

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik



*Nitza Katz-Bernstein, Katja Subellok, Kerstin Bahrfeck, Uwe Plenzke,
Bärbel Weid-Goldschmidt, Dortmund*
Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie

Sascha Grote, Hannover; Jörg Mußmann, Hamburg
Dialog, Kooperation, Begegnung
**Erfahrungen einer studentischen Arbeitsgemeinschaft in der
Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover**

Kerstin Bahrfeck, Dortmund; Niklas Fleischer, Dortmund
Stottern und Schule

6

2002

47. Jahrgang/Dezember 2002

ISSN 0584-9470

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs, Herausgeber)
Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen e.V. (dbs)



dgs • Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
dbS • Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack, Moers

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

dgs • Peter Arnoldy, Schillerstr. 3-7, 74072 Heilbronn,
Fax: 0 71 31 / 56 24 75

dbS • Margoth Willer, Richard-Wagner-Str. 9, 71711
Steinheim, Tel.: 0 71 44 / 2 40 58

Bayern:

dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürn-
berg, Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55

dbS • Susan Schelten-Cornish, Holzmannstr. 14, 85276
Pfaffenhofen, Tel.: 0 84 41 / 35 45

Berlin:

dgs • Thomas Gieseke, Schönwalder Allee 62, 13587
Berlin, Tel.: 0 30 / 3 75 59 57

dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

Brandenburg:

dgs • Michaela Dallmaier, Ringweg 3, 03099 Kolkwitz-
Limberg, Tel.: 03 56 04 / 4 17 77

dbS • Dr. Eva Seemann, Großstr. 8, 14929 Treuenbriet-
zen, Tel.: 03 37 48 / 7 00 00

Bremen:

dgs • Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Platjenwerbe, Tel.: 04 21 / 63 18 59

dbS • Christian Boeck, Riesstr. 37, 27721 Ritterhude,
Tel.: 0 42 92 / 45 50

Hamburg:

dgs • Brigitte Schulz, Meiendorfer Mühlenweg 32, 22393
Hamburg, Tel.: 0 40 / 60 01 25 33

dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

Hessen:

dgs • Friedrich Schlicker, Tielter Str. 16, 64521 Groß
Gerau, Tel.: 0 61 52 / 95 03 60

dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

Mecklenburg-Vorpommern:

dgs • Dirk Panzner, Steffenshäger Str. 4b, 18209 Redde-
lich, Tel.: 03 81 / 4 00 83 50

dbS • Barbara Stoll, Doberaner Str. 6, 18055 Rostock
Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

Niedersachsen:

dgs • Manfred Backs, Lange-Hop-Str. 57,
30559 Hannover, Tel.: 05 11 / 52 86 90

dbS • Sabine Beckmann, Peperfeld 60, 30457 Hannover,
Tel.: 05 11 / 46 34 31

Rheinland:

dgs • Dr. Reiner Bahr, Rethelstr. 157, 40237 Düsseldorf,
Tel./Fax: 02 11 / 68 55 74

dbS • Petra Simon, Geriatriisches KH Elbroich,
Am Falder 6, 40589 Düsseldorf,
Tel.: 02 11 / 7 56 02 41

Rheinland-Pfalz:

dgs • Klaus Isenbruck, Am Buchbrunnen 14, 55743 Idar-
Oberstein, Tel.: 0 67 84 / 13 34

dbS • Heike-Dagmar Heymann, Rheinhessenring 106a,
55597 Wöllstein, Tel.: 0 67 03 / 30 38 44

Saarland:

dgs • Frank Kuphal, Albertstr. 18, 66265 Heusweiler,
Tel.: 0 68 06 / 1 34 76

dbS • Heike-Dagmar Heymann, Rheinhessenring 106a,
55597 Wöllstein, Tel.: 0 67 03 / 30 38 44

Sachsen:

dgs • Antje Leisner, Rethelstraße 7c, 01139 Dresden,
Tel./Fax: 03 51 / 8 48 29 86

dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

Sachsen-Anhalt:

dgs • Regina Schleiff, Pölkenstraße 7, 06484 Quedlin-
burg, Tel.: 0 39 46 / 70 63 35

dbS • Beate Weber, Bernburger Str. 21, 06108 Halle,
Tel.: 03 45 / 5 32 39 11

Schleswig-Holstein:

dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,
24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28

dbS • Florian Schütte, Hasseldieksdammer Weg 23,
24114 Kiel, Tel.: 0 43 21 / 48 88 85

Thüringen:

dgs • Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26, 98617 Uten-
dorf, Tel.: 0 36 93 / 47 90 12

dbS • Karin Grambow, Mauritius-Kirch Str. 3, 10365 Ber-
lin, Tel.: 0 30 / 5 54 16 42

Westfalen-Lippe:

dgs • Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden,
Tel.: 0 25 64 / 25 60

dbS • Iris Knittel, Elberfelderstr. 68, 58095 Hagen,
Tel.: 0 23 31 / 2 11 15

Geschäftsstellen:

dgs

Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 0 30 / 6 61 60 04
Telefax: 0 30 / 6 61 60 24 oder 6 01 01 77 (Schule Bielfeld)
dgs-Homepage: www.dgs-ev.de
Email-Adresse: info@dgs-ev.de

dbS

Goethestr. 16, 47441 Moers
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14
Adresse für Mitgliederverwaltung:
dbS-Homepage: www.dbs-ev.de
Email-Adresse: info@dbs-ev.de

Die Sprachheilarbeit

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:

verlag modernes lernen borgmann publishing GmbH & Co. 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. 4/2000. Anzeigenleiter: Gudrun Nucaro, Jasmin Borgmann.
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/9 12 85 68
Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

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

Redaktion

Dr. Uwe Förster, Schieferberg 8, 31840 Hess. Oldendorf,
Telefon: (0 51 52) 29 50, Telefax: (0 51 52) 52 87 74
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau,
Telefon: (0851) 9 34 63 61
Telefax: (0851) 9 66 69 74

Mitteilungen der Redaktion

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik bedeutsam sind. Die Veröffentlichungen sollen dem Informationsstand und -bedarf der Leser angemessen sein. Praxisbeiträge sind ebenso relevant wie theoretische Abhandlungen. Für beide gilt, dass sie in ihrer Bearbeitung aktuell bzw. originell, methodisch überzeugend, sprachlich prägnant und klar gegliedert sein müssen. Gemäß dem üblichen Standard wird für die Diskussion von Ergebnissen und Schlussfolgerungen die Berücksichtigung der relevanten Autoren bzw. Arbeiten erwartet. Die wissenschaftlichen Qualitätsstandards gelten nicht für kurze Mitteilungen aus der Praxis, die unter der Rubrik Echo oder im Magazinteil der Zeitschrift veröffentlicht werden. 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.

Beirat

Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf
Theo Borbonus, Essen
Dr. phil. Friedrich M. Dannenbauer, München
Dr. paed. Barbara Giel, Köln
Giselher Gollwitz, Bad Abbach
PD Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Heidelberg
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover
Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

Erscheinungsweise

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

Bezugsbedingungen

Jahresabonnement € 40,00 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 Post AG 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.

Inhalt

6

2002

Uwe Hempel, Dresden

P.I.S.A. – Wie schief steht der Turm
eigentlich? _____ **246**

Nitza Katz-Bernstein, Katja Subellok,
Kerstin Bahrfeck, Uwe Plenzke, Bärbel
Weid-Goldschmidt, Dortmund

Die Dimension der doppelten
Kommunikation in der Sprachtherapie _____ **247**

Sascha Grote, Hannover;
Jörg Mußmann, Hamburg

Dialog, Kooperation, Begegnung –
Erfahrungen einer studentischen
Arbeitsgemeinschaft in der Aphasiker-
Selbsthilfegruppe Hannover _____ **257**

Kerstin Bahrfeck, Dortmund;
Niklas Fleischer, Dortmund

Stottern und Schule
Enttabuisierung des Stotterns und Transfer
von Sprechtechniken in den schulischen
Alltag.
Ein gemeinsamer Therapiebericht von einer
Sprachtherapeutin und ihrem 13-jährigen
Patienten _____ **267**

Aktuelles: M. Grohnfeldt: Ein Blick hinter die Kulissen der
Sprachheilpädagogik _____ **274**

dgs – Mitteilungen _____ **278**

dbs – Beruf und Politik im Verband _____ **283**

Termine _____ **286**

Vorschau _____ **286**

47. Jahrgang/Dezember 2002

dgs/dbs

ISSN 0584-9470



Uwe Hempel, Dresden

P.I.S.A. – Wie schief steht der Turm eigentlich?

Wumms, das hat gegessen! Die deutschen Schüler hängen am Ende der Bildungsstange. Konnte man ganze Gefolgschaften von Propheten im eigenen Haus noch überhören, so muss man jetzt, gewissermaßen von außen, zur Kenntnis nehmen, dass es doch nicht mehr so weit her ist mit unserer Bildung ...

Und schon höre ich sie aufeinander losgehen, die Propagandisten der großen Lager: „Schule muss endlich wieder Schule sein! Schließlich zählt im Leben auch nur Leistung! Schluss mit der ‘Weichei-Pädagogik!’“, werden die einen schreien. Die anderen, von der Lautstärke dieser ermutigt, brüllen zurück: „Unsere Kinder müssen sich endlich frei entfalten können. Man muss sie nur lassen, dann kommt alles wie von selbst. Weg mit dem Leistungsdruck!“

Und die „Ultras“ der beiden Lager verbinden dann auch noch bestimmte Unterrichtsmethoden mit ihren Philosophien und sprechen, wie sollte es anders sein, den jeweils anderen jedwede Kompetenz – und wenn schon nicht ganz so krass – dann doch zumindest jedwede Zeitgemäßheit ab. All das aber bringt uns genau so weit, wie die täglichen Talkshows im Fernsehen – nämlich: nicht ein Stückchen vom Fleck.

Eigentlich hätte man sie abwenden können, die Schiefelage des Turmes von Pisa. Wenn der Baugrund richtig berechnet oder die Lageveränderung rechtzeitig erkannt und deshalb sofort Stabilisierungsmaßnahmen eingeleitet worden wären. So richtig eingegriffen aber hat man erst, als der Turm kurz vor dem Umfallen war. Nun steht er, schief zwar, aber er steht.

Der schief stehende Turm von Pisa bleibt also ein Touristenmagnet. Und seine Schiefelage wird weiterhin bewundert werden können.

Wer aber, liebe Leser, bewundert schief liegende Bildung?

Sicher wäre es falsch, jetzt in puren Aktionismus zu verfallen, noch dazu, bevor differenziert ausgewertet wurde, aber es wäre genau so falsch, so zu tun, als wäre nichts geschehen.

Wo aber sollen wir nun ansetzen? Gibt es noch Chancen?

Ich denke: ja!

Wir müssen ein Erziehungs- und Bildungssystem schaffen, das allen jungen Menschen, unabhängig von deren Herkunft und Umfeld, unabhängig von den mitgebrachten Voraussetzungen, unabhängig von der Zuständigkeit einzelner Ministerien, Möglichkeiten eröffnet, welches ihnen eine *auf ihre Person zugeschnittene*, allseitige und vor allem über bestimmte Zeiträume und Zuständigkeiten hinweg *abgesprochene Förderung und Forderung* zuteil werden lässt. „Empfehlungen“ der Kultusministerkonferenz sind in der Regel gut überlegt, reichen aber nicht aus, zumal, wenn es uns nicht gelingt, endlich bürokratische Hürden zu überwinden und ministeriumsübergreifend wirksam zu werden.

Wir müssen eine Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen Kindern, Eltern, Erziehern, Lehrern, Schule, Kindergarten, Wirtschaft, Kultur und „Ämtern“ aufbauen.

Schule kann und muss hier als Initiator auftreten.

Wir müssen Kindergarten und Grundschule und ggf. auch Eltern soweit befähigen, dass das Erkennen von Lern-, Leistungs- und/oder Erziehungsproblemen rechtzeitig möglich wird, so rechtzeitig, dass den betroffenen Kindern möglichst wenig Zeit verloren geht, bis eine entsprechende Förderung einsetzt. In diesem Zusammen-

hang muss auch über die Wirksamkeit von kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen zum Entwicklungsstand von Kindern vor und während der Schulzeit gesprochen werden.

Wir müssen Früherkennung und Frühförderung endlich wieder dort ansetzen, wo sie hingehören – nämlich früh.

Und schließlich – und das umfasst das bereits Besagte – muss sich unsere Gesellschaft endlich wieder bewusst werden, welchen Stellenwert Elternhaus und Schule hier einnehmen dürfen und einnehmen müssen.

Einseitige Schuldzuweisungen sind hier genau so fehl am Platz, wie beschwichtigende Verharmlosung.

Insgesamt, glaube ich, dass wir allgemein viel zu wenig über Schule sprechen. Zwar kommen fachliche Einzelheiten zur Sprache, jedoch erfährt das System Schule viel zu wenig Beachtung.

„Die Sprachheilarbeit“ macht da bislang keine Ausnahme. Schulische Themen werden auch hier viel zu selten diskutiert.

Warum eigentlich?

Der Turm steht schief, passt auf, dass er nicht kippt!

Mit ermunternden Grüßen

Ihr

(Uwe Hempel ist Rektor der Sprachheilschule Dresden und Referent für Sprachheilschulen in der dgs-Landesgruppe Sachsen)



Nitza Katz-Bernstein, Katja Subellok, Kerstin Bahrfeck, Uwe Plenzke, Bärbel Weid-Goldschmidt, Dortmund

Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie

Gregor Dupuis zum 60. Geburtstag

Das Spannendste an der Kommunikation ist die Aufregung der Unterstellung, der Intentionen und Deutungen, die hin und her gesendet und empfangen werden: Das, was unterschwellig kommuniziert wird, wenn auf der Oberfläche ein „einfacher“ Informationsaustausch oder sogar nur ein nonverbaler Blickdialog stattfindet. Es gleicht einem ko-kreativen und kontingenten Tanz, der den Zweck hat, Grenzen auszutesten und auszuhandeln.

„Wie siehst du mich? Was verstehst du, was ich von dir will? Hast du mich und meine geheimen Wünsche, Sehnsüchte, Befürchtungen, Aversionen dir/anderen gegenüber durchschaut? Wenn ich jedoch durch deinen Blick merken sollte, dass du mir nicht wohlgesonnen bist, habe ich durch das Gesagte wirklich noch die Möglichkeit, so zu tun, als ob ich nichts desgleichen gesagt habe, du mich ganz falsch verstanden hast? Und wenn du ahnst, was ich wirklich denke, wirst du mich unmöglich finden?“ So oder ähnlich könnte der unterschwellige Dialog eines kommunikativen Akts aussehen.

Die Forschungsfrage, die daraus resultiert, lautet: Wie lässt sich diese Tiefendimension der Kommunikation, die die Interaktion lenkt und ihr Struktur und Richtung gibt, erfassen? Wie lässt sie sich für die Therapie erschließen?

(Katz-Bernstein 1999)

0. Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird auf eine qualitative Dimension der Kommunikation hingewiesen, die durch gängige, hierarchisch-zielorientierte, systematische Kommunikationsmodelle nur unzulänglich erfasst ist. Es werden aus sprachtherapeutischer Sicht relevante Aspekte vorgetragen, die für den Einbezug einer intuitiv-qualitativen dynamischen Dimension der kommunikativen Verhaltensregulation plädieren. Aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, aus der kommunikationstheoretischen und linguistischen sowie aus der aktuellen psychotherapeutischen Forschung werden neue Fragestellungen und wegweisende Richtungen aufgezeigt, die unseres Erachtens Relevanz für die sprachtherapeutische Arbeit haben. Beispiele aus der logopädischen Praxis veranschaulichen die Umsetzung dieser Dimension im therapeutischen Setting und Vorgehen.

1. Einleitung: Sprach- oder Kommunikationstherapie – ist das noch eine Frage?

Drei ernst zu nehmende Positionen der Sprachentwicklungsforschung gilt es heute zu beachten: die Nativistische

Hypothese (Chomsky, Lenneberg, Mac Neill), die Kognitionshypothese (Piaget, Slobin, Grimm, Szagun) und die Soziale Konstitutionshypothese (Bruner, Snow, Vygotsky). Die Erkenntnisse der Theorien und der empirischen Studien der vergangenen dreißig Jahre berücksichtigen letztere als eine wesentliche Dimension. Die Merkmale der Sozialen Konstitutionshypothese sind u.a.:

- interaktive (überindividuelle) Strukturen als Format der Sprachentwicklung,
- interaktive Orientierung als genetische Voraussetzung,
- Gewichtung der Erfahrung,
- „kollektiv-dialogisches“ Lernen im sozialen Umfeld (vgl. auch Quasthoff 2001).

Für die Betrachtung der Entwicklung sprachlicher und kommunikativer Kompetenzen wie auch für die von Sprachstörungen kann auf die aktuelle „biopsychosoziale“ Position verwiesen werden. Diese basiert auf unterschiedlichen Erkenntnissen, wie z.B.:

„Bio“-Theorien:

- biologische, phylogenetisch-neurophysiologische Erkenntnisse zur Entstehung der Kommunikation („Neuroethologie“ – von Helversen/Scherer 1988) und der Sprache (Niemitz 1987; Roth 1995)

- neurobiologische Natur der Organisation von Kognitionen in Verbindung mit Affekten (Damasio 2000)
- Theorien, die das Bewusstsein als eine Zusammenarbeit von Gehirnstrukturen, Informationsverarbeitung und subjektiver Intentionalität verstehen (Gadenne 1996).

„Psycho“-Theorien:

- Bindungsgenese (Brazelton/Cramer 1991): Die Eltern bieten durch intuitives Verhalten im vorsprachlichen Stadium einen „biologischen Spiegel“, der als Vorläufer der Sprachentwicklung dient (vgl. auch Papoušek/Papoušek 1977; Papoušek 1994)
- Repräsentation von interaktiven, affektiven Beziehungsmustern als Grundlage für die Konstruktion „Narrativer Hüllen“, die zum „verbalen Selbst“ führen (Stern 1995)
- Erzählfähigkeit und Erinnern als sich entwickelnde kognitive Kompetenzen (Nelson 1993).

„Soziale“-Theorien:

- „nicht nicht kommunizieren können“ als Argument für den sozialen Ursprung des menschlichen Bewusstseins (Watzlawick et al. 1967)
- interaktiver Erwerb der Erzählfähigkeit als soziale Konstitution (Snow 1977; Hausendorf/Quasthoff 1996)
- dialogische Funktion der Kommunikation als konstituierender Faktor für den Aufbau und die Regulation langfristiger Beziehungen, sprich Gruppenbildung (von Helversen/Scherer 1988).

So gesehen sind die Zuwendung zur und der Einbezug der kommunikativ-interaktiven Kompetenz für das Fach der Sprachheilpädagogik/Logopädie unerlässlich (vgl. auch Motsch 1994; Bahr/Lüdtke 2000). Auch stellt sich den Professionellen die eingangs angeführte Frage nach „Sprach- oder Kommunikationstherapie?“, die Motsch (1989) verdienstvollerweise in die Therapiediskussion einbrachte, schon lange nicht mehr (vgl. auch Grohnfeldt 2002, 22f.). Formale und strukturelle Aspekte

der Sprachkompetenz wie phonetisch-phonologische, syntaktisch-morphologische und semantisch-lexikalische Aspekte werden durch pragmatisch-kommunikative Kompetenzen ergänzt: „Kommunikative Kompetenz könnte... als die Fähigkeit verstanden werden, verbale Äußerungen nicht nur linguistisch richtig zu verstehen und zu produzieren, sondern diese Äußerungen dem räumlichen situativen und persönlichen Kontext, mit dem sie verbunden sind, *angemessen* (Herv. d. Verf.) zu interpretieren und anzuwenden“ (Motsch 1989, 74).

In diesem Beitrag wollen wir, das Lehrteam der Universität Dortmund, uns mit einer zusätzlichen Dimension der nonverbalen, körpersprachlichen Kommunikation befassen. Es handelt sich um Muster der Beziehungsgestaltung, die über Kategorien von körpersprachlichen Funktionen hinaus die Interaktionen lenken, strukturieren und bewerten. Es handelt sich um eine Ebene einer angenommenen emotionalen Verhaltensregulierung. In einer komplexen Umwelt ermöglicht sie auf eine rasche „intuitive“ Art, Informationen so zu verarbeiten, dass schnelle Handlungsentscheidungen ohne komplizierte rationale Erwägungen gewährleistet sind (Gehm 1991, 3). Ein solcher Ansatz tastet sich in eine Dimension vor, die sich in der therapeutischen Praxis immer wieder zeigt. Er ist wissenschaftlich erst in Anfängen erfasst und in der Verbindung zwischen Kognitions- und Emotionsforschung (Simon 1979; Frijda 1986; Gehm 1991) sowie in der Erforschung der Künstlichen Intelligenz (Dreyfus/Dreyfus 1989) angesiedelt. Dabei droht den Ansätzen in diesen Bereichen immer wieder, in die „esoterische“ Ecke gedrängt zu werden und sich dadurch der Wissenschaftlichkeit zu entziehen (Gehm 1991, 11). Der Stand unterschiedlicher Forschungen erlaubt es jedoch nicht mehr, diese Dimension aus der Kommunikationsforschung auszuschließen.

In diesem Beitrag werden Argumente aus der Sicht der Sprachheilpädagogik/Logopädie zur Suche nach geeigneten Modellen der emotionalen Verhaltens-

regulation vorgetragen und Phänomene aus der Praxis der (Sprach-)Therapie und Supervision beschrieben. Die Fallbeispiele haben wir aus unserer eigenen vielseitigen Arbeit im Sprachtherapeutischen Ambulatorium (Dupuis et al. 1997) gewählt, da wir seit dessen Bestehen an der Universität Dortmund (Fakultät Rehabilitationswissenschaften) in Lehre, Forschung, Supervision und Praxis dieser emotionalkognitiven Dimension eine besondere Aufmerksamkeit schenken. Wir beobachten, dass die kommunikative Beziehungsgestaltung, für die Beteiligten des therapeutischen Settings oftmals unbewusst, den Kern der therapeutischen Interventionen und des kommunikativen Verhaltens bildet. Sie ist prägend für Motivation und (Miss-)Erfolg in der Therapie.

2. Kommunikation?!

„Nein, es ist überhaupt nicht klar, was Kommunikation ist oder was eigentlich passiert, wenn wenigstens zwei kommunizieren, sonst würden gängige Kommunikationstheorien nicht so stark divergieren.“

(Wägenbaur 2000, o. S.)

Das „dornige“ Problem der Kommunikationsforschung liegt für MacKay (1972) in der Unmöglichkeit, rezeptive Vorgänge und Intentionen sicher zu beobachten, was für eine Definition von Kommunikation allerdings unerlässlich sei (zit. nach von Helversen/Scherer 1988, 611). Nichtsdestotrotz existiert eine Fülle verschiedener mehrfach aufgegriffener und sich ergänzender Theorien und Modelle der menschlichen Kommunikation (und ihrer Störungen) aus diversen Fachgebieten (z.B. Physiologie, Biokybernetik, Kommunikationswissenschaft und -psychologie, Wahrnehmungs- und Informationspsychologie, Phonetik), mithilfe derer das Phänomen beschrieben wird (Dupuis 2000). In der Regel wird dabei der Kommunikationsprozess zwischen Sender und Empfänger in Übersichts- oder Kommunikationsmodellen dargestellt, deren einzelne Glieder durch innere und äußere Rückmelde-mechanismen gesteuerte und

kontrollierte Kommunikationsketten bilden (Meyer-Eppler 1959).

