00 Uhr)

Rheinland-Pfalz: Bettina Oberlack-Werth

Tel.: 0 26 54/16 00 (Mi 18.00-21.00 Uhr)

Saarland: Marianne Jochum

Tel.: 0 68 25/21 03 (Mi 13.00-14.00)

Sachsen: Brigitte Schmidt

Tel.: 03 51/4 71 43 21 (Di 18.00-20.00 Uhr)

Sachsen-Anhalt: Regina Schleiff

Tel.: 0 39 46/70 63 35 (Fr. 11-12 Uhr)

Schleswig-Holstein: Ilona Bauer

Tel.: 0 43 47/38 93 (Mi 10.00-11.00 Uhr)

Thüringen: Karin Grambow

Tel. u. Fax: 0 30/9 33 30 89 (Mo 15.00-18.00 Uhr)

Westfalen-Lippe: Dagmar Ludwig

Tel.: 0 52 22/5 85 90 (Mi u. Do 8.00-8.30 Uhr)

Ansprechpartner für die Belange der Angestellten sind:

Birgit Appelbaum, Tel.: 0 28 41/50 29 88

(7.00-7.30 u. abends nach 21.00 Uhr)

Petra Simon, Tel.: 02 21/1 70 34 21

(7.30-8.00 Uhr u. 19.30-20.30 Uhr)

L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

#000 000662
KUNDEN-NR: 002 083 110683
KURT BIELFELD

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
44139 Dortmund

LEONBERGER RING 1
12349 BERLIN



Das **FBZ-Nord** bietet ein Forum für Kongresse und Seminare, in dem sowohl bewährte als auch neue Ansätze aus therapeutischen, medizinischen und pädagogischen Berufsfeldern vermittelt, diskutiert und verbreitet werden.

Symposien Hamburg September '96

- 14.9.-15.9.** **Myofunktionelle Therapie**
Forum Hotel „Ab wann, für wen und wie?“
Prof.Dr. Joachim Tränkmann, Hannover; Dr.med.dent. Peter Helms, Hamburg; Marion Rode, Düsseldorf; Sylvia Klein, Köln; Dr.med. Schreck, Düsseldorf.
- 21.9.-22.9.** **Stottern**
Handelskammer „Therapieansätze im Vergleich“
Prof.Dr. Edmund Westrich, Mainz; Holger Prüß, Bonn; Gudrun Kolbe, Kiel; Prof.Dr. Nitzka Katz-Bernstein, Zürich.
- 28.9.-29.9** **3. Symposium Wahrnehmung und Entwicklung**
Forum Hotel „Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter“
Prof.Dr.med. Klaus Menzel, Wilhelmshaven; Liliana Sacarin, Berlin; Dr.med. Amadeus Hartwig, Berlin; Katrin Meins, Lübeck; Jutta Ottenbreit, Lübeck; Dr.med. Manfred Otte, Datteln; Gaby Joens, Hamburg; Petra Schuster, Hamburg; Peter Hess, Süstedt-Uenzen.

Fordern Sie bitte die ausführlichen Veranstaltungsunterlagen an:

FBZ-Nord Friedhelm Melzner-Gralfs
Organisationsbüro: Tanja Kratt
Dorfstr. 52, 24635 Rickling
Tel./Fax: 0 43 28 - 72 26 85