Solche Kommunikationsmodelle beinhalten wie alle statischen Darstellungen dynamischer Prozesse naturgemäß einige Vereinfachungen. Eine Unterscheidung zwischen Sender und Empfänger gilt nur für den Sprechakt selbst durch aufeinander abgestimmtes Sprechen und Zuhören; ansonsten wird auf allen anderen Kommunikationskanälen simultan gesendet und empfangen. Das Feedback für den Sender wird in der Regel schon über die Körpersprache ausgedrückt, bevor die gesamte (sprachliche) Botschaft übermittelt wurde. Es gibt also ein synchrones gegenseitiges Feedback zwischen Sender und Empfänger, und gleichzeitig reflektieren beide beim Sprechen darauf und/oder sie antizipieren es. Hinzu kommt, dass der Schlussfolgerungsprozess der „Akteure“ meistens vom eigenen affektiven Zustand abhängig ist, der sich in der Schnelle der Interaktion der kognitiven Reflexion entzieht.

Doch kommen wir zunächst zum Ausgangspunkt zurück: Wenn allgemein konstatiert werden kann, dass Kommunikation aufgrund ihrer Komplexität und der Unmöglichkeit, sie sicher beobachten zu können, nicht eindeutig definiert und beschrieben werden kann, so wird diese Feststellung in besonderem Maße von einem Fach bestätigt, das sich mit der Therapie von Sprachstörungen befasst. Selbst Scherers (1977, 228) Vorschlag einer pragmatischen Definition: „Kommunikation liegt dann vor, wenn der Sender so lange Signale aussendet, bis ein ... Rückmeldungssignal empfangen wird“, ist für unser Arbeitsgebiet nur begrenzt gültig. Zu denken ist an Menschen, bei denen sich Kommunikation unter erschwerten und schwersten Bedingungen gestaltet. Bei Menschen mit fehlender, ob verlorener oder nicht erworbener Sprachkompetenz, sind oft besondere „Sende-strategien“ nötig: Solche, die durch eine Therapeutin, einen Empfang unterstellend, über verschiedene Kanäle und längere Zeitspannen gesendet werden, ohne dass sie weiß, wann, inwieweit und in welchem Maße

ein Empfang möglich ist und eine (lineare) Reaktion zurückkommt. Es ist zu vermuten, dass die Zuversicht der Therapeutin, durch eine gesteigerte Bemühung um einen kognitiv-emotionalen Einklang („Attunement“) mit ihrem anvertrauten Kind/Kommunikationspartner auch eine Antwort zu bekommen, in diesen Fällen für das schließliche Gelingen kommunikativer Handlungen ausschlaggebend ist. Dabei handelt es sich kaum um eine beobachtbare kommunikative Geste, sondern um eine gesendete emotionale Qualität, die vom Gegenüber emotional erfasst wird.

Hier halten wir zunächst zusammenfassend fest (vgl. von Helversen/Scherer 1988, 624f.):

In einem interaktiven Kommunikationsgeschehen

- stehen Sender und Empfänger in unmittelbarem Kontakt,
- wird über eine gewisse Zeitspanne eine Ko-Orientierung gebildet,
- wird eine synchrone Verhaltensweise beobachtet, die auf unabhängige Verhaltensabfolgen hindeutet,
- werden unterschiedliche sensorische Kanäle als Mittel zur Kommunikation genutzt.

Mit diesen Kennzeichnungen wird die Oberfläche von Kommunikation unseres Erachtens hinreichend umschrieben. Ebenso hinreichend lassen sich Funktionen der Kommunikation allgemeiner Natur aufzeigen:

- Ankündigung sozialer Identität, Begrüßung
- Ausdruck und Erkundung der Befindlichkeit
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf sich, auf etwas Drittes
- Beeinflussung des Verhaltens des Gegenübers
- Aufforderung, bestimmte Verhaltensweisen zu zeigen oder zu unterlassen
- Wissensvermittlung
- Regulation von Beziehungen
- (Selbst-)Darstellung
- Suche nach Bestätigung (vgl. von Helversen/Scherer 1988, 624f.; Homburg 1994; Dornes 2000).

Die menschliche Sprache als „Multi-kanalssystem“ wird durch verschiedene nonverbale Ausdrucksweisen begleitet: Zu- und Abwendung, Regulierung von Distanz und Nähe, Gestik, Mimik, Blickverhalten, Tonfall, Prosodie, Stimmhöhe, Sprechpausen und -geschwindigkeit, all dies sind Bedeutungsträger, die über jegliche Möglichkeiten der Akzentuierung und Nuancierung der lautsprachlichen Inhalte hinausgehen. Insbesondere werden darüber die die Beziehungsgestaltung der Kommunikationspartner bestimmenden Gefühle, Einstellungen und Wünsche transportiert, auch wenn diese nicht direkt sprachlich zum Ausdruck kommen.

Krause (1988, 78f.), der lange Jahre Interaktionen von stotternden und flüchtig sprechenden Erwachsenen und ihr nonverbales Verhalten erforschte (1981), unterscheidet (in Anlehnung an Ekman/Friesen 1969) folgende Arten des körpersprachlichen Ausdrucks:

- *Embleme*: Hiermit sind alle Verhaltensweisen gemeint, die aus verschiedenen Gründen anstelle von verbalsprachlichen Äußerungen benutzt werden, wie z. B. „Vogel zeigen“.
- *Illustratoren*: Dazu werden die Bewegungsgestalten gezählt, die – in der Regel unbewusst – zeitlich parallel das Gesagte unterstützen oder affektiv untermalen.
- *Regulatoren*: Hierzu zählen alle Verhaltensweisen, die das Kommunikationsgeschehen steuern, wie z.B. Signalisierung des Hörer-Sprecher-Wechsels.
- *Adaptoren*: Dies sind ziellos erscheinende Bewegungsgestalten, die als Rudimente von Selbstpflegeaktionen interpretiert werden können, z. B. sich durch die Haare streichen.

Diese aus der Beobachtung des Kommunikationsprozesses gewonnenen Kategorien können helfen, das Ausdrucksverhalten auch im Falle von Kommunikationsstörungen oder -behinderungen zu diagnostizieren, zu strukturieren und ggf. gezielt für die Verständigung nutzbar zu machen. Al-

lerdings bilden sie nicht die Komplexität von Kommunikation ab. Das Interessante an Krauses Modell (1988) ist sein Verweis darauf, dass die beschriebenen nonverbalen Kommunikationsformen auf einer überzuordnenden Dimension basieren, die der kommunikativen Affektregulation dient.

Gehm (1991, 112f.), gestützt auf Frida (1986) und Simon (1979), geht noch weiter. In seinem Modell beschreibt er die emotionale Verhaltensregulierung als einen Kernprozess, der sich einer formalen Regelstruktur entzieht. Er meint, dass es „nicht der gliedernde Intellekt, sondern das vereinfachende Gefühl zu sein scheint, das zunächst zum adäquaten Umgang mit der Komplexität einer kaum überschaubaren Welt befähigt“ (ebd. 114). Es ist leicht vorstellbar, dass der nonverbale Körperausdruck eine Verbindung der emotionalen und rationalen Dimension der Kommunikation darstellt.

3. Die doppelte Dimension der Kommunikation

„Wahrscheinlich gibt es mindestens zwei verschiedene Weisen der Regulation emotionaler Zustände, die über den Umweg des Objekts verlaufen: eine unmittelbare, implizite, nicht bewußte und eine mittelbare, eher bewußte.“

(Dornes 2000, 198)

Während der primären Interaktionen mit dem Säugling ist bereits von Geburt an ein Phänomen zu beobachten, das bislang noch wenig beachtet wurde. Bisher wurde angenommen, dass das symbolische Verständnis, und damit auch Zweideutigkeit und Humor, erst ab dem zweiten Lebensjahr vorhanden sein kann. Dabei wurde eine „Als-Ob-Ebene“ übersehen, die ab dem ersten Tag von der Mutter etabliert wird. Sie „warnt“ das Kind, unterstellt ihm Intentionen und übertriebene, unrealistische Erwartungen. Sie tut es aber auf eine besondere Weise; sie markiert solche „Als-Ob-Aussagen“ mit einem besonderen Tonfall, „schauspieler“ sie auf eine markante doppeldeutige Weise – sozusagen mit einem

Augenzwinkern: „Waaa? Schon wieder nass? Kleiner Gauner!!!“ Ab dem fünften Monat scheint das Kind adäquat darauf zu reagieren: es lächelt, zeigt jedoch durch gleichzeitiges, aufgeregtes Zappeln oder durch eine besondere Art des Gurrens, dass es auch das „gefährliche“, spannungsvolle Moment der mütterlichen Aussage verstanden hat. So werden in rücksichtsvoller Weise, entlang der Frustrationsgrenzen des Kindes, Verhaltensregeln eingeführt und ausgehandelt (vgl. Dornes 2000).

In den allerersten Interaktionen mit dem Kind wird so eine Metaebene für die Kommunikation geschaffen, ein Konsens einer Doppeldeutigkeit hergestellt, über die man nicht spricht, die jedoch mit kommuniziert wird. Zu der einen Realität, über die gesprochen wird, gesellt sich eine andere Realität, die die eine wiederum relativiert. Sie dient ganz besonders dann, wenn es um „gefährliche“ Grenzen geht; beispielsweise bei „Warnungen“ gegenüber Personen, deren Liebe und Zuneigung man nicht verlieren will, die man empathisch schonen will, die man behutsam mit Unannehmlichkeiten konfrontieren will, mit deren Frustrationsgrenzen gespielt wird. Das Symbolverständnis, das Piaget (1969) zwischen dem 18. und 24. Monat ansiedelt, hat demnach einen körpersprachlichen, interaktiverworbenen Vorläufer, der nicht immer analog zu dem Gesagten ist. Dieser Prozess ist hoch-emotional besetzt. Um die Doppeldeutigkeit der Kommunikation zu verstehen, bedarf es offenbar keiner komplexen kognitiven Entscheidungs- und Erwägungskompetenzen. Wenn später Menschen miteinander kommunizieren, so nutzen sie, in einem gemeinsamen Konsens, diese doppelte Realität auf eine ganz selbstverständliche „intuitive“ Art zur subtilen sozialisierten Regulierung ihrer Beziehungen. Diese sind jedoch seit den unsymmetrischen Interaktionen der Säuglingszeit bedeutend vielfältiger geworden. Auch liegen hier die Wurzeln des Humors.

Das komplexer gewordene Symbolspiel des Kindes, die Fähigkeit zur

Rollenübernahme und die ständig in der Kommunikation mit unterschiedlichen Personen ausgehandelten Grenzen ermöglichen dem Kind, eigene Bewertungen von Situationen vorzunehmen, die von der Bewertung und Intention des Anderen auch abweichen dürfen. Das „Autobiographische Gedächtnis“ (Nelson 1993) entsteht – das kontinuierliche Wissen darüber, wer man ist. Das Kind wird jetzt mehr und mehr fähig, vorgespielte und doppeldeutige kommunikative Strategien einzusetzen, um Interaktionen zu eigenen Gunsten zu beeinflussen. Dies erfolgt, noch lange bevor es das nötige kognitive Erfassungsvermögen zur Reflexion und noch lange bevor es artikulatorisch, semantisch, lexikalisch und syntaktisch-morphologisch die verbalen Strukturen zur lautsprachlichen Reinszenierung von Ereignissen erworben hat (Zollinger 1995, Katz-Bernstein 1990).

4. Beziehungsgestaltung und Reinszenierung als eine therapeutische, metakommunikative Ebene

„Wenn du wissen willst, was das Kind/dein Gegenüber wirklich will, schau hin, was es/er (mit dir) tut.“

(„Supervisorische Weisheit“,
Quelle unbekannt)

Aktuelle psychodynamische Ansätze beschäftigen sich mit den Phänomenen der „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ im therapeutischen Prozess auf zwei verschiedene Arten: die sozialkonstruktivistische und die narrativistische Art.

Beim sozialkonstruktivistischen Zugang spielt die Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung zum Therapeuten eine besondere Rolle. Der Therapeut ist dabei nicht wie im klassischen Sinn eine leere Projektionsfläche, auf die die „Übertragungsneurose“ projiziert und die bewusst gemacht wird. Es handelt sich vielmehr um die aktuelle Determination der Beziehungsgestaltung während des therapeutischen Pro-

zesses, die ein „Amalgam aus Vergangenheit und Gegenwart“ darstellt (Gill 1972, 232). Durch dieses Geschehen werden in der Therapie negative, „maligne“ Anteile der Kommunikationsgestaltung für eine konstruktive, „benigne“ Veränderung (Hoffman 1991) zugänglich. Die therapeutischen Interventionen führen von einem Phänomen, das der kognitiven Steuerung a priori nicht zugänglich ist, zu einem kognitiv erfass- und steuerbaren Vorgang.

Der narrativistische Zugang besagt, dass der Akt des therapeutischen Erzählens über die Vergangenheit ein wesentlicher Bestandteil des Erkenntnisprozesses sei. Das Erzählen bildet eine logisch aufgebaute Struktur mit stringenter Regeln, die auf ein aktuelles Muster einer affektiven Organisation, Evaluation und Deutung von Ereignissen hinweist (Rossi 1987, 15; vgl. auch Dornes 2000, 153f.). Die Weiterentwicklung, Modifizierung und Umgestaltung der erzählten Ereignisse und Interaktionen, die in der Therapie möglich werden, beeinflussen und reorganisieren die Lebensgestaltung des Patienten. Sie können sozialen Interaktionen neue Deutung, Bewertung und Sinn geben und sie dadurch verändern, und zwar auch dann, wenn sie auf der metaphorisch-emotionalen Ebene bleiben, ohne kognitiv bewusst erschlossen worden zu sein (Erickson 1999; Farreley/Brandsma 1986; Peseschkian 1982).

Die Natur der menschlichen Wahrnehmung, Ereignisse in bekannte Bedeutungsmuster zu generalisieren, führt oft zu negativen oder positiven Projektionen, Unterstellungen, Vorurteilen und Missverständnissen, die für die Gestaltung von sozialen Beziehungen bestimmend sind. Körpersprachlicher Ausdruck prägt und gestaltet solche Beziehungsmuster. Die körpersprachlichen Einzelfunktionen (s. o. Embleme, Illustratoren, Regulatoren, Adaptoren, Krause 1988) gruppieren sich um die Intention, die sich in ähnlichen kommunikativen Kontexten wiederholt und die die Interaktionsmuster sichtbar und zum Teil vorhersehbar werden lässt.

Körpersprache besteht demzufolge nicht nur aus vereinzelt zu beobachtenden, segmentierten, additiven Teilfunktionen, wie sie oben als Ordnungskriterien nonverbaler Kommunikation angeführt sind. Diese dienen vielmehr der Qualität einer Mitteilungsentention, werden als Mittel zum Zweck eingesetzt.

Psychotherapeutische Forschungsfragen bei Erwachsenen, die über sich zu erzählen vermögen und denen zur therapeutischen Beziehungsgestaltung ein bedeutender Freiraum zur Verfügung steht, lauten weniger: „Welcher kategorisierten Funktion dienen die einzelnen körpersprachlichen Signale?“, sondern es muss heißen:

„Welchen aktuellen Mustern der Beziehungsgestaltung dienen die körpersprachlichen Signale? Was intendiert ihr Einbezug? Welche Deutung des kommunikativen Akts wird gespiegelt und inszeniert? Welche Hindernisse entstehen durch diese individuellen Konstruktionen der Realität?“

Für Menschen mit kommunikativen Beeinträchtigungen erhalten diese Fragen noch eine wesentlich andere Dimension. Zu denken ist nur an Aphasiker, Menschen mit unzureichender oder fehlender Lautsprachfähigkeit oder auch stotternde Menschen. Hier kann gefragt werden:

„Welche Konstruktion ihrer Realität teilen sie uns nonverbal mit? Was sind ihre 'geheimen' Therapiebotschaften an uns? Nehmen wir sie wahr? Können wir sie deuten? Wie beantworten wir sie?“

Bei manchen sprachgestörten Kindern vermuten wir Defizite in der Bewertung von Interaktionen. Die Vermutung von kognitiven Verstehensprozessen mit der affektiven Regulation, die durch die Etablierung einer doppelten Dimension der Kommunikation eine Symbolisierung erfährt, ist oft mangelhaft entwickelt. Das Gegenüber kann von diesen Kindern nicht kommunikativ als Referenz benutzt werden, um Begebenheiten zu verstehen, sie zu erproben und zu bewerten. Daher steht der Aufbau der primären, kommunika-

tiven und symbolischen Kompetenzen je nach Alter und Kapazität als grundsätzliche therapeutische Meta-Dimension im Vordergrund (Katz-Bernstein 1997). Therapeutische Fragestellungen können sein:

Welche Kommunikations- und Verhaltensmuster entwickeln Kinder;

- *die die primären Kommunikations- und Interaktionsregeln nicht oder nur verändert aufbauen können? (z.B. „nichtsprechende“ Kinder)*
- *deren symbolische Kompetenzen es nicht erlauben, eigene Intentionen und Wertvorstellungen von denen anderer zu unterscheiden? (z. B. Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen)*
- *die keine „Geschichten“ über ihre eigene Identität „erzählen“ können? (z. B. Kinder mit Wahrnehmungsproblemen, Störungen der Handlungs- oder Affektorganisation, stotternde oder polternde Kinder).*

Die „dornige Forschungsfrage“ von MacKay (1972, zit. nach von Helversen/Scherer 1988, 611), wonach die Erschwerung der Kommunikationsforschung aus der Unmöglichkeit bestehende, rezeptive Vorgänge und Intentionen sicher zu beobachten, kann hier wieder aufgegriffen werden. Wie können diese maßgeblich nonverbal vermittelten Kommunikations- und Verhaltensmuster dann für die Therapie erschlossen werden?

Die Richtung weist auf ein Kommunikationsmodell, dessen Ausgangspunkt die emotional-kognitiven Vorgänge sind, die den Part der Therapeutin während der Interaktion beschreiben. Es wird angenommen, dass eigene Körperempfindungen, Emotionen, Vorstellungen, Bilder und Metaphern in enger Verbindung mit der emotionalen Interaktion mit dem Kind/Patienten stehen. Daraus erwächst unsere zentrale diagnostisch und therapeutisch relevante Schlussfolgerung:

Durch die Beobachtung und das bewusste Erfassen der eigenen, wiederkehrenden „Gegenübertragungsmuster“, d. h. der Gefühle, Bilder

und Impulse, die in der Kommunikation mit dem Kind/Patienten immer wieder auftauchen, werden auch diejenigen des Gegenübers beobachtbar, interpretierbar, therapeutisch zugänglich und damit veränderbar.

Hierfür ein Beispiel:

Ein Kind wirft wiederholt am Ende der Stunde noch ganz viele Gegenstände durcheinander. Es schafft immer wieder, dass die Stunde zu spät aufhört und dass sich die Therapeutin auch darüber ärgert. Dieses Kind gestaltet ein spezifisches, erwartbares, non-verbales Interaktionsmuster, welches immer die gleichen Impulse und Gefühle bei mir erzeugt. Was durch Selbstreflexion, Supervision, objektivierende Gruppenbeobachtungen oder nachgestellte Kommunikationskonstellationen (Techniken der Gestalttherapie oder des Psychodramas) beobachtet werden kann, gibt einzelnen körpersprachlichen Signalen einen übergeordneten Sinn mit hoher therapeutischer Relevanz. Die kommunikative Aussage des Kindes könnte heißen: „Ich ärgere mich, weil ich nicht gehen möchte. Deshalb mache ich alles, um das Ende der Stunde hinaus zu zögern.“ Ohne diese Aussage verstanden zu haben, könnte die Therapeutin über ihre Verärgerung sprechen und es bitten, aufzuhören. Sie könnte das Kind daran hindern, Unordnung zu machen und Regeln aufstellen. Hat sie aber die kommunikative Aussage als „Liebeserklärung“ für die Therapie gedeutet, so könnte sie auf ganz andere Lösungen kommen, z. B. zunächst auf die Botschaft eingehen und je nach Reaktion überprüfen, ob die Deutung auch zutreffend war: „Ich sehe, du würdest vielleicht so gerne hier bleiben, so sehr, dass du sogar bereit wärst, mit mir diese Unordnung aufzuräumen? Vielleicht könnten wir uns einen schönen Schluss überlegen, so dass du und ich uns auf das nächste Mal freuen können.“ Das kommunizierte Muster hat sich durch die verbale Deutung und die alternative Haltung geändert. Manche lösungsorientierten Richtungen würden ähnlich verfahren, verzichten jedoch auf die Deutung der Intention und auf die Benennung der metakommunikativen Botschaft.

5. Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie – Praxisbeispiele

5.1 Die therapeutische „Kunst der Unterstellung“

In der Supervision stellt eine Sprachtherapeutin ein Kind mit einem postapallischen Syndrom vor. Der völlig gesunde dreijährige Junge hatte einen Hirntumor entwickelt. Nach der operativen Entfernung des Tumors blieb ein apallisches Syndrom. Der Junge könne, so meinte die Therapeutin zu wissen, mehr verstehen als zunächst gemeint worden ist. Sie meint zu beobachten, dass er auf seinen Namen und „beleidigt“ auf die Wegnahme eines Spielzeug durch die gesunde kleine Schwester reagiere. Wie könne sie jedoch wissen, dass dies keine Täuschung ist, dass es sich wirklich um emotionale, vielleicht sogar absichtsvolle und nicht reflektorische Reaktionen handelt? So lautet die erste supervisorische Frage. Die Zweite lautet: Wie könne sie der sehr verzweifelten Mutter die Beobachtungen mitteilen, ohne in ihr unrealistische Erwartungen zu wecken?

An dieser Stelle könnten die Supervisorinnen zu kognitiv-kategoriellen Mitteln greifen, indem sie die Supervisorin auffordern, sich eine distanzierende Position einer Beobachterin zu verschaffen und feinere diagnostische Vorgehensweisen einzusetzen. Zum Beispiel könnten klare Beschreibungskriterien für ein beobachtetes Verhalten aufgestellt und überprüft werden, in welchen Kontexten es auftritt bzw. nicht auftritt, um die eigenen Hypothesen abzuschern. Den Supervisorinnen scheint jedoch, dass diese bereits ausgeschöpft worden sind. Sie wählen deshalb einen anderen Weg. Die Sprache wird auf die Funktion der „Unterstellung“ seitens der Bezugspersonen beim Spracherwerb gelenkt. Die Supervisorin wird daran erinnert, dass eine Mutter, die ihrem Säugling ein völlig unrealistisches Sprachverständnis unterstellt, ständig seine Reaktionen erkundet, oft ohne genau zu wis-

sen, was erfasst worden ist. Sie erträgt intuitiv über lange Zeit ein Unwissen über den Grad der Rezeption und des Sprachverständnisses des Kindes, gibt trotzdem ihre „unterstellenden“ Bemühungen nicht auf. Sie ermöglicht dem Kind dadurch, allmählich die Sprache und das Kontextverständnis zu erlangen, und zwar entlang der Grenzen seiner Kapazität, die sie immer wieder erkundet. Sie beeinflusst durch die Aufrechterhaltung ihrer Erwartung die Lernintentionen des Kindes und gibt ihnen eine Richtung.

Wenn die Therapeutin und die Mutter des apallischen Kindes derart verfahren, auch ohne zunächst eine Gewissheit zu haben, so ist dies vermutlich der richtige Weg. Nur die ständige Deutung der Reaktionen kann allmählich Aufschluss über die kommunikativen Grenzen des Kindes vermitteln. Wenn die Mutter dieses erfährt, so fällt es ihr vielleicht leichter, mit ihren größten Befürchtungen auch umzugehen, die wechselhaft mit berechtigten und unrealistischen Erwartungen als ein natürlicher Teil eines Trauer- und Abfindungsprozesses erlebt werden.

5.2 Die Relativität des ersten Eindrucks

Die 12-jährige Anna wird uns vorgestellt. Es geht darum, dass die Mutter sich eine fachkundige Befürwortung der Kostenübernahme für eine teure elektronische Kommunikationshilfe wünscht. Anna ist sehr stark entwicklungsbeeinträchtigt und kann nicht sprechen. Was wir vor diesem Erstkontakt nicht wussten, war, dass Anna auch nicht gefragt werden kann, um mit einer Ja- oder Nein-Antwort mitzuteilen, was sie haben oder tun möchte. Rein verbal gestellte Fragen versteht sie nicht. Mit unseren Versuchen, über die Lautsprache Hinweise und Fragen zu vermitteln, laufen wir also ins Leere. Und doch erkennen wir an Annas Handlungen, an ihrer Mimik, an ihrem Lachen, was sie versteht und was sie möchte. Das, was wir ihr sagen wollen, zeigen wir ihr. Kommunikation gelingt also. Das gegenseitige Verstehen trotz fehlender rezeptiver und expressiver linguistischer Kompetenz gelingt über körpersprachlichen Aus-

tausch. Aber was sich auf einer tieferen Ebene vollzieht, ist noch viel entscheidender. Annas fröhliches Lachen steckt uns an. Gegenseitige Sympathie entsteht. Wir wissen zwar, es wird nicht leicht sein, Anna mit der Welt der Sprache vertrauter zu machen. Aber Anna kann sich so leicht freuen, dass klar ist: Die Therapie mit Anna wird auch uns Spaß machen, und wir werden Wege finden, auf denen wir weiterkommen können! (Kloe et al. 2001)

Eine ganz andere Seite beim Sprechen mit sogenannten „Nichtsprechenden“ erleben wir bei Martin, einem jungen Erwachsenen. Aufgrund schwerster cerebraler Bewegungsstörungen sitzt er angeschnallt in seinem Rollstuhl. Seine Hände gehorchen ihm nicht. Den Mund willkürlich zu schließen, gelingt ihm kaum. Feine mimische Abstufungen sind ihm nicht möglich. Wenn er seine Stimme hören lässt, z.B. weil er etwas witzig findet oder weil er auf sich aufmerksam machen möchte, kann er auch diesen Klang nicht regulieren. Worte kann er nicht artikulieren. Instinktiv erweckt ein solcher Eindruck von großer Hilfsbedürftigkeit den Anschein, als sei damit auch geistige Hilflosigkeit verbunden. Elementare Formen nonverbalen Verhaltens sind hochgradig verändert und können zu entscheidenden Fehldeutungen führen (vgl. Braun 1996). Martins wacher Blick widerspricht dem allgemeinen Eindruck. Und wenn er mit seinem Talker sagt, was er zu sagen hat, wissen wir, dass wir bei Menschen wie ihm dem ersten Eindruck gegenüber äußerst misstrauisch sein müssen. Martin selbst hat es so formuliert: „Manchmal sprechen Menschen mit mir, als ob ich noch ein kleines Kind bin. Vielleicht denken sie, weil ich nicht sprechen kann, dass ich sie auch nicht verstehen kann. Aber das ist nicht so. Ich kann alles verstehen“ (zit. in Dröge et al. 2001, 54). Mit seinen Augen, mit allen seinen Möglichkeiten vermittelt er uns immer wieder: „Ich will ernst genommen werden. Ich nehme euch auch ernst.“ Unsere Aufgabe als Sprachtherapeuten ist es, uns der irritierenden intuitiv mächtigen Wirkungen abweichenden Kommunikations-

verhaltens bewusst zu werden, Alternativen zur Lautsprache zu vermitteln, mit denen „Nichtsprechende“ dem ersten oberflächlichen Eindruck im wahrsten Sinne „widersprechen“ können und ihnen auf der tieferen Dimension zu zeigen, dass es auch für uns bedeutsam ist, zu hören, was sie mitzuteilen haben (vgl. Kientop et al. 2000).

Die Tatsache, dass „nichtsprechende“ Menschen mit schweren Beeinträchtigungen den nonverbalen Ausdruck nicht so fein abstufen können wie Menschen ohne solche Behinderungen, hat auch einen positiven Aspekt: Sie können sich nicht verstellen und anderen dadurch bewusst oder unbewusst etwas mitteilen, was sie eigentlich anders meinen. Die sprachliche Formulierung ihrer Mitteilungen auf alternative Art ist mühsam, aber die Tiefendimension ihrer Botschaften ist eindeutiger und klarer; anders, als es im „Vorwort“ von N. Katz-Bernstein (s. o.) beschrieben wird.

5.3 „Lasst mich – fangt mich!“

Wenn Gino den therapeutischen Spielablauf einfach verlässt – nur so? – oder weggeht, weil er eine kleine konkrete Aufgabe nicht erfüllen will/kann, reagiert er kaum auf Ansprechen, sagt „Nee!“ oder „Ata Opa!“ (alter Opa) als Schimpfwort.

Gino, ein sehr mobiler neunjähriger Junge mit Down Syndrom, verfügt über ein gutes situativ konkretes und bekannte Kontexte betreffendes Sprachverständnis und erhält, da er für die aktive Kommunikation keine ausreichende Lautsprache besitzt, Förderung im Bereich der Unterstützten Kommunikation.

Trotz gut durchdachter Methoden und beeindruckender Interaktionsideen zu Themen wie Gespensterspiel, Spielen auf Instrumenten, Arztspiel oder Fahren mit der Bahn ist immer wieder während und kurz vor Ende einer Spielsequenz zu beobachten, dass Gino nicht mehr mitmacht, im Therapieraum umhergeht oder sich in einer Ecke versteckt. Die auslösenden Faktoren sind sehr verschieden oder kaum konkret

zuzuordnen. Manchmal grinst Gino verschmitzt, wenn er sich wegdreht und losgeht. Er will sich nicht mit aufmunternden guten und mit „ultimativ ernst“ Worten dazu bewegen lassen, doch weiter zu spielen – „Lasst mich!“ Wenn die Therapeutin zu ihm geht, rennt er weg, und aus der erhofften Klärung wird ein Fangspiel mit Lachen und Juchzen – „Fangt mich!“ Manchmal hat sich Gino dann einen anderen Gegenstand gegriffen (der auch mal weggeworfen wird) – um abzulenken. Häufig lässt er sich, nach dem Einfangen, mühsam für die alte Aufgabe wieder gewinnen.

Viele Fragen ergaben sich immer wieder in den Reflexionen: Warum reagiert Gino mit Weggehen? Ist er mit der Spielsequenz überfordert oder hat er sie nicht mehr ausgehalten? Schämt er sich, weil er sich für das „Weggehen“ entschieden hat? Sollen die Therapeutinnen konsequent reagieren oder im lachenden Miteinander nachgeben? Welche sinnvollen Lösungen könnte es geben?

Genauere Beobachtungen von Ginos Mimik, Gestik und Prosodie (vokalisch zustimmende und ablehnende Äußerungen) lassen einige Verhaltensursachen und Zusammenhänge vermuten: Gino ist viel kompetenter im Verständnis von Interaktions- und Spielzusammenhängen als früher. Sein Abhängigkeitsgrad in der Kommunikation ist geringer geworden, das Bedürfnis zum „Gespräch“ umfangreicher. Entscheidend ist, dass er die Symbolebene im Spiel nur sequentiell aufrecht erhalten kann. Somit können Überforderungssituationen eintreten. Sein Weggehen, als „normale“ selbstregulierende Reaktion, muss deshalb einen legitimen Rahmen bekommen und in einer sinnvollen Lösung aufgehen.

Wenn Gino den Spielverlauf verlässt, soll es keine Vermischung von einerseits konsequenter Erwartung an ihn, wieder mitzumachen, und lustiger Fangspiel-Auflösung geben. Sein Verhalten wird statt dessen im Sinne einer Spielpause gedeutet, die für alle Beteiligten nach anstrengender „Arbeit“ erforderlich ist: „Wenn du dich genug

ausgeruht hast, läutest du die Glocke, und dann spielen wir weiter.“ Oder sein Weggehen kann kommentiert werden: „Gino holt bestimmt etwas für das ... (neue oder weitere Spiel). Wir sind gespannt, was er uns bringt!“ Für die weiteren Therapien ist es außerdem wichtig, seine nonverbalen, körperlichen und stimmlich prosodischen Signale sensibler wahrzunehmen und diese als Hinweise oder Vorschläge für den Spielverlauf noch stärker zu berücksichtigen.

„Lasst mich – fangt mich!“ heißt Ginos ambivalente Botschaft an uns: Er geht weg, weil er den Spannungszustand des Spieles nicht „halten“ kann – ein sinnvolles selbstregulatives Verhalten. Gleichzeitig sucht er die Kommunikation mit uns. Er möchte wieder dabei sein, mitmachen, das Spiel mitbestimmen und deshalb gefangen werden.

5.4 „Könnten Sie vielleicht mein Stottern wegmachen?“

Der 17-jährige Victor kam in das Sprachtherapeutische Ambulatorium, um erstmals in seinem Leben etwas „gegen das Stottern“ zu unternehmen. Das Stottern störte ihn vor allem in der Schule, da seine mangelnde mündliche Mitarbeit bei der Benotung ins Gewicht fiel. Auch im Privatleben vermied er soziale Situationen weitgehend und sprach nur dann, wenn es unbedingt erforderlich war.

Es zeigte sich, dass Victor eine tonische Stottersymptomatik aufwies. Während des freien Sprechens zeigte er ein ausgeprägtes sprachliches Vermeidverhalten. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Victor ursprünglich aus der Ukraine stammte und erst seit zwei Jahren Deutsch lernte, kostete ihn die ständige Suche nach alternativen Worten und Formulierungen sehr viel Kraft. Victor sprach insgesamt sehr schnell, leise, verwaschen und monoton; seine Mimik und Gestik waren ausdrucksarm. Damit war er ein klassisches Beispiel für die Theorie von Krause (1981), der Stottern als Affektvermeidungs- bzw. Affektkontrollverhalten interpretiert. Victor versuchte

sozusagen, das Sprechen „möglichst schnell und unauffällig hinter sich zu bringen“ und dabei seine verbalen und non-verbalen Aktivitäten gering zu halten, um nicht eine mögliche Unterbrechung im Redefluss zu riskieren.

Im Folgenden möchten wir darauf eingehen, welche Sichtweisen über seine Person und sein Umfeld Victor uns mitteilte, welche therapeutischen Botschaften er an uns sendete und wie wir diese beantwortet haben. Diese Kommunikation zwischen Victor und seinen Therapeutinnen fand natürlich teilweise in Form von Gesprächen statt; die unterschwelligeren, therapierelevanten Botschaften wurden jedoch durch non-verbale Signale übermittelt.

„Könnten Sie vielleicht mein Stottern wegmachen?“

„Das kannst nur du selbst. Wir zeigen dir hier lediglich Möglichkeiten, die du nutzen kannst.“

Victor kam jede Woche pünktlich zu uns, setzte sich in den Therapieraum, wartete ab, welche Übungen wir ihm „auftragen“ würden und arbeitete kritiklos mit. Einerseits war das Vertrauen in die beiden Therapeutinnen, das sich Einlassen auf ihre Vorschläge zu Beginn der Therapie verständlich und gut, andererseits sahen wir es als unerlässlich, ihm selbst Verantwortung zu übertragen. Wir forderten Victor auf, die Wirkung verschiedener Techniken und Übungen auf sein Sprechen und sein Wohlbefinden genauer zu überprüfen und differenzierter zu bewerten. Erst allmählich begann Victor, kritischer mit uns und mit sich selbst umzugehen. Mit der Zeit ersetzte er sein „Egal“ auf verschiedene Vorschläge durch kleine Entscheidungen zu dem, woran wir arbeiten könnten.

„Ich habe eigentlich nicht viel zu erzählen. Ich bin nicht besonders interessant.“

„Wir vertrauen fest darauf, dass du doch etwas Interessantes zu erzählen hast.“

Im Laufe der Therapie wurde Victor deutlich, dass seine Sprech-Devise „möglichst schnell und unauffällig“ sein Stottern nur verstärkte. Eine Reduktion des Sprechtempos und eine le-

bendigere Sprechweise brachten ihn sofort in den Fluss. Jedoch fiel es Victor sehr schwer, genau diese Lebendigkeit in sein Sprechen zu integrieren, da er überzeugt war, er habe nicht viel Interessantes zu erzählen. Es kostete viel Kraft, sich nicht von dieser Haltung „anstecken“ zu lassen und ihn darin zu bestätigen, sondern ihm stetig das Vertrauen entgegenzubringen, dass er doch mehr mitzuteilen habe, als er meinte. An dieser Stelle waren einige Übungen wertvoll:

- *Sport-Kommentator*: Victor sollte ein Fußballspiel möglichst ausdrucksstark kommentieren. Als „Trockenübung“ war ihm dies zunächst nicht gut möglich. Erst als die beiden Therapeutinnen ein Spiel inszenierten und er sich vorstellen sollte, auf die eine Mannschaft 100 Euro gewettet zu haben, veränderte sich sein Ausdruck.
- *Vertreter*: Jeder von uns sollte sich ein Produkt (z. B. Uhr) ausdenken, das er seinem Gegenüber jeweils so anpreisen sollte, dass dieser es kaufen würde.
- *Bilderbücher vorlesen*: Victor sollte sich vorstellen, ein Bilderbuch einem kleinen Kind vorzulesen. Es war ihm erst dann möglich, sich auf die Übung einzulassen, als wir die Handpuppe Lucy hinzunahmen, die jedes Mal quengelte oder einschlief, wenn er zu langweilig las bzw. aufgeregt und freudig war, wenn er angemessen betonte und Blickkontakt hielt.
- *„Kosakenzipfel“*: Den Höhepunkt der Ausdrucksübungen bildete die Darstellung einiger Stücke von Loriot, an dem Victor viel Freude gewonnen hatte. Der „Kosakenzipfel“ wurde mit Victor und verschiedenen Studierenden in den einzelnen Rollen geprobt und vorgeführt. Das Video hat Victor so gut gefallen, dass er sogar einwilligte, es seiner Mutter zu zeigen, die ihren Sohn kaum wiedererkannte.

Bei allen Übungen war es wichtig, innere Intentionen durch Geschichten zu schaffen, damit Victor stimmlich, mimisch und gestisch authentisch sein

konnte. Weiterhin war es unerlässlich, dass die Therapeutinnen an allen Übungen teilnahmen, damit sie Rückmeldungen auf Victor's Ausdruck geben und somit dialogische Interventionen stattfinden konnten.

Victor hat sich durch die Therapie nicht zu einer offenen und ausdrucksstarken Persönlichkeit entwickelt, aber er hat mit der Zeit Lust bei den Übungen empfunden, Humor entwickelt und gespürt, dass er mehr ausdrücken kann als er dachte. Er hat, unterstützt durch In-Vivo-Übungen, Ängste vor dem „Sich-Mitteilen“ abgebaut und traut sich mit seinem inzwischen auch viel flüssigeren Sprechen in viele soziale Situationen, die er vorher vermieden hatte.

6. Schluss

Es ist offensichtlich, dass noch viele Fragen und Lücken in der Erforschung der beschriebenen kommunikativen Dimension existieren. Wir wollen uns dieser anspruchsvollen wissenschaftlichen Aufgabe – in aller Bescheidenheit – nicht entziehen. Es ist uns bewusst, dass wir uns damit im Überschneidungsfeld unterschiedlicher Fachdisziplinen bewegen. Die daraus resultierende Abgrenzungsproblematik wäre andernorts zu diskutieren. Für unser Team ist die Beschäftigung mit der doppelten Dimension der Kommunikation jedenfalls zu einer alltäglich-pragmatischen, gewinnbringenden Qualität geworden, da wir uns mit der Oberfläche kommunikativer Abläufe nicht mehr begnügen können. Dies gilt gleichermaßen für den Umgang im therapeutischen Kontext, wie auch für die Regulierung der Arbeitsbeziehungen im Team.

Literatur

- Bahr, R., Lüdtke, U. (2000): Pädagogik: Vergangenes und Gegenwärtiges. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (79-115). Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, U. (1996): Besonderheiten der Gesprächssituation beim Einsatz Unterstützter Kommunikation. Geistige Behinderung 35 (134-142).
- Brazelton, B., Cramer, B. (1991): Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Damasio, A. R. (2000): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List.
- Dornes, M. (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Geist und Psyche. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dreyfus, H. L., Dreyfus, S. E. (1989): Was Computer nicht können. Die Grenzen künstlicher Intelligenz. Frankfurt am Main: Athenäum. Original: Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer. (1986).
- Dröge, B., Fucks, S., Kientop, K., Weid-Goldschmidt, B., Wilken-Timm, K., Wimmer, B., Wolf, M. (Hrsg.) (2001): Ich fühle mich wie dieser Fluss – Porträts „nichtsprechender“ Menschen. Oberhausen: Athena.
- Dupuis, G., Katz-Bernstein, N., Subellok, K. (1997): Das sprachtherapeutische Ambulatorium der Universität Dortmund als Verbindung zwischen Forschung, Lehre und Praxis. Die Sprachheilarbeit 42 (116-127).
- Dupuis, G. (2000): Sprache und Sprechen. In: Borchert, J. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (674-689). Göttingen: Hogrefe.
- Erickson, M. H. (1999): Hypnotherapie. München: Pfeiffer.
- Farreley, F., Brandsma, J. N. (1986): Provokative Therapie. Berlin: Springer.
- Frijda, N. H. (1986): The Emotions. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gadanne, V. (1996) (Hrsg.): Rationalität und Kritik. Tübingen: Mohr.
- Gehm, T. (1991): Emotionale Verhaltensregulation. Ein Versuch über eine einfache Form der Informationsverarbeitung in einer komplexen Umwelt. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gill, M. (1972): Die Übertragungsanalyse. Theorie und Technik. Frankfurt am Main: Fischer.
- Grohnfeldt, M. (2002): Diagnostik, Prävention und Evaluation in der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation (17-28). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hausendorf, H., Quasthoff, U. M. (1996): Sprachentwicklung und Interaktion. Eine linguistische Studie zum Erwerb der Diskursfähigkeit. Opladen: Westdt. Verlag.
- von Helversen, P., Scherer, K. (1988): Nonverbale Kommunikation. In: Immanuelmann, K. (Hrsg.): Psychobiologie. Grundlagen des Verhaltens (609-647). Stuttgart: Fischer.
- Hoffman, I. (1991): Discussion: Toward social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogues 1 (74-105).
- Homburg, G. (1994): Sprache und Kommunikation aus sprachheilpädagogischer Sicht: Dimensionen der Sprachtherapie. In: Frühwirth, I., Meixner, F. (Hrsg.): Sprache und Kommunikation (13-30). Wien: Jugend & Volk.
- Katz-Bernstein, N. (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination – „komplexes katartisches Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 2 (883-931). Paderborn: Junfermann.
- Katz-Bernstein, N. (1997): Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflußgestörten Kindern. Ein sprachtherapeutisches Übungskonzept. Luzern: Verlag der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- Katz-Bernstein, N. (1999): Unveröffentlichtes Manuskript. Aus dem Vortrag an der Tagung für Früherziehung am Heilpädagogischen Seminar Zürich.
- Kientop, K., Weid-Goldschmidt, B., Dupuis, G. (2000): Augmentative and Alternative Communication (AAC) als eine Aufgabe der Sprachtherapie. In: ISAAC (Hrsg.): Unterstützte Kommunikation mit nicht sprechenden Menschen (118-131). Karlsruhe: von Loeper.
- Kloe, M., Schönbach, K., Weid-Goldschmidt, B. (2001): Wenn ich dich doch fragen könnte, ob du Cola trinken möchtest! – Kommunikationstherapie für Menschen, die noch kein vollständiges JA-NEIN-Konzept entwickelt haben. In: Boenisch, J., Bünk, Ch. (Hrsg.): Forschung und Praxis der Unterstützten Kommunikation (223-237). Karlsruhe: von Loeper.

- Krause, R. (1981): Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1988): Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der „frühen“ Störungen. *Psychotherapie und medizinische Psychologie* 38 (77-86).
- Meyer-Eppler, W. (1959): Grundlagen und Anwendungen der Informationstheorie. Berlin: Springer.
- Motsch, H.-J. (1989): Sprach- oder Kommunikationstherapie? In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1 (73-95). Berlin: Marhold.
- Motsch, H.-J. (1994): Erwerbsstörungen kommunikativer Fähigkeiten und Kommunikationstherapie. In: Frühwirth, I., Meixner F. (Hrsg.): Sprache und Kommunikation (41-48). Wien: Jugend & Volk.
- Nelson, K. (1993): Ereignisse, Narrationen, Gedächtnis. Was entwickelt sich? In: Petzold, H. (Hrsg.): Frühe Schäden – späte Folgen? Psychotherapie und Säuglingsforschung. Bd. 1 (195-234). Paderborn: Junfermann.
- Niemitz, C. (1987): Die Stammesgeschichte des menschlichen Gehirns und der menschlichen Sprache. In: Niemitz, C. (Hrsg.): Erbe und Umwelt. Zur Natur von Anlage und Selbstbestimmung der Menschen (95-118). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Papoušek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1977): Mothering and the cognitive head-start: Psychological considerations. In: Schaffer, H.R. (Ed.): Studies in mother-infant-interaction (63-85). New York: Academic press.
- Peseschkian, N. (1982): Positive Familientherapie. Eine Behandlungsmethode der Zukunft. Frankfurt am Main: Fischer.
- Piaget, J. (1969): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Stuttgart: Klett.
- Quasthoff, U. M. (2001): Vorlesungsskript. Katz-Bernstein, N., Quasthoff, U. M., Normale und gestörte Erzählfähigkeit (Vorlesung). Universität Dortmund.
- Rossi, T. (1987): Einleitung. In: Rossi, P. (Hrsg.): Theorie der modernen Geschichtsschreibung (7-24). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, G. (1995): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Scherer, K. R. (1977): Kommunikation. In: Herrmann, Th., Hofstätter, P. R., Huber, H. P., Weinert, F. E. (Hrsg.): Handbuch psychologischer Grundbegriffe (228-239). München.
- Simon, H. A. (1979): Models of thought. New Haven: Yale University Press.
- Snow, C. E. (1977): The development of conversation between mothers and babies. *Journal of Child Language* 4 (1-22).
- Stern, D. N. (1995): Die Repräsentation von Beziehungsmustern. Entwicklungspsychologische Betrachtungen. In: Petzold, H. (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Säuglingsforschung. Bd. 2 (193-218). Paderborn: Junfermann.
- Wägenbaur, T. (2000): Was wissen wir eigentlich von der Kommunikation(-stheorie)? Paraplui. Elektronische Zeitschrift für Kulturen, Künste, Literaten, Nr. 9. <http://paraplui.de/archiv/kommunikation/theorie>.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber.
- Zollinger, B. (1995): Die Entdeckung der Sprache. Bern: Haupt.

Anschrift der Verfasserinnen und des Verfassers:

Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein nitza.katz@uni-dortmund.de
Dr. Katja Subellok katja.subellok@uni-dortmund.de
Dipl.-Päd. Kerstin Bahrfeck kerstin.bahrfeck@uni-dortmund.de
Dipl.-Lehrer Uwe Plenzke uwe.plenzke@uni-dortmund.de
SoLin Bärbel Weid-Goldschmidt baerbel.weid-goldschmidt@web.de
Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund



Sascha Grote, Hannover; Jörg Mußmann, Hamburg

Dialog, Kooperation, Begegnung –

Erfahrungen einer studentischen Arbeitsgemeinschaft in der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover

Sehr verehrte Leserinnen und Leser, der folgende Artikel wurde von zwei jungen Kollegen verfasst. Die Redaktion der Sprachheilarbeit begrüßt es, dass sowohl sie, als auch Studierende sich mit einem Fachartikel zu Wort melden und innovative Ideen, engagierte Projektarbeiten oder Forschungsergebnisse vorstellen. Strenge wissenschaftstheoretische und methodische Kriterien müssen bei diesen Veröffentlichungen nicht in jedem Fall im Vordergrund stehen.

1. Einleitung

Die Erfahrung als sogenannter Normalsprecher immer wieder – sprachliche – Defizite aufzudecken, ja sie sogar zu provozieren, konnte nicht ohne Wirkung bleiben. Zu sehen, wie ein erwachsener Mensch den ihm so vertrauten Gegenstand *Besen* oder *Kühlschrank* nicht benennen bzw. einfache Aufträge nicht mehr ausführen konnte, erzeugte zunächst Betroffenheit“ (Förster 1989, 2).

Diese einleitenden Worte können aufzeigen, was auch für viele andere stellvertretend bei ersten (und zahlreichen folgenden) Begegnungen mit Aphasikern im Vordergrund stand.

Nicht allein die umschriebene Sprachstörung, bzw. die von einer sogenannten Sprachnorm als abweichend beobachtbaren Mitteilungsformen, waren von entscheidender Bedeutung für den Ersteindruck, sondern die Erfahrung der Begegnung mit einer Person, die unter den Bedingungen einer erworbenen zentralen Schädigung soziale Situationen meistern muss, obwohl sie ein Leben lang andere Voraussetzungen gewohnt gewesen war.

Diese o.g. Betroffenheit darf zwar nicht verlorengehen, um der aphasischen Person nicht gleichgültig in der therapeutischen Situation gegenüberzustehen, es müssen dabei aber Formen „methodisch kontrollierten Verstehens“ (Jantzen 1996, 28) entwickelt werden, welche über die Ebene des Alltagswissens hinausgehen und dem professionell Tätigen die Möglichkeit eröffnen, „in der Nähe Distanz zu halten, aber ebenso in der Distanz Nähe“ (Jantzen 1999, 36). Eine zusätzliche Belastung des Anderen durch stete Versicherung von Betroffenheit bis hin zum Mitleid durch den Therapeuten kann sich problematisch auf die therapeutische Arbeit und die Entwicklung des Klienten auswirken. Diese hierbei auftretenden Effekte im Erleben des Klienten werden theoretisch beispielsweise in den Konzeptionen der psychoanalytischen Selbstpsychologie mit dem Phänomen des sog. „aufdringlichen Verlassenseins“ (Ilien 1999, 5) durch die Bezugspersonen (in diesem Fall der Therapeut/die Therapeutin) beschrieben und erläutert (vgl. auch Kohut 1977, Wolf 1998).

Eine Überwindung dieser Problematik kann durch den Einbezug und die Reflexion von professionellem Wissen und die Entwicklung einer bewussten professionsethischen Haltung erfolgen.

Die Möglichkeiten im Rahmen unseres Studiums mit Formen pädagogischer Begegnungen konfrontiert zu werden, welche durch die oben erläuterten Bedingungen charakterisierbar sind und diesbezüglich einen professionellen Umgang hiermit erfordern, gab uns die Mitarbeit in einer Aphasiker-Selbsthilfegruppe. Die Voraussetzungen, Bedingungen und unsere konzeptionellen Entwicklungen hierzu sollen im folgenden Bericht vorgestellt werden.

Sie beruhen auf den Vorüberlegungen, Beobachtungen, Erfahrungen und Schlussfolgerungen der beiden Autoren, welche sich auf ihre Weise mit der Arbeit in der Aphasiker Selbsthilfegruppe identifizieren und nicht mit den Vorstellungen, Annahmen und Positionen anderer teilnehmender Studierender übereinstimmen müssen. Die Konzeptionen können als Fundament unserer künftigen professionellen Arbeit begriffen werden. Sie sollen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in andere sprachtherapeutische, sprachbehinderterpädagogische und auch sonderpädagogische Kontexte zur Diskussion gestellt werden.

Wir betonen explizit, dass unsere Arbeit in der Selbsthilfegruppe (im Folgenden SHG) keinesfalls als ein Funktionsäquivalent zu notwendiger, gezielter Sprachtherapie, ambulant oder stationär, missverstanden werden darf. In ihrer institutionell-strukturell und letztendlich für den Betroffenen (in Bezug auf die unten aufgeführten möglichen Inhalte) hilfreichen und erwünschten (soweit auch die nahezu ausschließlich positiven Rückmeldungen der Betroffenen) Form muss unsere Arbeit bestenfalls als im Rahmen eines Selbsthilfekonceptes (vgl. Vornholt 1993) unterstützendes Fremdhilfeangebot betrachtet werden.

2. Ein Kooperationsprojekt zwischen Studierenden und einer Selbsthilfegruppe

2.1 Die Regionalgruppe Hannover des NRLA

Die einzelnen Aphasiker-Selbsthilfegruppen entstanden aus dem Bundesverband für die Rehabilitation der

Aphasiker (BRA), der 1978 gegründet wurde. Inzwischen haben sich über 100 Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik (Regionalgruppen) gebildet, die einzelnen Landesverbänden angehören. Der Verband sieht es als vorrangige Aufgabe an, die in der Bundesrepublik lebenden von Aphasie betroffenen Menschen und ihre Angehörigen in Fragen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu beraten und zu unterstützen. Dabei beziehen sie sich auf das Sozialgesetzbuch, welches den juristisch als behindert definierten Personen ein Recht auf Rehabilitation als Wiedereingliederung in die Gemeinschaft mit dem Ziel der vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unter Berücksichtigung der Fähigkeiten des Behinderten zusichert. Diese Ziele versucht der BRA durch die Betreuung von SHGn, den Aufbau von Beratungs- und Begegnungsstätten, Seminare für Aphasiker und Angehörige, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen für Therapeuten mit zu erreichen. Die einzelnen SHGn haben es sich zur Aufgabe gemacht, den Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander zu ermöglichen, sich gegenseitig zu unterstützen, gemeinsam Freizeitaktivitäten zu gestalten und darüber hinaus individuelle Probleme besser in der Gemeinschaft bewältigen zu können.

Oftmals ziehen die Regionalgruppen Fremdhilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung von fachlicher, meist sprachtherapeutischer, medizinischer oder psychologischer Seite heran, wie z.B. im Fall der Regionalgruppe Hannover und ihrer Verbindung zur Universität Hannover.

Vornholt (1993, 137) schreibt der ausschließlich temporär und extern hinzugezogenen Fremdhilfe in den Aphasiker-Selbsthilfegruppen damit „therapeutische Wirkung“ zu, indem die Form nicht durch programmatisch konstruierte und kontrollierte, sondern sogenannte alltagsorientierte, möglichst ungesteuerte, „natürliche“ Kommunikationsprozesse bestimmt ist, mit dem genuinen Ziel der Wiedererlangung der Kommunikations-, d.h. genauer Kon-

versationsfähigkeit. Durch die Möglichkeit der Teilnahme an den Aktivitäten einer SHG zur Ergänzung während Wartezeiten auf Therapieplätze oder der Zeit nach Abbruch der Kostenübernahme durch die Krankenkasse spricht Vornholt (1993, 137) von einer „Langzeitrehabilitation“, die eine Sprachtherapie nicht ersetzt, aber sehr wohl in umfassenden Maße ergänzen kann.

2.2 Das Kooperationsprojekt

Seit über sechs Jahren besteht zwischen dem Institut für Sonderpädagogik (IFS) der Universität Hannover und der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover des niedersächsischen Landesverbandes zur Rehabilitation der Aphasiker eine Zusammenarbeit.

Studierende der Abteilung „Pädagogik bei Sprachbeeinträchtigungen“ des IfS engagieren sich seit dieser Zeit in wechselnder Besetzung an diesem Kooperationsprojekt.

Am jeweils zweiten und vierten Donnerstag im Monat treffen sich die Mitglieder der Selbsthilfegruppe mit den Studierenden für eine Stunde am Vormittag in den Räumen der „Behindertenbegegnungsstätte Hannover-Linden“.

Die betroffenen Personen und deren Angehörige nehmen in aller Regel nach der Beendigung der klinisch-stationären Behandlung an den Treffen der Gruppe teil. Einige Personen befinden sich in ambulanter sprachtherapeutischer Behandlung, bei einigen ist diese beendet worden. Dies deutet darauf hin, dass sich alle Mitglieder außerhalb der Akutphase befinden, jedoch nicht in ihren Beruf zurückfinden konnten. Dennoch ist die Zusammensetzung der Gruppe sehr heterogen. Die meisten Personen nehmen, z.T. unterstützt durch ihre Angehörigen, selbstständig am Alltagsleben teil, einige bedürfen täglicher Betreuung und Pflege, einige wenige wohnen dauerhaft in einem Wohn- und Pflegeheim.

Die Studierenden arbeiten trotz des schon langjährigen Bestehens des Projekts in der hier beschriebenen Form

seit dem Beginn des Sommersemesters 1999 zusammen. Die Gruppe umfasst dabei in erster Linie Studierende des Diplomstudienganges Sonderpädagogik, die sich in der Phase des Hauptstudiums befinden.

Auch Studierende des Studienganges „Lehramt für Sonderpädagogik“ nehmen an der Zusammenarbeit mit den betroffenen Personen teil. Sie erhalten in erster Linie die Möglichkeit, eine notwendige Team- und Kooperationsfähigkeit zu erproben mit dem Ziel der Ausdifferenzierung einer kollegialen Beratungskompetenz unter und bei erschwerten kommunikativen Bedingungen. Reiser spricht in dem Zusammenhang bspw. vom Sonderpädagogen als systemische Fachkraft für Interaktionen in Gruppenprozessen (1998, 50), Jantzen vom „Vermittler“ zur Verständlichmachung behinderter Sprachformen für andere (mündliche Mitteilung in Reiser 1998, 51). Sprachbehindertenspezifische, praktische Erfahrungen in Bezug auf zentrale Sprachbehinderungen bleiben in Hinblick auf Aphasien im Kindesalter eher erste Eindrücke, da ein Übertrag in einen schulischen methodisch-didaktischen Kontext schwer denkbar ist.

Die Teilnahme aller Studierenden erstreckt sich individuell über Zeiträume von einer einmonatigen bis hin zu einer mehrjährigen Tätigkeit.

Die praktischen Erfahrungen, die hierbei gesammelt werden, dienen also sowohl der fortschreitenden Ausdifferenzierung der individuellen pädagogischen Qualifikation, als auch der Möglichkeit, im Aufgabenbereich der Therapie und Förderung bei „Zentralen Sprach- und Sprechstörungen“ (vgl. Grohnfeldt 1993) ein hohes Maß an reichhaltigen Informationen und praktischen Zugängen zum Gegenstandsbe- reich zu schaffen, die komplementär zur theoretischen Erarbeitung des Wissens, wie es durch die universitäre Lehre angeregt wird, zu betrachten sind.

Rückwirkend sind dabei auch die unterschiedlichen theoretischen und praktischen Voraussetzungen der Studierenden, die implizit und explizit in die

Vor- und Nachbereitung sowie in die konkreten Begegnung mit den betroffenen Personen mit einfließen, von hohem Nutzen für eine entsprechende theoretische Vielseitigkeit unserer Arbeit. Unterschiedliche Positionen zur Theorie und Praxis zentraler Sprachstörungen stehen daher offen zur Diskussion und fließen in unsere Arbeit mit ein (bspw. Peuser 1978, Leischner 1987, Förster 1989, Pulvermüller 1990, Lutz 1992, Bindel 1999). Darüber hinaus bilden Aspekte systemischer Therapie und Beratung (bspw. v. Schlippe/Schweitzer 1999) als auch Ansätze der (Sprach-) Handlungstheorie (Homburg 1978, Welling 1990) und Aspekte der Tätigkeitstheorie (Jantzen 1990, 1992, Mellies 1989), welche zunächst wenige Überschneidungspunkte erkennen lassen, in individueller Form eine fruchtbare Grundlage unserer Arbeit und bieten stetig Anlass zu Diskussionen. Auch die Berücksichtigung von sprachtherapeutischen Methoden und Förderkonzepten, wie sie aus anderen Bereichen bekannt sind, bspw. Ansätze der Stimm- und Artikulationstherapie (Röttgen/Miethe 1990), wesentliche Aspekte psychomotorischer Förderkonzepte (Eggert/Johannknecht/Lütje 1990), Atem- und Entspannungsübungen (vgl. Robertson/Thomson 1992) haben sich für den Bereich der Praxis als sehr ergiebig und hilfreich erwiesen. Während der oben schon erwähnten einstündigen Zusammenarbeit werden Übungen, Sprach- und Kommunikationsspiele in Einzel- und Gruppensituationen angeboten. Die Räume in der Pfarrlandstraße bieten ausreichende Möglichkeiten, dass jede Gruppe bzw. Zwei-Personenkonstellation ungestört zusammen arbeiten kann. Jeweils zwei Gruppen können in Bezug auf die Besetzung und die Gestaltung der Arbeit miteinander kooperieren.

Im Anschluss an die SHG-Treffen finden sich die Studierenden untereinander zur Nachbesprechung und Reflexion, zum Austausch von Materialien bzw. Literatur und zur Klärung organisatorischer Fragen zusammen.

In dieser Reflexionsphase besteht die Möglichkeit, die zuvor unmittelbar er-

lebten konkreten Situationen aus der individuellen Perspektive anderen mitzuteilen, damit ein Austausch über die jeweiligen Beobachtungen angeregt wird, welche zum einen von Studierenden durch Zusammenarbeit in ein und derselben Gruppe intern rekonstruiert und durch die nicht an der konkreten Situation beteiligten Studierenden von außen kritisch diskutiert werden können.

Der Austausch in diesem reflektierenden Team (hier kommt die kooperative Intention in Anlehnung an das Konzept des „Reflecting Team (RT)“ zum Tragen (vgl. v. Schlippe/Schweitzer 2000, 38f) kann zu Hilfestellungen und Anregungen bei methodischen Fragen führen, als auch notwendige klärende Gespräche und Reflexionen über die Strukturen und Prozesse einer beispielsweise als problematisch erlebten Begegnung zwischen Betroffenen und Studierenden bieten. Dabei ist es auch möglich, anfängliche „Schwellenängste“ der einen oder anderen studierenden Person zu thematisieren, ohne diese Ängste als „unprofessionelle Schwäche“ zu diskreditieren und damit einer Fehlbeurteilung zu unterziehen. Die Bereitstellung von Möglichkeiten auch in diesem Bereich vorbereitende Erfahrungen für das Berufsleben zu sammeln, stellen neben den gängigen Praktika eine ernstzunehmende Chance innerhalb unserer Ausbildung dar.

Eine stabile Handlungsfähigkeit für das Berufsleben nach Abschluss des Studiums durch pädagogisch-professionelle Ausdifferenzierung kann damit sowohl im Hinblick auf das konkrete ambulante oder klinisch-stationäre sprachtherapeutische Setting, als auch – unter der Voraussetzung reflektierter Transformationen im Hinblick auf kommunikative Gruppenprozesse – auf die Unterrichtssituation im Klassenraum mit didaktisch-sprachförderlicher Ausgestaltung vorbereitet werden. Die reflektierte Konfrontation zwischen Studierenden und Aphasikern kann dazu beitragen, Sicherheit und Vertrauen für die erste professionelle Arbeit mit dem sprachbehinderten Patienten bzw. Klienten oder der

schulischen Lerngruppe unter sprachlich erschwerten Bedingungen anzubahnen.

Innerhalb der Reflexionsprobleme des Teams gilt, dass alle Redebeiträge der Studierenden und die Schilderungen ihrer Beobachtungen in der pädagogischen Begegnung mit den Betroffenen grundsätzlich positiv, also als konstruktiver Beitrag in der jeweiligen Diskussion, aufgefasst werden. So erhält jede/r TeilnehmerIn die Möglichkeit, sich auf dem jeweiligen aktuellen Niveau des Wissensstandes seiner/Ihrer individuellen Ausbildung zu äußern, ohne dafür von anderen vordergründig diskreditiert zu werden. Die im sich selbst organisierenden Gesprächsprozess (vgl. zur autopoietischen Bildung sozialer Systeme Luhmann 1987) sich zeitweise herausstellenden Moderatoren (vgl. zur temporären Adressabilität in Sozialsystemen Fuchs 1997, 57-79) können hier auf dem Hintergrund zirkulärer Fragestellungen als systemisch orientierte Gesprächsführung (vgl. v. Schlippe/Schweitzer 2000, 138-143) subjektiv erlebte Probleme, die sich sowohl auf die eigene studentische Arbeitsweise, als auch die beobachteten Verhaltensweisen der Aphasiker beziehen, rückwirkend umfassend rekontextualisieren und positiv umdeuten (vgl. das „Reframing“ nach v. Schlippe/Schweitzer 2000, 177-181). Dies setzt zum einen neben aufmerksamer Beobachtungsgabe und dem Ausbleiben einer prädisponierten Kommunikationsstruktur zugunsten von Offenheit bzgl. Moderatoren in der Gruppenarbeit Vertrauen, Achtung und Wertschätzung voraus. Zum anderen kann es auch Folge derart kooperativ gestalteter Gruppenreflexion sein (vgl. zum rekursiven Verhältnis von Achtung und Vertrauen innerhalb einer funktionalistischen Moraltheorie auch Luhmann 1978).

Diskussionen sind also zur Klärung von Standpunkten notwendig und unerlässlich, um Kooperation zu erproben und zu verwirklichen. Diese dürfen dann allerdings nur nach Regeln professioneller Redlichkeit und durch Anerkennung eines vom eigenen ab-

weichenden Standpunktes erfolgen. Die Möglichkeit, dies innerhalb der Ausbildung zu üben, schafft gute Voraussetzungen, sich dieser notwendigen Bedingungen von erwünschter Teamfähigkeit auch später zu befleißigen.

3. Zielsetzung und Methode

3.1 Die Zielsetzung im Rahmen eines Selbsthilfeanspruchs

Bei der Begegnung zwischen betroffenen Personen und Studierenden steht vor allem eine Absicht und Ausgestaltung der Kommunikationsformen im Vordergrund, die in der Sprachbehindertenpädagogik und in der Sonderpädagogik im Allgemeinen häufig mit den Begriffen Alltagsorientiertheit, Natürlichkeit und Ganzheitlichkeit belegt wird.

Der Begriff Alltagsorientierung darf dabei nicht missverstanden werden. Weder der Versuch, Grundlagen therapeutischer Arbeit zu negieren, noch eine euphemisierende Umetikettierung pädagogischen Handelns, sind als implizite Motive für unser Ziel anführbar, die häufig zur hochkonjunkturellen Verwendung ähnlicher Begriffe führen mag (vgl. zur kritischen Reflexion z.B. *Mußmann* 2001). Probleme und Konsequenzen, die sich aus einer von uns zu vermeidenden Haltung ergeben könnten, wurden bereits von *Kotten* (1986), die die Versuche, innerhalb von Therapie Alltagssituationen zu simulieren, kritisch betrachtet, und *Hartmann* (1996, 77f), welcher auf diese Problematik mit seinem Theorem des Interventionstabus in Heilpädagogik, Pädagogik und Medizin einzugehen weiß, diskutiert.

Die stetige Berücksichtigung und Reflexion des Problems der Steuer- und Planbarkeit eines Kommunikationssystems bzw. der direkten Beeinflussbarkeit des Individuums in der Situation der Förderung und Therapie (vgl. *Wilke* 1999) führt uns zu der Bemühung der notwendigen Differenzierung zwischen den Ansprüchen direkter therapeutischer Intervention und Alltagsorientierung.

Unter Alltagsorientierung verstehen wir eine Abkehr von einer nah an den Prinzipien der klassischen Mess- und Testtheorie (vgl. *Lienert* 1998) operierenden Position, welche Therapie nur unter dem Primat scheinbar objektiver Laborbedingungen realisiert wissen möchte und dabei klassische Reiz-Reaktions-Schemata unter der Annahme einer effektiven linearen, transmissiven Informationsübertragung von einem Subjekt zum anderen (zur Kritik vgl. *Luhmann* 1987, 193), favorisiert.

Das Geschehen in der Begegnung zwischen Aphasikern mit spezifischen Erwartungen entsprechend ihres Problembewusstseins und Studierenden mit pädagogischen Intentionen bleibt ein vom übrigen Kommunikationsgeschehen zu differenzierendes Interventionssystem (vgl. umfangreicher *Fuchs* 1999) und damit ein besonderes Setting. Es soll damit keine Simulation aller Kommunikationsformen darstellen, aus denen es sich nicht konstituiert, denn somit handelt es sich nicht länger um ein Geschehen der beabsichtigten Förderung im Rahmen einer Fremdhilfe zur Selbsthilfe (zur operativen Schließung sozialer Systeme vgl. *Luhmann* 1987). Eine Alltagsorientierung, Natürlichkeit und Ganzheitlichkeit darf somit nicht als Entprofessionalisierung missverstanden werden. Wie können nun angesichts dieser Aspekte Ziele unsererseits formuliert werden?

Vertreter pädagogischer Positionen beurteilen Lernangebote nur dann als sinnvoll, insofern sie an bestehende Bezugssysteme einer Person anschließen können (vgl. bspw. *Praschak* 1987, 201). Dazu ist eine Herangehensweise notwendig, welche zunächst entschlüsselt und rekonstruiert, welche individuellen Bezugssysteme der Betroffenen im Einzelnen beobachtbar sind. In einer simulierten Laborsituation unter den Bedingungen reglementierter Kommunikation ist dies nur schwer möglich, da unter o.g. Anspruch individuelle Ausprägungen und Profile der Gesamterscheinung einer betroffenen Person betrachtet werden müssen, welche allerdings auf quantitativem Wege ausgeblendet werden. Bezogen auf das

Interventionssystem der sprachtherapeutischen und sprachfördernden Situation in der SHG bedeutet dies u.a. die Einbeziehung aller beobachtbaren und unterstellten Ebenen des Kommunikationssystems als Sozialsystem über die linguistische Ebene der Sprachstruktur hinaus. Der Fokus der aphasischen Sprachstruktur wird erweitert um para- und nonverbale Aspekte, d.h. neben pragmatischen und prosodischen Elementen werden auch andere Mitteilungsformen wie etwa Gestik und Mimik betrachtet, was allein auf der Grundlage einer rein sprachebenenbezogenen Sichtweise nicht möglich wäre. Desweiteren gelten unserem Interesse bekannte und relevante biographische Daten der betroffenen Personen.

In der Praxis ist dies u.E. nur durch eine Haltung realisierbar, die sich bemüht, alltagsorientierte, für den Betroffenen relevante Kommunikationsinhalte aufzugreifen und in den Mittelpunkt einer Konversation zu stellen.

So darf damit gerechnet werden, Informationen über die betroffene Person zu erhalten, welche durch Einbeziehung in eine angemessene Vorbereitung der pädagogischen Begegnungen zwischen Studierenden und Betroffenen Anschlussfähigkeit an bereits Vorhandenes wahrscheinlicher macht und für beide Personen gute Voraussetzungen bildet, die jeweilige Begegnung als sinnvoll zu bewerten (vgl. diese Aspekte hinsichtlich diagnostischer Methodologie bei *Förster* 1989, *Mellies* 1989, *Jantzen* 1992, *Grote* 2001).

Konstitutiv für diese Herangehensweise ist die Erkenntnis, die betroffenen Personen als in jeder Hinsicht mitteilungs-fähige Kommunikationspartner zu betrachten, deren Mitteilungen, verbal und/oder nonverbal, in erster Linie als diesen Personen zum jeweiligen Zeitpunkt zur Verfügung stehende Kompetenzen unter den erschwerenden und isolierenden Bedingungen einer zentralen Sprachstörung verstanden werden (zu den Aspekten von Leistungen als Ausdruck von Kompetenz unter den Bedingungen von Isolation vgl. *Jantzen* 1990, 194f, zum Isolationsbegriff vgl. *Jantzen* 1992, 280f).

Gerade die nach klassischen linguistischen Kriterien beschriebenen sprachlichen Fehlleistungen sind es, die als noch vorhandene Mitteilungsformen aufgegriffen und im weiteren Verlauf der Förderung auf ein höheres Niveau gelangen müssen, um die Bedingungen der Isolation zunehmend überwinden zu können. Dieses ist nur gemeinsam in Kooperation und nicht von den Betroffenen durch ausschließliche Selbsthilfe ohne Unterstützung erreichbar. Die Studien von *Andresen* (1986; 1989) zeigen sehr deutlich, dass gerade den von Normalsprechern meist als Fehlleistungen beurteilten sprachlichen Äußerungen, wie etwa den bspw. mit dem AAT (*Huber et al.*, 1983) zu diagnostizierenden sog. Stereotypien und Automatismen bei Aphasien, eine komplexe Mitteilungsstruktur unterstellt werden kann, die allein mit linguistischen Kriterien nicht entschlüsselbar ist. Dies erfordert ein Umdenken bei den Nicht-Betroffenen. Nicht die vom Nicht-Betroffenen als richtig erwartete sprachliche Äußerung steht im Vordergrund, sondern der Prozess der Verständigung zwischen den Kommunikationspartnern. Dieser kann nicht durch „Pattern-Drill“ ermöglicht werden, sondern muss komplexere Formen der Verständigung implizieren, welche von beiden Teilnehmern im Idealfall sinnvoll bewertet werden sollen, mit der anvisierten Frage: Ist eine Verständigung möglich oder ist sie nicht möglich?

In der konkreten Situation der pädagogischen Förderung bzw. Therapie ist der Einsatz von linguistischen Übungsmaterialien keineswegs ausgeschlossen. Die Erweiterung besteht jedoch in der parallelen Reflexion der kommunikativen Situation. Das Verstehen (als Alltagsverstehen) soll damit zentrales Element der gesamten Kommunikation darstellen (vgl. *Luhmann* 1987, 198; 1998). Im Mittelpunkt soll das Verstehbarmachen des Verstehens der mitgeteilten Information zu finden sein:

Dem/der AphasikerIn soll im Idealfall verstehbar gemacht werden, dass er/sie verstanden wurde (Sprachverständnis), er selbst soll den Studierenden gegenüber verstehbar machen,

dass er verstanden hat (Sprachproduktion). Kurz: was verstanden werden soll, ist das Verständnis der kommunikativen Absicht. Anschaulich erläutert wird das Erzeugen von Verständnis als Verstehen noch an dem Beispiel in Abschnitt 4.

Diese Formen der Sprachrehabilitation und Sprachförderung, und hiermit ist auch die ambulante und stationäre Therapie angesprochen, beinhalten u.E. höchste Relevanz für die gelingende Wiedereingliederung der betroffenen Personen. Um uns nicht misszuverstehen: diese theoretisch fundierte Herangehensweise ist eine unabdingbare Voraussetzung, um sich auch sprachebenenbezogenen Aspekten zuwenden zu können, ohne dabei reduktionistisch arbeiten zu müssen. Eine kategorische Ausblendung sprachebenenbezogener Aspekte wäre unter diesen Bedingungen als grob fahrlässig zu beurteilen und lässt erkennen, dass das Wissen um syndromspezifische Aspekte zentraler Sprachstörungen (auch wenn diese als theoretische Konstrukte betrachtet werden müssen, die eine begriffliche Bündelung und Transformation von Beobachtungen über sprachliche Codes beinhalten) für einen angemessenen Förderungsprozess verpflichtend ist.

3.2 Methodisch strukturierte Fremdhilfe zur Selbsthilfe – ein Modell

Die Bereitstellung und Strukturierung eines zur Förderung notwendigen kommunikativen Entwicklungsraumes (kE) ist damit eine zentrale Aufgabe unsererseits und entspricht damit dem rehabilitativen Anspruch der SHG. Der Begriff „kommunikativer Entwicklungsraum“ umfasst als Beschreibung zunächst keine konkrete Beobachtung. Sein semantischer Komplex soll daher entwickelt werden. Theoretisch ist dies durch die Erläuterung von drei grundlegenden inhaltlichen Komponenten unserer Arbeit möglich:

- Reflektierte Konfrontation
- Ausdifferenzierung
- Anschlussfähigkeit

Reflektierte Konfrontation (rK) umfasst den methodischen Gedanken, be-

troffene und nichtbetroffene Personen in natürlichen, alltagsorientierten Gesprächssituationen, d.h. in einem nur außerordentlich begrenzt steuer- und planbaren Kommunikationsgeschehen, miteinander in Beziehung treten zu lassen. Die Annahmen über die äußerst begrenzten Möglichkeiten einer direkten kontrollierten Veränderung des Individuums im Speziellen und der Kommunikationssituation im Allgemeinen sind sowohl aus der Sicht einer Theorie selbstorganisierter komplexer Systeme (vgl. *Luhmann* 1987, *Fuchs* 1999, *Wilke* 1999), als auch vom Standpunkt einer Theorie „die Behinderung unter dem Gesichtspunkt der Vermittlung von Subjekt und Objekt in der Tätigkeit“ (*Jantzen* 1992, 76) untersucht und sich der Betrachtung der Ebenen des Biologischen, des Psychischen und des Sozialen in Bezug auf ihre „wechselseitigen Übergänge und Vermittlungen“ (*Jantzen* ebd.) verpflichtet, um eine methodologische kategorische Trennung der o.g. Ebenen kritisch zu vermeiden, erläutert werden.

In der rK wird die grundsätzliche Autonomie und Selbstorganisation des Menschen vorausgesetzt. Zu dem hier verwendeten Begriff der Selbstorganisation (*Jantsch* 1979, *Maturana/Varela* 1987) werden Konzeptionen herangezogen, die die Selbstorganisationstheorie implementieren, um sie notwendigerweise inhaltlich zu füllen, damit eine eklektische, inflationäre Verwendung dieser Termini, wie sie hin und wieder angemahnt wird (vgl. *Schriber* 1994), ausgeschlossen werden kann.

Die Grundlegung autopoietischer Prozesse, die die Voraussetzung der Autonomie des Subjekts darstellt, gilt sowohl in Bezug auf die biologische als auch in Bezug auf die psychische Ebene.

„Entsprechend gilt, dass lebende Systeme biologisch instabil werden, wenn sie äußerer Beeinflussung nach dem Reiz-Reaktions-Modell ausgesetzt werden“ (*Jantzen* 1990, 35). Für das Konzept der rK führt das zu zwei wesentlichen Bedingungen:

1. Externe Interventionen im sprachtherapeutischen und sprachfördernden Geschehen müssen an einen internen Operationsmodus des zu intervenierenden Systems anschließen.
2. Die Autonomie der betroffenen Person macht nicht nur eine direkte, deterministisch gedachte Beeinflussung unwahrscheinlich, sondern führt methodisch auch zu einer Konzentration auf die Bedingungen, unter denen ein kommunikatives Interventionssystem besteht.

Diese Bedingungen stellen das parallel zum Kommunikationsgeschehen zu reflektierende Spannungsverhältnis dar, das sich aus der Konfrontation von betroffenen Personen und den (bspw. anhand des Konstruktes der aphasischen Standardsyndrome nach Poeck in Huber et al. 1983) beschreibbaren, erschwerenden Bedingungen ihrer Mitteilungs- und Verständnissicherungsfähigkeiten mit nicht-betroffenen Personen und ihren Möglichkeiten, ihren kommunikativen Absichten Ausdruck zu verleihen, ergibt.

Realisiert wird dies durch die Einbettung in ein reflektorisches Setting, d.h. primär durch eine Haltung der Nichtbetroffenen, welche den Betroffenen verstehbar machen soll, dass ihnen als autonome Personen im oben erwähnten Sinne begegnet wird, deren Mitteilungsformen, die konventionell unter Zuhilfenahme der Beschreibung pathologischer Symptome beobachtet werden, Leistungen entsprechend einer internen Systemlogik darstellen, bzw. als Ausdruck von Kompetenz unter den Bedingungen von Isolation begriffen werden können.

Dem gegenüber stehend soll in unserer Arbeit den betroffenen Personen ermöglicht werden, Formen der Selbstbeobachtung zu entwickeln, mit denen sie zwischen den von ihnen geäußerten verstehbaren und nicht verstehbaren Mitteilungen zu differenzieren und die Bedingungen der Verstehbarkeit einer Mitteilung durch Reflexion der verstandenen Mitteilungsanteile durch die nicht-betroffenen Personen ge-

meinsam zu erarbeiten lernen. So sollen sich die Möglichkeiten zur Ausdifferenzierung der vorhandenen sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungsfähigkeit weiterentwickeln. Das Schaffen der individuellen Möglichkeiten der Ausdifferenzierung soll innerhalb der gemeinsamen Arbeit im Rahmen der SHG einen kommunikativen Entwicklungsraum (kE) schaffen, der dem oben genannten Anspruch einer Fremdhilfe zur Selbsthilfe gerecht wird.

Die Grenzen und Möglichkeiten des kE ergeben sich aus den Bedingungen der rK. Die Anschlussfähigkeit des Interventionsmodus und der Kontextsteuerung bestimmen die Expansion des Entwicklungsraumes, d.h. die Zahl der kommunikativen Anschlussmöglichkeiten (eben in einem sprachganzheitlichen Sinne, die Sprachstruktur und den Sprechakt übergreifend, die Einbeziehung situativer, emotional-affektiver und biographischer Aspekte) bestimmt die Zahl der aktuellen kommunikativen und der betroffenen Person zukommenden Entwicklungsmöglich-

keiten. Diese werden wiederum notwendigerweise limitiert und strukturiert durch das Setting der rK mit dem Ziel der Selbstbeobachtung, den Erwartungen und Intentionen der Betroffenen und denen der Nicht-Betroffenen. Expansionsbewegung des kE und Strukturierungstendenz der rK stehen somit in einem dialektischen Verhältnis und ergeben sich immer wieder neu.

Das Verstehen, sei es im Sinne eines Fremdverstehens (vgl. Förster 1989), eines empathischen Verstehens (vgl. Kohut 1977, Wolf 1998, 54f, Ilien 1999) oder eines methodisch kontrollierten Verstehens (vgl. Jantzen 1996), der veränderten Lebenssituation des Betroffenen infolge einer zentralen Schädigung ist Voraussetzung für den angestrebten Dialog und die Kooperation zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen. Dialog bezeichnet hier die Sinnerzeugung im Prozess der gemeinsamen Tätigkeit zwischen beiden Personengruppen. Diesem übergeordnet ist das Prinzip der Kooperation, d.h. den gegenstands- bzw. produktbezoge-

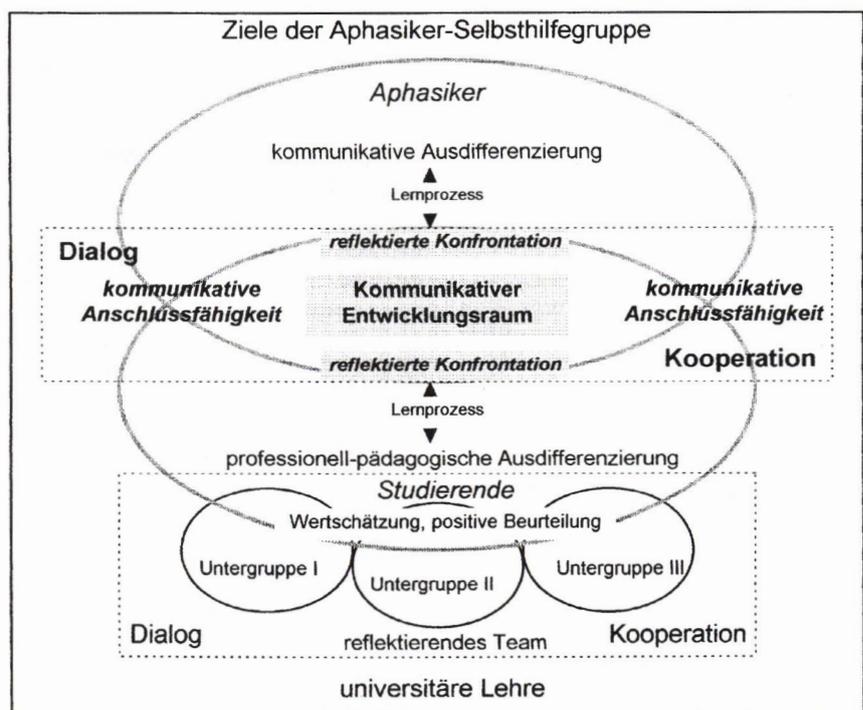


Abb. 1: Ein Modell der studentischen Arbeit in der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover

nen Tätigkeitsprozess von zwei oder mehr Menschen auf spezifisch menschlichem Niveau der sinnlich-praktischen Tätigkeit und der Orientierungstätigkeit, wobei grundlegend vom jeweiligen individuellen Beobachterstandpunkt aus betrachtet „gegenüber dem Kooperierenden wie gegenüber den einfachen Momenten des Prozesses und dem gemeinsamen Gegenstand eine planend-antizipierende Struktur festgestellt werden muß“ (Jantzen 1985, 43). Alle erwähnten Aspekte der studentischen Arbeit der Autoren in der SHG können in dem Modell in Abb. 1 in ihrem Verhältnis zueinander nachvollzogen werden.

Exemplarisch, aber keinesfalls erschöpfend, sollen nun Beobachtungen den Artikel ergänzen, welche die Möglichkeiten einer reflektierten Konfrontation und die Schwierigkeiten und Notwendigkeiten eines kommunikativen Entwicklungsraumes innerhalb der SHG aufzeigen können. Da zahlreiche kommunikative Anschlusspunkte, wie oben bereits aufgezeigt, über eine formal-sprachliche, linguistische Struktur hinausgehen, stellen deren schriftsprachliche Vermittlung ein Problem dar. Wir weisen daher darauf hin, dass die folgenden Schilderungen u.E. nur äußerst begrenzt bleiben können und gegebenenfalls erst durch andere Medien (bspw. Videoaufnahmen) einen hinreichend nachvollziehbaren Eindruck vermitteln dürften.

4. Beobachtungen zur Verdeutlichung der theoretischen Vorannahmen – Ein Beispiel

Ein Beispiel kann die Notwendigkeit eines konversationsbetonten kommunikativen Entwicklungsraumes verdeutlichen und gleichzeitig auch die Schwierigkeiten aufzeigen, ihn antizipierend zu strukturieren und kontrollieren. Dem Ziel, selbstständig schwierige Gesprächssituationen unter aphasischen Bedingungen zu bewältigen, steht oftmals eine in konventioneller ambulanter oder stationärer sprachtherapeutischer Behandlung erlernte

„Therapiesprache“ gegenüber, die häufig als Effekt eines sogenannten „Pattern-Drill“ beobachtet werden kann. Einer möglichen Erwartungshaltung des Betroffenen als „objektivierter“ Patient, lineal einwirkende und heilende Therapie zu konsumieren, soll, um die o.g. „Therapiesprache“ nicht noch weiter zu persistieren, mit der Bereitstellung eines unkonventionellen, nicht programmierten, aber fördernden Kommunikationskontextes, wie er oben beschrieben wurde, entgegengekommen werden.

Im Folgenden wird von einem 65-jährigen Betroffenen, Herrn G., der als Wernicke-Aphasiker beschrieben und einer 70-jährigen Dame, Frau D., der eine Broca-Aphasie diagnostiziert wurde, berichtet. Der Herr, ein sehr herzlicher, entgegenkommender Mann, besucht die SHG seit ungefähr fünf Jahren. Seine Sprachproduktion ist gut, im Sprachverständnis zeigen sich gelegentlich Schwierigkeiten. Die Dame, eine zurückhaltende, sich z.T. aktiv zurückziehende bis unsichere, aber sehr freundliche Frau, ist seit ebenso langer Zeit dabei. Sie hat große Probleme in der Sprachproduktion. Im Sprachverständnis sind häufig Schwierigkeiten zu beobachten. Beide haben zahlreiche Erfahrungen mit den Studierenden und mit erschwerten, ungeplanten Gesprächssituationen mit anderen Betroffenen innerhalb der Gruppe gemacht. Beide unterzogen sich über längere Zeit einer logopädischen Behandlung, welche seit einigen Jahren nicht mehr weiterfinanziert wurde.

In einer relativ offenen Gesprächssituation mit den beiden Betroffenen und einem Studierenden zeigt sich die Schwierigkeit der freien Gesprächsform und die notwendige Schaffung eines kommunikativen Entwicklungsraumes. Mehrere unterschiedliche Bildkarten (z.T. Material aus dem bekannten FOTODIDAC-Material des Schubi-Verlages, z.T. Fotoausschnitte aus Zeitungen, eigene Zeichnungen und Fotos) werden auf dem Tisch ausgebreitet. In einem ausgewogenen Verhältnis zeigen sie Tätigkeiten, Gegenstände und schwer kategorisierbare,

nicht standardisierte Abbildungen wie Ausschnitte aus Werbungen, abstrakten Zeichnungen oder Buchstaben. Die Wahl des visuellen Materials ist insofern berechtigt, als dass visuelle Agnosien und Gesichtsfeldeinschränkungen bei den o.g. Betroffenen im Vorfeld differentialdiagnostisch nahezu ausgeschlossen werden konnten und daher die Gesprächssituation nicht zusätzlich beeinträchtigen.

Es wird angekündigt, eine Karte frei zu wählen und als Anlass eines diskutierbaren Redebeitrags zu nehmen. Noch bevor das Vorhaben anschaulich demonstriert werden kann, ergreift Herr G. motiviert eine Karte des Foto-Materials, welches eine Tätigkeit abbildet. Herr G.: „Jaaa, das is' klar. Der Junge werfen einen Ball. Ne? Also, und hier, die Frau schneidet“ Es zeigt sich im Folgenden, dass Herr G. die Bildkarten, die er vermutlich aus einer sprachtherapeutischen Behandlung kannte, exakt mit syntaktisch weitestgehend korrekten Aussagen versieht. Einen direkten Adressaten scheint es allerdings nicht zu geben und die Äußerungen haben eher den formalen Charakter einer Aufgabenlösung.

Nachdem das Anliegen vom Studierenden erneut demonstriert wird, indem dieser anhand der Abbildung eines Fahrrades über die Schwierigkeiten seiner morgendlichen Anfahrt berichtet, erscheint die Intention klar und die Struktur der Übung ist für die Anwesenden erkennbar.

Es zeigt sich, dass Frau D. aufgrund ihrer spezifischen Beeinträchtigungen große Schwierigkeiten hat, einen vollständigen Satz zu einer Karte zu produzieren. Weiterhin steht ihre Beitragsmenge in keinem Verhältnis zu der des äußerst redefreudigen Herrn G.: „Jaa, hier! Hab' ich auch. Mit dem Aschenbecher. Raaauchen“. Frau D. zeigt auf die Abbildung eines Messers und vollführt eine Schneidebewegung. „Ich. Küche. Heute“. Sie lässt daraufhin aber die Karte mit einem Seufzen liegen und gibt auf, während Herr G. korrigierend eingreift: „Jahaa. Haben Sie, oder was? Geschneiden? Sie?“. An dieser Stelle interveniert der Studieren-

de, wendet sich Frau D. mit Blickkontakt und Oberkörper zu und präsentiert ebenfalls wortlos die Schneidebewegung, Herrn G. wird bestätigend zugewinkt, dann aber abgewandt.

Frau D. nimmt die Kontaktaufnahme und den erneuten Versuch wahr und reagiert ebenfalls wieder mit der Schneidebewegung. Indem ihr mit aufmerksamer und bestätigender Mimik und Gestik begegnet wird, scheint sie nun motivierter eine Mitteilung in Angriff zu nehmen: „Ja. Genau. Ich. Heute. Schneiden. Messer“. Indem an die Mitteilung von Herrn G. nicht angeschlossen wird und dieser Verständnis für die problematische Situation signalisiert, greift Frau D. die somit bereitstehenden Bedingungen für folgende Anknüpfungspunkte der Begegnung auf und ergänzt die mimisch-gestischen Mitteilungsanteile zügig verbalsprachlich: „Ja. Ich habe heute geschnitten. Morgen“. Sie zeigt dabei auf ein Pflaster am Zeigefinger. Nun schließt sich Herr G. wieder an. In diesem Moment zieht sich der Studierende zurück, involviert Herrn G. mit Blickkontakt und einer Handgeste in Richtung Frau D. „Ach so, haben Sie geschneidet. Oh!“, konstatiert Herr G. Nun wendet sich auch Frau D. lachend an den Herrn, sichtlich erfreut, von ihm verstanden worden zu sein und korrigiert nun ihn: „Ja, geschnitten. Hier“. Herr G.: „Oh! Geschnitten.“

5. Ausblick

Ziel des Artikels sollte es sein, das Modell der studentischen Arbeit in der SHG Hannover, das von den Autoren entwickelte Konzept der reflektierten Konfrontation (rK) im kommunikativen Entwicklungsraum (kE) und die Strukturen der kooperativen, reflektierenden Arbeit der Studierenden untereinander nachvollziehbar vorzustellen.

Wir sind begründeter Ansicht, dass die hier erläuterten Formen pädagogischer Fremdhilfe zur Selbsthilfe bei Menschen mit Aphasie sowohl auf andere rehabilitative, (schul-) förderpädagogische und therapeutische Kontexte als auch auf Begegnungen zwischen Men-

schen im Kontext anderer Formen von Beeinträchtigungen übertragbar sind.

Das hier dargestellte Modell kann als Anregung für andere bestehende Kooperationsprojekte verstanden und soll demgemäß diskutiert werden.

Es soll auf theoretisch-begrifflicher Ebene eine potentielle Form der Gestaltung der Möglichkeit auch sprachtherapeutischer Förderung charakterisieren und ist, um noch einmal darauf hinzuweisen, kein genuin sprachtherapeutisches didaktisches Metakonzept. Es ist vielmehr ein von uns erarbeitetes, sowohl theoretisch als auch handlungsbezogenes Rahmenmodell, welches als vorläufige Konstruktion der begrifflichen Umschreibung unserer praktischen Arbeit dienlich ist.

Es kann aus unserer Erfahrung konstatiert werden, dass engagierte und zeitlich umfangreiche praktische Arbeit von Studierenden nicht allein durch Pflichtveranstaltungen garantiert wird. Darüber hinaus ist ein Hauptmerkmal für die außerordentlich lehrreiche, für betroffene und nichtbetroffene Personen fruchtbare Arbeit, die oftmals spürbare Freude aller beteiligten Personen an dem Dialog, der Kooperation und der Begegnung miteinander.

Die Notwendigkeit einer wissenschaftstheoretischen und konzeptionellen Elaboration dieses Rahmenmodells ist uns bewusst und wird angestrebt, damit diese hier aufgezeigten Strukturen und Konzepte in andere professionelle Kontexte übertragen werden können. Für uns bedeutet dies nach Abschluss mehrjähriger Tätigkeit in der SHG, dass diese Aspekte in Zukunft unabhängig von den weiteren Entwicklungen des Kooperationsprojektes diskutiert werden müssen.

Es bleibt zu hoffen, einen konstruktiven und produktiven Beitrag mit der Herausarbeitung dieses Modells für die SHG Hannover im Speziellen, studentische Arbeit in anderen Gruppen im Allgemeinen und im Hinblick auf eine folgende wissenschaftstheoretische Ausarbeitung für weitere Mög-

lichkeiten pädagogischer Förderung und Therapie geleistet zu haben.

Zusammenfassung

Das seit mehreren Jahren bestehende Kooperationsprojekt der Universität Hannover und der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover hat in der unterstützenden Arbeit der Studierenden besondere Strukturen und methodische Konzeptionen hervorgebracht und weiterentwickelt. Diese Strukturen des Dialogs und der Kooperation sowohl zwischen den Aphasikern und Studierenden als auch zwischen Studierenden untereinander und die methodischen Konzeptionen der reflektierten Konfrontation und des kommunikativen Entwicklungsraumes, wie sie in diesem Bericht von den beiden Autoren dargestellt werden, stellen zentrale Aspekte der pädagogischen Arbeit im Rahmen einer Fremdhilfe zur Selbsthilfe der Betroffenen in dieser Gruppe dar.

Literatur

- Andresen, H. (1986): Sagen können, daß man nichts sagen kann... Untersuchungen zur Funktion der Stereotypen in der Sprache eines schwer gestörten Aphasikers. In: Mellies, R. et al. (Hrsg.): Erschwerte Kommunikation und ihre Analyse. Hamburg: Buske, 11-22.
- Andresen, H. (1989): Über die Folgen eines unzureichenden Sprachbegriffs für Aphasieforschung und -therapie. In: Roth, V. M. (Hrsg.): Kommunikation trotz gestörter Sprache: Aphasie – Demenz – Schizophrenie. Tübingen: Narr, 47-64.
- Bindel, W. R. (1999): Sprachliche Reaktivierung bei Aphasien. Göttingen: Hogrefe.
- Eggert, D., Lütje, B., Johannknecht, A. (1990): Die Bedeutung der Psychomotorik für die Sprachbehindertenpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 35, 230-245.
- Förster, U. (1989): Aphasiediagnostik als Verstehensprozeß – Qualitativ-orientierte Verfahren zur Untersuchung alltäglicher Kommunikationssituationen. Diss. Hannover.

- Förster, U. (1993): Zur Relevanz einer Erfassung der kommunikativen Kompetenz für die Therapie von Erwachsenen mit zentral-bedingten Sprach- und Sprechstörungen. In: *Die Sprachheilarbeit* 38, 245-249.
- Fuchs, P. (1997): Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: *Soziale Systeme*, Jg.3, H. 1, 1997, 57-79.
- Fuchs, P. (1999): Intervention und Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (1993): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen (Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 6). Berlin: Marhold.
- Grote, S. (2001): Qualitative Diagnostik bei zentralen Sprachstörungen (Aphasien). Unveröffentl. Diplomarbeit, Hannover.
- Hartmann, B. (1996): Menschenbilder in der Sprachheilpädagogik. Ein kasuistischer Beitrag zur systemischen Sprachtherapie. Berlin: Marhold.
- Homburg, G. (1978): Die Pädagogik der Sprachbehinderten. Rheinstetten: Schindele.
- Huber, W. et al. (1983): Aachener Aphasie Test. Göttingen: Hogrefe.
- Ilien, A. (1999): Zur psychoanalytischen Theorie des Verstehens. Unveröffentl. Manuskript Hannover.
- Jantsch, E. (1979): Die Selbstorganisation des Universums. München: Hanser.
- Jantzen, W. (1985³): Diagnostik im Interesse der Betroffenen oder Kontrolle von oben? In: *Jantzen, W., Kornmann, R.* et al. (Hrsg.): Diagnostik im Interesse der Betroffenen. Würzburg: Fachschaftsinitiative Sonderpädagogik (SOFI), 10-51.
- Jantzen, W. (1990): Allgemeine Behinderterpädagogik: Ein Lehrbuch. Band 2: Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie. Weinheim: Beltz.
- Jantzen, W. (1992²): Allgemeine Behinderterpädagogik: Ein Lehrbuch. Band 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim: Beltz.
- Jantzen, W. (1996): Diagnostik, Dialog und Rehistorisierung. Methodologische Bemerkungen zum Zusammenhang von Erklären und Verstehen im diagnostischen Prozeß. In: *Jantzen, W., Lawner-Koppelin, W.* (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin: Marhold, 932.
- Jantzen, W. (1999): Rehistorisierung – Zur Theorie und Praxis verstehender Diagnostik bei geistig behinderten Menschen. In: *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6/99, 11-40.
- Kohut, H. (1977): Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kotten, A. (1986): Sprechen – fast wie im täglichen Leben? In: *Mellies, R.* et al. (Hrsg.): Erschwerte Kommunikation und ihre Analyse. Hamburg: Buske, 127-154.
- Lienert, G. A. (1998⁶): Testaufbau und Testanalyse. München: Ernst Reinhardt.
- Luhmann, N. (1978): Soziologie der Moral. In: *Luhmann, N., Pfürtnner, S.H.*: Theorietechnik und Moral. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 8-116
- Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1998): Was ist Kommunikation? In: *Simon, F.B.*: Lebende Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 19-31.
- Maturana, H. R. (1982): Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Braunschweig: Vieweg.
- Mellies, R.: Aphasische Sprache im Spannungsfeld von Persönlichkeit, Emotion und Motivation. In: *Roth, V. M.* (Hrsg.): Kommunikation trotz gestörter Sprache: Aphasie-Demenz Schizophrenie. Tübingen: Narr, 65-76.
- Mußmann, J. (2001): Das Phänomen des Stotterns aus sonderpädagogischer Sicht – Überlegungen zu einer systemisch-konstruktivistisch ausgerichteten Pädagogik bei Sprachbeeinträchtigungen. Unveröff. Examensarbeit, Hannover.
- Peuser, G. (1978): Aphasie. Eine Einführung in die Patholinguistik. München: Fink.
- Praschak, W. (1987): Grundzüge einer Kooperativen Pädagogik Schwerstbehinderter. In: *Schönberger, F., Jetter, K.H., Praschak, W.*: Bausteine der Kooperativen Pädagogik, Teil 1. Stadthagen: Ute Bernhardt-Pätzold, 199-220.
- Pulvermüller, K. (1990): Aphasische Kommunikation. Grundfragen ihrer Analyse und Therapie. Tübingen: Narr.
- Reiser, H. (1998): Sonderpädagogik als Service-Leistung? In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 2/98, 46-54.
- Robertson, S.J., Thompson, F. (1992): Therapie mit Dysarthrikern. Stuttgart, Jena: G. Fischer.
- Röttgen, M., Miethe, E. (1990): Stimmtherapeutisches Programm. Stuttgart: Thieme.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2000): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: V&R.
- Schriber, S. (1994): Scheitern an der Ganzheitlichkeit? In: *Hagmann, T., Simmen, R.* (Hrsg.): Systemisches Denken und die Heilpädagogik. Luzern: Edition SZH, 117-133.
- Vornholt, B. (1993): Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen (Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 6). Berlin: Marhold, 121-138.
- Welling, A. (1990): Zeitliche Orientierung und sprachliches Handeln. Handlungstheoretische Grundlagen für ein pädagogisches Förderkonzept. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Wilke, H. (1999): Systemtheorie II: Interventionstheorie. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Wolf, E.S. (1998): Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Anschriften der Verfasser:

Sascha Grote
Marschnerstr. 36
30167 Hannover

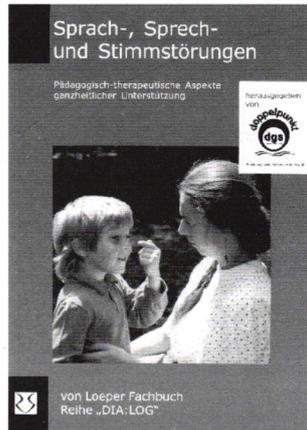
Herr Grote ist derzeit als Mitarbeiter eines gerontopsychiatrischen Wohnbereichs in einem Altenzentrum in Hannover beschäftigt

Jörg Mußmann
Gärtnerstr. 23
20253 Hamburg

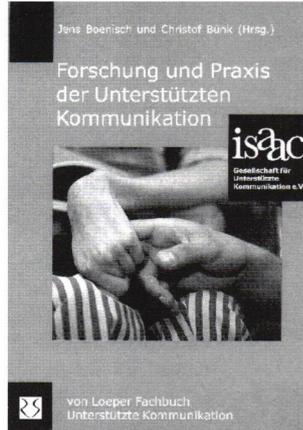
Derzeit Studienreferendar an der Sprachheilschule in Hamburg. Laufende Dissertation zum Thema „Systemtheorie des Vertrauens – in das Vertrauen“ für die Erziehungswissenschaft.

SPRACHHEILPÄDAGOGIK UND UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION

**dgs (Hrsg.):
Sprach-, Sprech-
und Stimmstörungen**
Pädagogisch-
therapeutische
Aspekte ganzheitli-
cher Unterstützung
ca. 160 S., kt., 16,-
ISBN 3-86059-120-7



Alle von Kommunika-
tionsstörungen im weitesten Sinne betroffenen Men-
schen sind auf die pädagogische und therapeutische
Hilfe angewiesen. Der Band vermittelt notwendige
Kompetenz und Orientierung an den neuesten Ent-
wicklungen.



**J. Boenisch, C. Bünk (Hrsg.)
Forschung und Praxis der
Unterstützten
Kommunikation**
ca. 300 S., kt., 18,50
ISBN 3-86059-142-8

*Unterstützte Kommunikation
hat in Deutschland eine bis-
her noch nie dagewesene
Bedeutung erreicht. Dement-*

*sprechend ist in den letzten Jahren auch die Vielfalt an
Kommunikationsförderkonzepten gewachsen. Der Band
bietet das Neueste zum Thema aus Forschung und Praxis.*

Weitere Informationen kostenlos beim

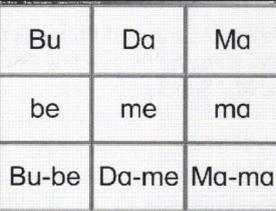
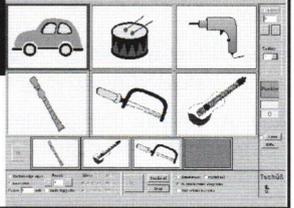
VON LOEPER LITERATURVERLAG

D-76149 Karlsruhe, Kiefernweg 13 Tel.: 0721-706755 Fax: 0721-788370
Mail: Buchservice@vonLoeper.de Internet: www.vonLoeper.de



Software für die Praxis

● **Audio I** Förderung der auditiven Wahrnehmung auf Geräusch- u. Laut-
ebene, Laut- und Bildzuordnung, Sequenzen- und Richtungshören, Figur-
grundwahrnehmung, u.a. dichotische Wiedergabe wählbar, erweiterbar,
180 Bildkarten ausdrückbar, inkl. CD-Audio-Teil mit 120 Geräuschen. **70,00 €**



● **Phonologische Bewusstheit: MIMAMO** mit Hören-Diagnose,
Hören-Schreiben-Training und Hören-Lesen-Training. Der Computer
spricht "mi" oder "bu" oder "la-lu-ma-du" oder sinntragende Silben und
Wörter. Die Inhalte sind frei editierbar. Zur Überprüfung phonologischer
Fähigkeiten und zum Lesen und Schreiben lernen. **Preis: 47,00 €**

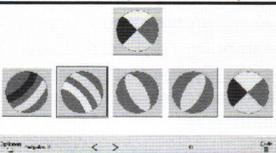


● **Hören-Sehen-Schreiben** mit Bild und Ton. ⇨
Schriftsprachtraining mit den Funktionen: Hören ⇨
Schreiben, Lesen, Erinnern, visuelles und auditives
Zuordnen, inkl. Soundmemory. **Preis: 49,00 €**



● **Universelles Worttraining** mit Tachistoskop,
Fehlbuchstabe, Blitzwort-Gedächtnistraining, Diktat,
Greifspiel, Lesen-Diagnose, zur Legasthenietherapie empfohlen, leicht
erweiterbar, buchstabiert und lautiert jedes Wort. **Preis: 47,00 €**

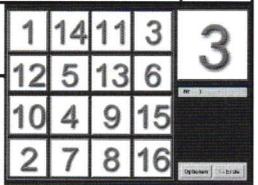
● **Alphabet** Auditives und/oder visuelles Training: **ABC, Zahlen, Farben,**
Bilder, Muster, erste Wörter, in deutsch und englisch. **Preis: 47,00 €**



● **Wahrnehmung** 15 Progr., visuelle Wahrnehmungs-
differenzierung, Reaktionstraining, Hörtest usw. **51,00 €**

● **Wortbaustelle** für Silben und Wortbausteine **47,00 €**

● **Diktattrainer** Diktate, Lückentexte, Groß/Kleinschreibübungen **47,00 €**





Kerstin Bahrfeck, Dortmund; Niklas Fleischer, Dortmund

Stottern und Schule

Enttabuisierung des Stotterns und Transfer von Sprechtechniken in den schulischen Alltag

Ein gemeinsamer Therapiebericht von einer Sprachtherapeutin und ihrem 13-jährigen Patienten

0. Zusammenfassung

Das Thema „Schule“ ist für die meisten stotternden Kinder und Jugendlichen ein heikles Thema. Sprache und Sprechen spielen während der gesamten schulischen Laufbahn eine entscheidende Rolle. Viele stotternde Kinder und Jugendliche ziehen sich aufgrund erlebter sprachlicher Misserfolgserlebnisse immer mehr aus dem unterrichtlichen und sozialen Geschehen zurück. Im Rahmen einer Sprachtherapie reicht es nicht aus, Sprechtechniken einzuüben und darauf zu vertrauen, dass die Kinder und Jugendlichen den Transfer im schulischen Bereich selbstständig bewältigen werden. Sie benötigen hierzu individuelle Hilfestellungen, die sich an ihren jeweils aktuellen Bedürfnissen und ihrer Bereitschaft orientieren, den Problembereich „Schule“ in Angriff zu nehmen. In diesem gemeinsamen Artikel einer Sprachtherapeutin und ihres 13-jährigen Patienten wird gezeigt, wie in einem interaktiven Prozess kreative Möglichkeiten entwickelt und erprobt wurden, die den Transfer in der Schule unterstützt haben.

1. Einleitung

Das Thema „Schule“ ist für stotternde Kinder und Jugendliche oft ein heikles Thema. Der Leidensdruck in der Schule ist nicht selten die Hauptmotivation dafür, eine Sprachtherapie in Angriff zu nehmen.

Die Hoffnung, die die Kinder und Jugendlichen in die Therapie setzen, be-

steht meist darin, dass ihr Stottern dort beseitigt wird und sich demzufolge die Probleme in der Schule „von selbst erledigen“. Diese Hoffnung kann leider nur selten erfüllt werden. Auch wenn das Sprechen mittels Techniken in der Therapie oft schon sehr flüssig ist, bleiben Symptomatik und Leidensdruck in der Schule zunächst meist unverändert. Die Techniken funktionieren in der Klasse nicht so zuverlässig oder sie werden erst gar nicht angewendet, weil es peinlich ist, anders zu sprechen als sonst.

Es ist ein langer und beschwerlicher Weg von der Desillusionierung zur eigenen Aktivität. Dieser Artikel soll Mut machen, die Kinder und Jugendlichen auf diesem Weg zu begleiten. Es braucht viel Geduld und Engagement, aber am Ende stehen oft kreative Aktivitäten, mit denen der Problemkreis Schule in Angriff genommen und bewältigt werden kann.

Anhand eines gemeinsamen Therapieberichtes wird exemplarisch aufgezeigt, wie das Thema „Stottern und Schule“ in der Sprachtherapie thematisiert und wie die Therapie in die Schule hinein wirken kann.

2. Der „Fall“

Ich heiße Niklas Fleischer und bin dreizehn Jahre alt. Zur Zeit gehe ich in die siebte Klasse eines Gymnasiums. Ich arbeite gerne am Computer (echt! nicht nur spielen), spiele wie viele Andere in meinem Alter gerne Videospiele, sammle Figuren aus Überraschungseiern, erfinde und bastele Perlenketten und spiele Posaune.

Ich stottere seit meiner Geburt und unterziehe mich seit meiner Einschulung verschiedenen Therapien. Meine Eltern wollten gern, dass ich eine Therapie mache, und ich selbst wollte das auch, weil mich das Stottern ziemlich nervte.

Ich lernte Niklas vor sechs Jahren kennen, als er im Sprachtherapeutischen Ambulatorium der Universität Dortmund an einer Gruppentherapie teilnahm. Zweieinhalb Jahre später kam er zu mir in die Einzeltherapie.

Gleich zu Beginn fiel mir auf, dass er ausgesprochen viele Talente hat. Besonders hervor zu heben sind seine Kreativität und sein Innovationsgeist. Bei der Aufzählung seiner Hobbys hat er z. B. vergessen, dass er bereits Verfasser und Herausgeber einer Ü-Ei-Zeitschrift ist! Niklas ist zeitlich ständig ausgelastet mit immer neuen Projekten, die er sich ausdenkt und die er auch in die Tat umsetzt.

Niklas stotterte zu Beginn der Therapie massiv, und die Stärke der Symptomatik konnte angesichts seines Alters zunächst erschrecken. Das Stottern war stark tonisch, und Niklas hatte bereits sehr früh eine Vielzahl von Sekundärsymptomen ausgebildet. So hüpfte er z. B. auf einem Stuhl oder trat beim Laufen mit dem Fuß in die Luft, um ein Wort heraus zu pressen. Die Stottersymptomatik war verknüpft mit deutlichen Beeinträchtigungen im sensorischen und motorischen Bereich. Niklas erhielt parallel zur Sprachtherapie Krankengymnastik bzw. auch Sensorische Integrations-therapie.

3. Zentrale Elemente der Therapie

3.1 Therapeutische Zielsetzungen und Inhalte

Niklas besuchte zunächst eine Gruppentherapie im Sprachtherapeutischen Ambulatorium der Universität Dortmund. Der Schwerpunkt dieser Therapie bestand in der Stärkung der Persönlichkeit der Kinder als Basisvoraussetzung, um mit dem Stottern zu arbeiten.

Zu Beginn der Gruppentherapie zeigte Niklas bereits deutliche Anzeichen eines sprachlichen Vermeidungsverhaltens sowie eines damit verbundenen sozialen Rückzugs. Die Gruppentherapie bestärkte ihn darin, dass das, was er zu sagen hat, trotz seines Stotterns uneingeschränkt wichtig ist. Niklas lernte, sich kommunikativ in der Gruppe durchzusetzen.

In der darauf folgenden Einzeltherapie lag der Schwerpunkt auf der Erarbeitung von Sprechtechniken, die Niklas zu einem flüssigeren Sprechen verhelfen sollten. Natürlich wurde jedoch auch in dieser Zeit weiterhin an der emotionalen Auseinandersetzung mit dem Stottern gearbeitet.

Die wichtigsten Inhalte der Therapie werden im Folgenden stichpunktartig zusammengefasst:

Auseinandersetzung mit dem Stottern/Akzeptanz des Stotterns

- Personifizierung des Stotterns (Wie könnte das Stottern aussehen?, Herstellung eines Stottermonsters aus Knete)
- Arbeit mit negativen Emotionen gegenüber dem Stottermonster (Zerstörungsphantasien)
- Symbolisierung des Wunsches nach Kontrolle (Einsperren des Stottermonsters)
- kontinuierliche Kommunikation und Auseinandersetzung mit dem Stottermonster (Gespräche, Briefe)

Identifikation des Stotterns

- Welche Körperteile sind am Stottern beteiligt?
- Was machen die Körperteile beim Stottern? (Erfinden von Zaubersprüchen, die Menschen stottern lassen)

sprüchen, die Menschen stottern lassen)

Funktionsübungen und Sprechtechniken

- Mundmotorische Übungen (vor allem zur Verbesserung der eingeschränkten taktilkinästhetischen Wahrnehmung und Kontrolle)
- Atemübungen
- Kontrastierung von weichem und hartem Sprechen (Erfinden des Weichlandes und Hartlandes, nach Iven/Hansen 1992)
- Kontrastierung von langsamem und schnellem Sprechen (Erfinden des Zeitlupenlandes und des Raserlandes)
- Einüben des „trickfreien Stotterns“ (nach Prüss 1999; vgl. auch Scheidegger 1996)

Transfer

- therapiebegleitende Elternarbeit (Information über den Therapieverlauf, Besprechung von Alltagsproblemen mit dem Stottern, gemeinsame Erarbeitung von Handlungsalternativen)
- Einladung der Eltern zur Therapie
- Einladung von Studierenden zur Therapie
- In-vivo-Übungen (Auskünfte am Telefon einholen, Ü-Ei-Zeitung auf dem Campus verkaufen)
- Einwirkung auf den Problembereich Schule (s. u.)

3.2 Die interaktive Vorgehensweise

Ein grundlegendes Element der Therapie war die interaktive Vorgehensweise (Bahrfeck 1997), welche beinhaltet, dass der Therapeut dem Patienten – d. h. in diesem Falle dem stotternden Kind – nicht ein Therapiekonzept von außen überstülpt, sondern mit ihm zusammen einen Weg findet und geht. „Sprachtherapie wird als gemeinsamer Kommunikationsprozess (Dialog) verstanden“ (Grohnfeldt 1987, 5), an dem sich beide – der Therapeut und das Kind – aktiv beteiligen.

Es wird dabei von einem Menschenbild ausgegangen, nach welchem der Einzelne nicht reagierendes Objekt, sondern handelndes Subjekt ist (Hansen/Iven 1992) und somit die Möglich-

keit hat, sein Leben und seine Umwelt aktiv mitzugestalten. Die Handlungen des Individuums sind subjektiv sinnvoll und bewirken Veränderungen innerhalb der Systeme, denen es angehört.

Konkret bedeutete dies, dass Niklas und ich uns grundlegend in bestimmten zeitlichen Abständen sowie im Detail in jeder Therapieeinheit gemeinsam über unsere Zielsetzungen, die Inhalte und deren Umsetzung verständigt haben.

So bestand bei uns beiden z. B. von Beginn an ein großes Interesse daran, dass Niklas Sprechtechniken erlernt, die ihm helfen sollten, sein äußerst tonisches Stottern zu verflüssigen. Die Auswahl der Techniken konnte ich aufgrund meines fachlichen Wissensvorsprungs zunächst nur selbst treffen, jedoch haben wir ihre Effektivität immer wieder gemeinsam reflektiert. Dabei waren wir durchaus auch nicht immer einer Meinung. So empfand ich z.B. das „trickfreie Stottern“, d. h. die lockere Wiederholung von Silben, als eine für Niklas äußerst geeignete Technik, da sie die tonischen Komponenten des Stotterns ausschaltete und ihm ein hohes Maß an Kontrolle verschaffte. Niklas hingegen lehnte diese Technik ab, weil er dabei immer noch stotterte und zudem auf eine Art, die seine Umgebung nicht kannte und die somit zunächst einmal mehr Aufmerksamkeit auf sich zog, als sein allseits bekanntes Stottern. Heute sagt er, dass das Einüben dieser Technik ihm rückblickend doch viel motorische Kontrolle beim Sprechen verschafft habe.

Ebenso verständigten wir uns über die konkrete Gestaltung des Geschehens in den einzelnen Stunden. Die Ideen für die meisten Projekte kamen hier von Niklas. Eine seiner Erfindungen war z.B. der auf Pappe gezeichnete „Sprechcomputer“, auf dem unsere Sprechtechniken durch entsprechenden Tastdruck abrufbar waren. So übten wir die Techniken ein, indem wir uns über diese Computer unterhielten.

Ein weiteres Beispiel war meine Ü-Ei-Zeitung. Wir erarbeiteten sie zusammen und verkauften sie im Bekanntenkreis. Das war sehr lustig, weil man

die Kopierkosten oft doppelt herausbekam. Ohne die interaktive Vorgehensweise wäre die Therapie langweilig gewesen. Ich hätte wahrscheinlich die Lust verloren, nicht mitgemacht und die Therapie gewechselt.

Auf die Schule bezogen bedeutete die interaktive Vorgehensweise, dass wir immer wieder gemeinsam ermittelten, welche Probleme in der Schule bestanden, was helfen könnte, um diese Schwierigkeiten zu bewältigen und was Niklas in der jeweiligen Phase der Therapie zu tun bereit war (vgl. 5).

4. Problemkreis Schule

Oft beginnt der Leidensweg von stotternden Kindern in der Schule (Benecken 1993).

Sprache und Sprechen spielen während der gesamten schulischen Laufbahn eine entscheidende Rolle. Anders als im Kindergarten findet das Sprechen nicht mehr überwiegend in einem spielerisch-ungezwungenen Rahmen statt. Sprechen wird in der Schule strukturiert und bewertet. Es werden vor allem höhere Ansprüche an die kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten der Kinder gestellt. Gesprächsregeln wie das Abwarten, bis man an der Reihe ist, gegenseitiges Zuhören und aufeinander Bezug nehmen zu müssen, gewinnen an Bedeutung. Wenn ein Schüler im Unterricht einen Beitrag leistet, wird im Normalfall die Aufmerksamkeit des Lehrers und aller Klassenkameraden auf ihn gelenkt. Äußerungen können als falsch oder richtig, angebracht oder nicht zum Thema gehörend sowie mehr oder weniger konstruktiv bewertet werden. Insgesamt ist Sprechen mit einem deutlich erhöhten Leistungsdruck verbunden.

Dieser Leistungsdruck verstärkt in den meisten Fällen die Stottersymptomatik. Die erhöhte Aufmerksamkeit, die das stotternde Kind und sein Umfeld auf das (unflüssige) Sprechen lenken, führt häufig dazu, dass das Stottern als peinlich empfunden wird. Insbesondere in den (leider auch heute noch nicht seltenen) Fällen, in denen stotternde Kinder gehänselt, nachgeäfft und ausge-

lacht werden, entwickelt sich meist ein mehr oder weniger ausgeprägtes sprachliches und/oder soziales Vermeidungsverhalten (Wendlandt 1975, 1980), welches die Schullaufbahn deutlich erschwert.

Das Vermeidungsverhalten kann im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt sein. So stellt für einige stotternde Kinder das Lesen die größte Problematik dar, während dieser Bereich anderen Kindern noch die größte Sicherheit vermittelt. Für einige Kinder ist einfacher, sich unaufgefordert zu melden, während andere lieber dran genommen werden.

Stottern als Kommunikationsstörung betrifft nicht nur das unflüssig sprechende Kind, sondern auch seine Lehrer und Mitschüler. Häufig übt es eine verunsichernde Wirkung auf alle Beteiligten aus (Schindler 1997). Da das Stottern ein relativ seltenes Phänomen ist, fehlt es oft an Wissen und Erfahrung.

Im Alltag wird deutlich, dass jedes stotternde Kind in verschiedenen Situationen flüssig sprechen kann. Wenn nun das Kind im Gespräch mit einem Lehrer Stottersymptome zeigt, so bezieht dieser die Unflüssigkeiten nicht selten auf sein eigenes Erscheinungsbild und Verhalten und entwickelt Schuldgefühle. Bei einigen Lehrern ruft das Stottern auch Gefühle von Wut und Ärger hervor, denn sie meinen, dass das Kind doch flüssig sprechen kann, wenn es nur will.

Verunsicherung, Schuldgefühle oder Wut verhindern einen empathischen Umgang mit dem stotternden Kind. Einige Lehrer schaffen ihm einen künstlichen Schonraum, indem sie keine mündlichen Beiträge mehr verlangen. Andere Lehrer meinen, dass das Kind einfach lernen müsste, sich zu behaupten bzw. auch üben müsste, richtig zu sprechen und ziehen es überdurchschnittlich häufig beim Lesen oder anderen mündlichen Aufgaben heran. Nur selten wird von seiten des Lehrers das Tabuthema „Stottern“ angesprochen und das Kind selbst gefragt, wie es ihm mit seinem Sprechen in der Schule gehe bzw. was ihm helfen könne.

Bei den Mitschülern ruft das Stottern oft Gefühle von Peinlichkeit, Mitleid oder auch Schadenfreude hervor. Die Reaktionen sind vielfältig und reichen von dem Versuch der Nichtbeachtung, über das Angebot von Hilfestellungen (z. B. für einen Freund etwas vorlesen), bis zum Auslachen des betroffenen Klassenkameraden und Nachäffen seines Stotters.

Niklas hatte das Glück, dass sein unflüssiges Sprechen sowohl während der Grundschulzeit als auch auf dem Gymnasium von Lehrern und Mitschülern überwiegend gut akzeptiert worden ist. Er war stets gut in den Klassenverband integriert und hatte Freunde. Trotzdem stellte die Schule während der gesamten Therapiedauer stets den größten Problembereich dar.

Keiner, außer meinen besten Freunden und meinen Lehrern war über das Stottern aufgeklärt. Meine anderen Klassenkameraden ahnten, dass etwas mit meinem Sprechen nicht stimmte, aber sie wussten nicht genau, was. Das hat mich gestört, weil ich dachte, die denken etwas Blödes über mich.

Ich hatte außerdem Hemmungen davor, mich zu melden. Das galt für alle Unterrichtsfächer außer Sport, wo ich wegen einer Muskelschwäche auch nicht gut drin bin. Wenn ich wusste, dass es gerade kritisch ist, habe ich mich an manchen Tagen überhaupt nicht gemeldet. Die Lehrer haben mich dann in Ruhe gelassen, was für mein Lernen ein großer Störfaktor war. Ich habe am Unterricht nicht mehr so aktiv teilgenommen, dadurch wurde es langweiliger und ich habe manchmal abgeschaltet. Wenn ich Fragen hatte, habe ich sie oft nicht gestellt.

Die Bedeutung des Problemfeldes „Schule“ zeigte sich u. a. bei der in monatlichen Abständen stattfindenden Reflexion des aktuellen Standes der Therapie und der gemeinsamen Festlegung konkreter Zielsetzungen für die folgende Zeit. Auf die Frage hin, in welchem Bereich er noch etwas an dem Umgang mit seinem Stottern bzw. auch an dem Sprechen selbst verändern wolle, antwortete Niklas stets: „In der Schule“. Wenn wir jedoch versuchten, konkrete Möglichkeiten zu erarbeiten,

wie wir diesen Problembereich angehen könnten, zeigte sich über lange Zeit, dass Niklas noch nicht bereit war, das Stottern in der Schule zu thematisieren oder Sprechtechniken im Unterricht anzuwenden.

Trotzdem haben wir nicht aufgegeben und sind das Thema Schule immer wieder von Neuem angegangen. Die Geduld und die Beharrlichkeit waren wichtig, und sie haben sich gelohnt. Als Niklas in die sechste Klasse des Gymnasiums ging, war er schließlich bereit, die ersten Schritte zu gehen.

5. Erarbeitung und Umsetzung kreativer Möglichkeiten der Enttabuisierung des Stotterns und Transfers von Sprechtechniken in den schulischen Alltag

5.1 Einladung des Klassenlehrers

Die Einladung von Niklas' Klassenlehrer zu einer Sprachtherapiestunde war der erste Schritt, den Niklas in Bezug auf den Problembereich „Schule“ zu gehen bereit war.

Ich habe als erstes meinen Klassenlehrer eingeladen, weil nach dem Familien- und Freundeskreis ist er für mich derjenige, den man am besten kennt, sozusagen die nächste Bezugsperson in der Schule. Ich konnte mir gut vorstellen, wie er auf das Stottern und die Therapie eingehen würde. Ich habe mir vorgestellt, dass er mich verstehen und er mir helfen würde.

Dem Besuch des Klassenlehrers war ein ausführliches Telefonat vorausgegangen, in dem einige grundlegende Informationen (Klärung von Fragen zum Stottern, Skizzierung der therapeutischen Arbeit, Rückmeldungen zum kommunikativ-sprachlichen Verhalten in der Schule) ausgetauscht wurden. Es zeigte sich, dass der Lehrer ein großes Interesse daran hatte, Niklas bezüglich seines Stotterns im schulischen Rahmen zu unterstützen.

Niklas und ich haben den Ablauf der Stunde mit dem Klassenlehrer gemein-

sam geplant. Zu Beginn der Stunde führten wir unser gewohntes Ritual durch: Niklas sollte auf einem „Stotterbarometer“ (von „supertoll“ über „gut“, „mittel“ und „nicht so toll“ bis „schlecht“) die aktuelle Situation anhand der Kriterien „Symptomatik“ sowie „Umgang mit dem Stottern“ einschätzen.

Anschließend präsentierte Niklas seinem Klassenlehrer das „Stottermonster“ aus Knete und berichtete von dem Tagebuch dieses Monsters. In das Tagebuch schrieb Niklas (meist aus der Sicht des Stottermonsters), ob zum jeweiligen Zeitpunkt eher das Stottern Niklas oder Niklas das Stottern beherrschte. Des Weiteren beinhaltete es Briefe, die Niklas an sein Stottermonster geschrieben und die dieses (bzw. die Sprachtherapeutin) beantwortet hatte.

Den größten Teil der Stunde waren wir mit den Sprechtechniken beschäftigt. Niklas erklärte seinem Lehrer den weichen Stimmeinsatz, und wir übten ihn gemeinsam anhand von Pokemon-Wortlisten und kurzen Sätzen ein. Der Lehrer bemerkte anerkennend, wie schwierig diese Sprechtechnik sei und wie viel Übung ihre Anwendung bedürfe. Interessant war in dieser Phase vor allem auch, dass Niklas (erstmal!) das weiche Sprechen stellenweise in der Spontansprache verwendete – insbesondere dann, wenn er in einen Block geriet.

Am Ende der Stunde reflektierten wir gemeinsam die Stundeninhalte und überlegten, wie wir den Problembereich Schule weiter in Angriff nehmen könnten. Niklas erzählte seinem Klassenlehrer von dem Trickvideo (vgl. 5.2), das wir drehen wollten und versprach, es ihm nach der Fertigstellung zur Ansicht mitzugeben.

Niklas hat durch diesen ersten Schritt die Erfahrung gemacht, dass sein Stottern und die damit verbundenen Probleme in der Schule durchaus ernst genommen und verstanden wurden. Vor allem hat er seine Sprechtechniken zum ersten Mal einer Person aus dem schulischen Rahmen gezeigt. Seine Befürchtung, dass sein Sprechen mit den Techniken auffälliger sein könn-

te, als sein Stottern, wurde nicht bestätigt. Die Techniken trafen – im Gegenteil – auf eine hohe Akzeptanz, da Niklas' Sprechen so viel verständlicher wurde und es nicht so lange dauerte, bis er etwas erzählt oder vorgelesen hatte. Des Weiteren erfüllte es ihn mit Genugtuung, dass der Lehrer beim Ausprobieren der Techniken zunächst selbst einige Schwierigkeiten hatte und anerkennend bemerkte, dass das ganz schön schwierig sei, was Niklas da gelernt hätte.

5.2 Die Fragebogenaktion und das Trickvideo

Nachdem Niklas Klassenlehrer uns besucht hatte, erschien es plötzlich möglich, weitere Aktionen bezüglich der Schule zu unternehmen.

Ich schlug Niklas vor, gemeinsam mit mir (oder allein) eine Stunde zum Thema Stottern in seiner Klasse zu halten und in diesem Rahmen seine Sprechtechniken zu präsentieren. Wenn seine Klassenkameraden eingeweiht wären, würde es ihm sicher leichter fallen, die Techniken im Unterricht anzuwenden. Niklas sah dies zwar ein, jedoch war er nicht bereit, sich vor die Klasse zu stellen und die Tricks zu präsentieren. Da kamen wir auf die Idee, in der Therapie ein Video zu drehen, das er in der Klasse zeigen könnte.

Wenn man die Sprechtricks direkt vor der Klasse zeigt, ist es schon etwas peinlich und man ist sehr nervös. Mit dem Video habe ich es mir besser zgetraut. Ein Video zu drehen und zu zeigen, finde ich außerdem „profimäßiger“, und es kommt bei den Klassenkameraden besser rüber. Das Video war aufwändig zu drehen und zeigt, dass die ganze Sache eine gewisse Ernsthaftigkeit hat, dass man es nicht „just for fun“ macht.

Auf dem Video haben wir gemeinsam die verschiedenen Sprechtechniken, d.h. das „trickfreie Stottern“ (= Silben wiederholen), sowie langsames, weiches und betontes Sprechen erläutert, und Niklas hat sie beim freien Sprechen bzw. auch beim Vorlesen selbst erfundener Geschichten (z. B. über das Schneckenland, das Weichland) demonstriert.

Zusätzlich haben wir noch einen Fragebogen für Niklas Klassenkameraden entwickelt, den sie nach Ansicht des Videos ausfüllen sollten. Die Fragen hat im wesentlichen Niklas allein bestimmt und formuliert.

hirn“) und psychosoziale Aspekte („wenn man zu aufgeregt ist“, „wenn man vor vielen Leuten spricht“).

Die Fragebögen zeigten deutlich, dass das Stottern im Allgemeinen bei den Mitschülern auf eine hohe Akzeptanz

chen wurde von vielen positiv bewertet.

Ich danke euch für diese Rückmeldung und werde mich bemühen, in Zukunft zunächst einmal im Unterricht bei Herrn L. häufiger Sprechetechniken zu verwenden.

Fragebogen

1. Was meinst du, ist Stottern?
2. Wie stehst du zum Stottern?
3. Nervt dich das Stottern?
4. Findest du es besser, wenn Niklas stottert oder einen Trick anwendet (wie auf dem Video)?
5. Welchen Trick findest du am besten? (Silben wiederholen, langsam sprechen, weich oder betont sprechen).

Abb. 1

Die Idee mit dem Fragebogen habe ich gehabt, weil ich finde, die Klassenkameraden müssen mit einbezogen werden, bevor ich die Tricks anwende. Sie müssen ja auch mit den Techniken einverstanden sein.

Als das „Trick-Video“ fertig gestellt war, haben wir es zunächst Niklas' Klassenlehrer ausgeliehen. Eine Woche später wurde es dann im Klassenunterricht präsentiert. Niklas hatte zunächst vor, während dieser Zeit den Klassenraum zu verlassen, aber er hat es doch geschafft, dabei zu bleiben. Die Mitschüler honorierten das Video mit Applaus.

Anschließend wurden die Fragebögen ausgefüllt. Niklas brachte sie zur folgenden Therapiestunde mit. Interessant waren die Vermutungen der Schüler, was Stottern sein könnte. Die „Definitionen“ umfassten symptomatologische (z. B. „stockendes Sprechen“, „Wörter nicht richtig aussprechen können“, „wenn man etwas wiederholen muss“), organisch-konstitutionelle („zu kurze Stimmbänder“, Zerrung an den Stimmbändern“, „eine Störung im Ge-

traf. Die Frage, ob Niklas' Stottern seine Mitschüler nerve, wurde von den meisten zunächst verneint. Einige gaben jedoch an, dass Niklas manchmal schwer verständlich sei und dass es anstrengend sei, ihm zuzuhören, da er sehr lange brauche, um etwas zu erzählen.

Niklas selbst war es besonders wichtig, die Bögen quantitativ auszuwerten. Hier sind die Ergebnisse unserer Fragebogenaktion (Fragen 1 und 2):

Zu Frage 4: 95 % meiner Mitschüler wünschten, dass ich in der Schule eine Sprechetechnik anwende, 5 % war es egal.

Zu Frage 5*: Die Sprechetechnik-Hitliste sah so aus: langsam sprechen (59%), weich sprechen (50%), betont sprechen (35%), Silben wiederholen (trickfreies Stottern: 7%).

Niklas gab der Klasse die folgende schriftliche Rückmeldung:

Die meisten in der Klasse wünschen, dass ich beim Sprechen eine Sprechetechnik (Trick) verwende. Die Favoriten sind dabei das langsame und weiche Sprechen. Auch das betonte Spre-

5.3 Der Verstärkerplan

Obwohl Niklas sich vorgenommen hatte, bei seinen mündlichen Beiträgen im Unterricht die Sprechetechniken anzuwenden, schaffte er dies zunächst nicht. Er sprach weiter mit seinem alten Stottern, und an schlechten Tagen versuchte er, Sprechsituationen möglichst auszuweichen. Aus diesem Grund haben wir gemeinsam ein Verstärkersystem entwickelt und einen Vertrag miteinander abgeschlossen:

Vertrag

Ich, Niklas Fleischer, geb., bemühe mich im Unterricht bei Herrn L. zukünftig, bei meinen mündlichen Beiträgen Sprechetechniken (weich und langsam, ggf. auch betont sprechen) zu verwenden. Je nach meiner eigenen Einschätzung und der von Herrn L. und meinen Mitschülern erhalte ich nach jeder Stunde jeweils 0-2 Punkte für meine Bemühungen.

Ich, Kerstin Bahrfeck, geb., verpflichte mich hiermit, Niklas Fleischer für 40 durch die Verwendung von Sprechetechniken erkämpfte Punkte einen Amigo Pokemon TCG Booster zu schenken.

(Niklas Fleischer)

(Kerstin Bahrfeck)

Abb. 2

* Die Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil der Schüler (Klassenstärke 29 Schüler), die den jeweiligen Trick als am besten bewerteten. Mehrfachnennungen waren möglich.

Der Inhalt des Vertrags wurde mit dem Klassenlehrer abgesprochen. Dieser ernannte zwei Mitschüler zu seinen (geheimen) Beratern, mit deren Hilfe er nach jeder Stunde Niklas mündliche Beiträge auf die Anwendung der Techniken hin auf der Skala von 0 – 2 Punkten bewertete. Die Punkte wurden auf einem Verstärkerplan gesammelt.

Ich wollte die Techniken natürlich auch von mir aus einsetzen, aber es war immer noch etwas peinlich und anstrengend. Der Verstärkerplan hat mir zuerst gut geholfen, zielstrebig zu sein. Freiwillig würde ja keiner so eine Arbeit auf sich nehmen.

Am Ende habe ich den Plan nicht durchgehalten, weil es mir zu anstrengend wurde, ständig auf die Techniken zu achten. So habe ich den Booster leider nicht bekommen.

Resumee

Ich fand es gut, dass meine Lehrer und Mitschüler über mein Stottern aufgeklärt worden sind. Ich wusste dadurch, dass mein Stottern akzeptiert wird und dass ich nicht als das „Schwarze Schaf“ gelte. Außerdem hat die Aktion in der Schule geholfen, dass keiner mehr Mitleid mit mir haben musste. Das hatte mich immer gestört, und die Schonung (ich musste z. B. nicht vorlesen) hat meinen Lernprozess eingeschränkt.

Im Moment ist es so, dass ich nur noch phasenweise stottere und wenn, dann nur stark abgeschwächt. Somit brauche ich die Sprechtechniken meistens nicht mehr. Wenn es hart auf hart kommt, benutze ich sie aber noch und kann mein Stottern damit ganz gut kontrollieren. Vor allem traue ich mich jetzt mehr, mit Anderen über mein Stottern zu sprechen und habe deshalb auch keine Sorge, nach dem Schuljahreswechsel mit den neuen Lehrern zu recht zu kommen.

Ich habe aus der Therapie mit Niklas vor allem zwei Dinge gelernt:

Einmal habe ich erfahren, dass Kinder bzw. Jugendliche Sprechtechniken noch ganz anders erleben als Erwachsene. Sie verfügen in geringerem Maße über die Fähigkeit, die Effektivität einer jeweiligen Technik objektiv einzu-

schätzen. So hat bei Niklas das „trickfreie Stottern“ sehr gut funktioniert, jedoch mochte er diese Technik zunächst nicht und empfand sie als unfälliger, als sein eigenes Stottern (vgl. 3.2).

Im Nachhinein empfinde ich es als richtig, diese Technik angeboten zu haben, da sie über eine bessere Kontrolle der Sprechmotorik zu einem insgesamt deutlich flüssigerem Sprechen geführt hat. Es ist jedoch wichtig zu akzeptieren, wenn die Kinder und Jugendlichen sich mit der in den Augen des Therapeuten „wunderbar funktionierenden“ Sprechtechnik nicht wohl fühlen und ihr Sprechen als „lächerlich“ empfinden. Das Ausprobieren und Einüben einer Technik aus der „Trick-Kiste“ im Rahmen der Therapie bedeutet damit nicht gleich, dass ein diesbezüglicher Transfer erwartet werden kann. Vielmehr handelt es sich noch um ein „Stöbern“ und „Experimentieren“. Wichtig ist dabei vor allem, dass die Kinder und Jugendlichen die Erfahrung machen, dass sie unterschiedlich sprechen bzw. auch stottern können und dass sie somit dem Stottern nicht ohnmächtig ausgeliefert sind. Der Transfer von Sprechtechniken in den Alltag – und dabei vor allen Dingen in die Schule – gestaltet sich bei Kindern und Jugendlichen noch aus einem weiteren Grund als schwierig: Auf der einen Seite empfinden sie einen hohen Leidensdruck und wollen, dass sich etwas verändert. Auf der anderen Seite sind sie oft nicht bereit, selbst etwas zu dieser erwünschten Veränderung der Situation beizutragen, indem sie z. B. offen über das Stottern sprechen. Für sie ist es „uncool“, eine vermeintliche Schwäche in der Gruppe zu thematisieren.

Es ist zunächst einmal wichtig, als Therapeut diese Ambivalenz zu verstehen. Einerseits brauchen die Kinder und Jugendlichen jemanden, der sie immer wieder motiviert, Problembereiche in Angriff zu nehmen, andererseits erfordert es viel Geduld und Akzeptanz, bis die Bereitschaft da ist, die dazu notwendigen Schritte zu gehen. Voraussetzung für die Entwicklung konstruktiver Lösungen ist m. E. die aktive Ein-

beziehung der Kinder und Jugendlichen im Sinne der interaktiven Vorgehensweise (vgl. 3.2).

Eine weitere Schwierigkeit bezüglich des Transfers von Sprechtechniken liegt in der dazu erforderlichen Selbstdisziplin, die viele Kinder und Jugendliche nicht durchgängig aufbringen können. Auch bei Niklas hat sich gezeigt, dass das Verstärkersystem am Ende nicht mehr motivierend genug war, um ihn zur Anwendung der Sprechtechniken zu bewegen. Wichtig war für ihn jedoch, dass er die Möglichkeit gehabt hätte, anders zu sprechen. An die Stelle der Ohnmacht ist die Freiheit der Entscheidung getreten. Für mich als Therapeutin bedeutet dies, Mut und Zuversicht zu vermitteln, dass der Jugendliche – auch ohne Verstärkersystem – lernen wird, eigene Verantwortung für sein Sprechen und damit auch für sein Stottern zu übernehmen.

Abschließend sei noch erwähnt, dass unser Modell zur Enttabuisierung des Stotterns und zum Transfer von Sprechtechniken in den schulischen Alltag nur wirksam sein konnte, weil eine wichtige Bedingung erfüllt war: Die Kooperation mit Niklas Klassenlehrer war äußerst fruchtbar. An dieser Stelle möchte ich mich noch einmal ganz herzlich für sein Engagement – die zahlreichen Telefonate, den Besuch in der Therapie und die uns zur Verfügung gestellten Unterrichtsstunden – bedanken.

Literatur

Bahrfeck, K. (1997): Interaktiv-orientierte Therapie bei stotternden Kindern. Theoretische Diskussion und praktische Erprobung im Rahmen der Therapie eines stotternden Kindes. Dortmund: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Benecken, J. (1993): Wenn die Grazie mißlingt. Zur psychosozialen Situation stotternder Menschen. Regensburg: Roderer.

Dell, C. (1994): Therapie für das stotternde Schulkind. Köln: Demosthenes.

Grohnfeldt, M. (1987): Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalysen und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer

Berücksichtigung der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 32, 1-9.

Hansen, B., Iven, C. (1992): Stottern bei Kindern im (Vor-)Schulalter. Dynamische Prozesse und individualisierte Sichtweisen in Diagnostik und Therapie. Die Sprachheilarbeit 37, 227-239.

Prüss, H. (1999): ITP-Integrative Therapie nach Prüss. Unveröffentlichtes Fortbildungsskript.

Scheidegger, B. (1996): Therapie für das stotternde Kind in Anlehnung an die Non-Avoidance-Therapie nach Van Riper. Eine Ideen- und Spielesammlung. Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (Hrsg.): Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Illusion oder Vision?, 617-630. Münster: Kongressbericht.

Schindler, A. (1997): Stottern und Schule. Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer. Köln: Demosthenes.

Wendlandt W. (1975): Resozialisierung stotternder Erwachsener. Ein lernpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Beitrag zur Behandlung des Stotterns. Berlin: Marhold.

Wendlandt, W. (1980): Verhaltenstherapie des Stotterns: Denkansätze, Zielsetzungen, Behandlungsmethoden. Weinheim, Basel: Beltz.

Anschriften der Verfasser

Dipl.-Päd. Kerstin Bahrfeck
Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Lehrgebiet für Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen
Emil-Figge-Str. 50
44221 Dortmund

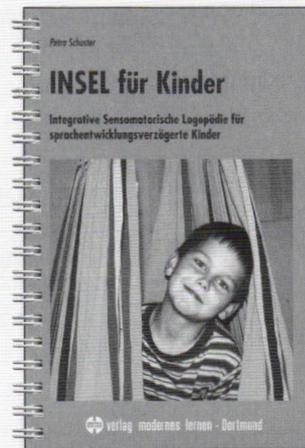
Niklas Fleischer
Schwerter Str. 270
44287 Dortmund

Kerstin Bahrfeck, Diplom-Pädagogin, Sprachtherapeutin, Sonderschullehrerin. Mehrjährige Tätigkeit in Sprachtherapeutischen Praxen. Seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, Lehrgebiet für Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen und Mitarbeiterin des dortigen Sprachtherapeutischen Ambulatoriums. Forschungsschwerpunkt: Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen, Redeflussstörungen im Kindes-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter, Praxisbegleitung, Beratung, Unterrichts- und Therapedidaktik.

Anzeigen

Neuerscheinung Dezember 2002

Petra Schuster
INSEL für Kinder
Integrative
Sensomotorische
Logopädie für
sprachentwicklungs-
verzögerte Kinder



2002, 88 S., Format DIN A5, Ringbindung
ISBN 3-8080-0521-1, Bestell-Nr. 1919
sFr 26,90, Euro 15,30

Portofreie Lieferung durch:

verlag modernes lernen

borgmann publishing

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund
Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

Unser Buchkatalog im Internet:
www.verlag-modernes-lernen.de



Phoenix
software

Sprache baut Brücken zwischen Menschen. Seit über 10 Jahren unterstützen Computerprogramme von Phoenix Software die **Sprachtherapie**. Unsere Produkte ebnen den Weg hin zu erfolgreicher Kommunikation im Alltag.

LingWare 4.1c freigegeben für Windows XP

- Computergestützte Sprachtherapie
- Rund 3500 Übungen mit über 2400 Sprach- und Bilddateien
- Empfohlen von Verbänden, Selbsthilfegruppen, Therapeuten und Sprachwissenschaftlern

AATP 3.1 Neue netzwerkfähige Version

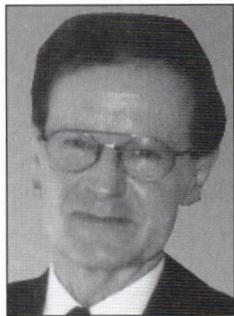
- Sekundenschnelle Auswertungen des Aachener Aphasietestes (AAT)
- Speicherung und graphische Darstellung von Testdaten
- Export von AAT-Daten zur Weiterverwendung in anderen Programmen
- Zugriff auf zentrale AATP-Datenbank über lokales Netz

TouchSpeak/ PCAD NEU

- Kommunikation mit Hilfe von Bildern, Symbolen und natürlicher Sprache
- Text-to-Speech-System für synthetische Sprachausgabe
- Beliebig erweiterbar mit TouchSpeak-Designer
- Betrieb mit gängigem Handheld-PC oder Palmtop (CE)

Adolf-Hombitzer-Str. 12 Tel.: (0228) 971 99-0 www.phnxsoft.com
53227 Bonn Fax: (0228) 971 99-99 reha@phnxsoft.com

Ihr Therapiepartner



Manfred Grohnfeldt, München

Ein Blick hinter die Kulissen der Sprachheilpädagogik*

– Ein Gespräch mit Zeitzeugen –

Vielleicht hat Sie der Titel neugierig gemacht, möglicherweise möchten Sie eine Veranstaltung zum 75-jährigen Bestehen der dgs besuchen. Dabei zeigt sich sehr schnell, welch großer Zusammenhang von Verbandsgeschichte und sich wandelnder Standortbestimmung der Sprachheilpädagogik besteht. Einige Entscheidungen innerhalb des Verbandes haben sich geradezu zu *Weichenstellungen* innerhalb der Sprachheilpädagogik generell entwickelt. Zuweilen ist man sich dabei der Bedeutung des Augenblicks unmittelbar bewusst, manches erschließt sich in seiner Tragweite erst im Rückblick.

Mitunter fragt man sich auch im Sinne einer ungeschehenen Geschichte „Was wäre gewesen, wenn ...?“. Es ist letztlich fiktiv und müßig, darüber zu spekulieren. Doch wir werden sehen, wie weitreichend bestimmte Entscheidungen von einzelnen Personen sein können, wenn diese die Gunst der Stunde und den Zeitgeist nutzten und ihre Vorstellungen visionär und nachhaltig durchsetzen konnten.

Heute sollen dabei vor allem drei bedeutsame Geschehnisse für die dgs und die Sprachheilpädagogik zurückverfolgt werden, um damalige Entscheidungshintergründe durchschaubar zu machen und damit manches, was uns jetzt selbstverständlich ist, vielleicht in einem neuen Licht zu sehen.

Es handelt sich um die Ereignisse im Jahr

- 1990, die die Auswirkungen der Deutschen Einheit für die dgs verdeutlichen,

- 1980, die zum Logopädengesetz führten,

- 1968, die eine „Eigenständigkeit“ der Sprachheilpädagogik proklamierten.

Ich begrüße dabei als Diskussionsteilnehmer

- Regina *Schleiff*, die seit 1990 als Vorsitzende der Landesgruppe Sachsen-Anhalt die Geschehnisse unmittelbar erlebt hat,

- Kurt *Bielfeld*, der als 1. Bundesvorsitzender *Zeitzeuge* der letzten Jahrzehnte war,

- Marianne *Spiecker-Henke*, Logopädin und lange Zeit Vorsitzende des Zentralverbandes für Logopädie (ZVL),

- Henning *Wulff*, lange Zeit Sonderschulkonrektor und im Rahmen der Ausbildung an der Klinik in Hamburg-Eppendorf tätig.

Nicht hier in Halle sein kann Prof. Dr. *Orthmann*, den ich ebenfalls eingeladen hatte, da er über viele Jahre gerade in der Phase der 60-er und 70-er Jahre die Geschichte der Sprachheilpädagogik entscheidend mitbestimmte. Er schickt uns aus seiner Wahlheimat Wyk auf Föhr folgendes Grußwort:

Als einer der Alten unseres Fachverbandes möchte ich aus der Ferne herzliche Grüße und beste Wünsche für eine erfolgreiche Weiterarbeit übermitteln. Genau wie heute standen auch in der „Aufbauphase“ der Nachkriegszeit die aktuellen Probleme unserer rehabilitativen Verpflichtungen zur Debat-

te. Die Sprachlichkeit des Menschen und die Menschlichkeit der Sprache sind die Grundpfeiler unserer Arbeit. Gerade heute in der Phase grenzüberschreitender Sprachströme erweist sich die Macht der Sprache. Es wird verstärkter Bemühungen auch unserer Sprachheilpädagogik bedürfen, in diesem Arbeitsfeld wichtige Beiträge zu leisten.

Herr *Orthmann* wird in diesem Jahr 89 Jahre alt.

Ich komme nun zu unseren Fragenkomplexen:

Die Sprachheilpädagogik und die Deutsche Einheit im Jahr 1990 – ein Zusammenwachsen innerhalb des Verbandes, aber ein Zerbrechen der Strukturen im Osten?

Wie war die Situation im Osten und im Westen? Wie kam der Zusammenschluss zustande? Wie erlebten es die Menschen? Ich frage Regina *Schleiff*.

R. Schleiff: Im Dezember 1989 bin ich mit meinem Auto von Quedlinburg nach Schöning gefahren. Ich kam über eine Grenze, damals noch, mir wurde ein Spiegel unters Auto gefahren. Ich wollte aber nur in eine Sonderschule in



* Podiumsdiskussion am 4.10.2002 auf der XXV. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Halle

Schöning. Ich habe den Schulleiter angesprochen und gefragt: „Gibt es Sprachheilpädagogen an der Schule?“ Nein, in dieser Schule gab es keine. Aber er wusste, dass es in Hannover eine Sprachheilschule gab. Ich bin dann nach Hannover gefahren – ohne Spiegel – und traf dort Herrn *Scheuermann* und Herrn *Rollert*. Herr *Scheuermann* sagte uns, dass es eine Vereinigung gibt, die „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“. Mit dieser Information bin ich nach Hause gefahren, und wir haben dann im Januar 1990 hier in Halle an der Saale mit 25 Sprachheilpädagogen eine Gruppe gebildet, wir haben uns noch nicht „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“ genannt.

M. Grohnfeldt: Vielen Dank, Regina *Schleiff*. Wie war es nun im Westen, z.B. in Berlin, wobei ich gar nicht sagen kann „im Westen“, denn Berlin war ja die Nahtstelle von Ost und West. Und damals im Jahr 1990 gab es sogar 6 Landesgruppen. Ost-Berlin hatte auch eine Landesgruppe. Das kann man sich heute fast gar nicht mehr vorstellen.

Kurt Bielfeld: Für mich war es eine bewegende und aufregende Zeit, da ich ständig Besuch bekam. Ludwigsfelde am Rande Berlins war Fortbildungsstätte gewesen. Prof. *Pahn* beispielsweise bot Stimm-Kurse an. Dann kam ein Anruf aus Brandenburg. Frau *Skupio* war damals diejenige, die mich anrief und bat, die Landesgruppe aufzubauen, was ich gerne getan habe. In Berlin-Ost sowieso, und später dann bei Regina *Schleiff* und in anderen neuen Bundesländern. Es gab immer mehr Männer, die aus dem Westen geholfen haben, die neuen Landesgruppen zu beraten und aufzubauen. Das war eine unheimlich bewegende Zeit, und mich hat die Offenheit sehr gefreut, mit der man auf uns zuing. Wir haben sicherlich nicht alle Erwartungen erfüllen können. Es ist viel kaputt gegangen, was hätte erhalten werden können. In Berlin hat man sich dann geeinigt, dass es nur noch eine Landesgruppe gibt.

M. Grohnfeldt: Wenn ich die Situation im Hauptvorstand sehe, so kann

man wirklich von einem Zusammenwachsen, einer Einheit alter und neuer Bundesländer (bzw. Landesgruppen) sprechen. Die Einheit der Sprachheilpädagogik – kann man auch davon sprechen? Wenn wir uns den bildungspolitischen Kontext ansehen, dann war das ja kein Zusammenwachsen. Stattdessen gab es sogenannte „Partnerschaften“ von einem alten und einem neuen Bundesland, die einander zugeordnet wurden. Das neue Bundesland hat sich dann jeweils an den Strukturen des alten Bundeslandes orientieren müssen. Die Folge war die Zerschlagung eines funktionierenden Systems aus Vorschuleinrichtungen, Sprachheilschulen, LRS-Klassen und stationären Einrichtungen in der ehemaligen DDR. – Wie kann man das rückblickend sehen?

R. Schleiff: Man kann sagen, dass es fast wie eine Übernahme war. Und es wurde immer gesagt „Erhaltet euch das“, aber keiner sagte „Wir machen das auch so“. Und das bedaure ich ein bisschen. Gerade im Bereich der Frühförderung, da ist soviel weggebrochen in den letzten 10 Jahren. Das wieder aufzuholen, das bedarf sehr langer Zeit.

M. Spiecker-Henke: Ich möchte das auch in anderen Bereichen nachvollziehen. Ich habe auch Musik studiert, ich bin auch Gesangspädagogin. In diesem Bereich ist es genauso. Was dort alles so gut gewesen ist, das wurde alles zugedeckt und konnte sich nicht entfalten. Das ist eigentlich ganz traurig, sehr, sehr schade.

M. Grohnfeldt: Man kann fragen: „War es das, was sein sollte, was man wollte?“ Waren es Dinge, die man gar nicht beeinflussen konnte – die Rahmenbedingungen. Oder waren es auch einzelne Personen? – Im Zusammenhang mit dem Logopädengesetz waren es ganz sicher einzelne Personen.

Das Logopädengesetz aus dem Jahr 1980 – damals in der dgs in seiner Bedeutung verkannt oder eine bewusste Priorität für die schulische Sprachheilpädagogik?

Frau *Spiecker-Henke*, Sie sagten mir einmal, dass Sie bei der Übernahme des Vorsitzes des Zentralverbandes für Logopädie von Prof. Hermann *Gutzmann* jun. einen Schuhkarton mit den Adressen von 40 Mitgliedern vorgefunden und den Vorsitz abgaben, als der ZVL (der heutige dbI) über 1000 Mitglieder hatte.

Wie kam es zu diesem einzigartigen Aufstieg, der heute in einem Mitgliederbestand von über 8000 Mitgliedern gipfelt – mehr als in der dgs mit 6500 Mitgliedern, davon 1500 im dbS?

M. Spiecker-Henke:

Ich habe das 1968 mit 40 Mitgliedern übernommen, und die Situation war so, dass wir 1970 Verhandlungen mit dem Gesundheits- und dem Bildungsministerium in Gang gesetzt haben, weil jeder behandelt hat und man absolut nicht wusste, wer aufgrund der Kann-Bestimmungen behandeln darf. Ganz wichtig war das Rehabilitationsangleichungsgesetz aus dem Jahr 1974, denn jetzt waren die Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet. Hinzu kam, dass die Berufsbezeichnung nicht geschützt war. Also war allen ein freies Feld eröffnet. Wir haben Verhandlungen aufgenommen. Ich habe versucht zu verdeutlichen, was eine Sprach- und eine Stimmstörung ist. Und da habe ich einen Politiker, der selbst eine Stimmstörung hatte, einmal behandelt. (Klingelzeichen zur Zeitbegrenzung) ... Darf ich das noch sagen?...

M. Grohnfeldt: Ich stelle einfach eine neue Frage: Was ist das Besondere am Logopädengesetz?

M. Spiecker-Henke: Das Besondere am Logopädengesetz hatte zwei Seiten. Einmal war es das, dass es die Berufsbezeichnung schützte, unsere Ausbildungs- und Prüfungsordnung vereinheitlichte. Aber – es war auch ein Klotz am Bein. Wir waren Exoten, Paradiesvögel, mit diesen Eingangsvoraussetzungen. So etwas wie uns gab es nicht. Die Berufsbezeichnung und die gewisse soziale Sicherheit, das ist gut. Aber



jetzt haben wir keine Möglichkeit, uns weiter zu entwickeln. Die Forschungsbereiche laufen uns davon. In der Ausbildung können wir dem einfach nicht mehr standhalten. Und es war immer unser Bestreben, eine theoretische und eine praktische Ausbildung ganz eng zu konzentrieren. Aber jetzt ist es so, dass wir auf Grund der wissenschaftlichen Entwicklung den theoretischen Rahmen in dieser Ausbildung nicht mehr leisten können, und außerdem sind wir die einzige Berufsgruppe im europäischen Raum mit diesen Eingangsvoraussetzungen. Wir passen einfach nicht hinein, und wir hatten keine Chance, da etwas zu ändern.

M. Grohnfeldt: Das heißt, es handelt sich eher um eine ambivalente Situation. Damals – 1980 – stand die geschützte Berufsbezeichnung im Vordergrund, die bundesweit war und nicht durch die Kulturhoheit der Länder begrenzt wurde. Aber jetzt gibt es eine Schwierigkeit: europaweit sind die deutschen Logopäden diejenigen, die nicht akademisch ausgebildet sind. Ich frage einmal in die Runde, vor allem aber Kurt Bielfeld: „Wurde das Logopädengesetz von der dgs in seiner Bedeutung nicht erkannt, oder war es eine bewusste Priorität für die schulische Sprachheilpädagogik?“

K. Bielfeld: Im Nachhinein ist es leichter, gewisse Entwicklungen und Weichenstellungen zu erkennen. Die schulische Seite war eindeutig dgs-Seite und die Anzahl der außerschulisch Tätigen war so gering. Das sieht man daran, dass man 1980 einen Referenten für Berufsfragen gewählt hat, nämlich mich, der sich um die Belange der außerschulisch Tätigen kümmern sollte. Man hat gemerkt, da gibt es noch eine andere Gruppe, aber man ist ihr nicht gerecht geworden – bis in die späten 90-er Jahre hinein. Zum anderen hat das Logopädengesetz eine Präambel. Und in der wird gesagt, dass die anderen Berufsgruppen nicht verdrängt werden sollen. Und das hat erst einmal beruhigend gewirkt. Im Nachhinein war das dann nicht so deutlich. Wir sind 1997/98 beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages vorstellig

geworden, haben auch Recht bekommen im Hinblick darauf, dass die anderen Berufsgruppen weiterhin behandlungsberechtigt sind im Rahmen ihrer Ausbildung. Heute gibt es ja sogar ein höchstinstanzliches Urteil, wonach die klinischen Linguisten, aber das gilt für alle akademisch ausgebildeten Sprachtherapeuten, im Rahmen ihrer Ausbildung Behandlungsbefugnis haben.

M. Grohnfeldt: Man sieht, wie alleine schon an diesem Urteil deutlich wird, dass wir heute eine total veränderte Standortbestimmung der einzelnen sprachtherapeutischen Berufsgruppen haben im Vergleich zum Jahr 1980. Nun, der Hintergrund meiner Frage ist der, dass in der Dissertation von Herrn Dr. *Maihack* auch angesprochen wird, dass es sich um eine bewusste Entscheidung für den schulischen Rahmen handelte. Ich glaube, das kann man ganz unterschiedlich sehen. Das sind Meinungsbilder, das sind keine Fakten in dem Sinne. Aber – die Auswirkungen des Logopädengesetzes sind unumstritten.

Wie ist nun heute das Verhältnis von dgs und dbl nach dem Kooperationsvertrag vom 17.4.2002? Ich weiß nicht, ob das allgemein bekannt ist. Es gibt eine sogenannte Arbeitsgemeinschaft – man beachte den Ausdruck „Arbeitsgemeinschaft“. Dort werden die gemeinsamen Interessen sehr deutlich angesprochen. Was bedeutet das für die dgs?

K. Bielfeld: Das wird sich zeigen. Der dbs ist ja ein Teil der dgs. Die Symbiose ist ja noch sehr eng, wie wir auf der Delegiertenversammlung feststellen konnten. Ich weiß nicht, was das bedeutet. Wir werden heute abend erstmals, was mich freut, die Präsidentin des dbl, Frau *Rausch*, zu Gast haben und Herrn Lukas *Rosenthal*, den Geschäftsführer. Wir hatten immer in den Bereich der außerschulisch Tätigen Kontakte, die in einer Zeit, als Frau *Spiecker-Henke* oder Frau *Breuer* Vorsitzende waren sehr herzlich und menschlich angenehm waren. Und dann gab es eine Eis-

zeit aus meiner Sicht gesehen, die bis zur Ära von Frau *Rausch* ging. Seit Frau *Rausch* da ist, ist der Verband gesprächsbereit. Ich denke, da öffnet sich wieder etwas – auch weil die Logopäden die Notwendigkeit sehen, ihre Ausbildung zu akademisieren. Hier können der dbs und die dgs unterstützend wirken.

M. Grohnfeldt: Also ganz offensichtlich hängt es auch von den beteiligten Personen ab, ob eine Eiszeit kommt oder nicht. Und es hängt natürlich von den Rahmenbedingungen ab, die sich innerhalb der letzten 20 Jahre gewandelt haben. Heute ist vieles mehr auf Kooperation angelegt. Man muss sehen, wie es sich entwickelt.

M. Spiecker-Henke: Wir waren ein Heil-Hilfsberuf und kamen in eine ganz andere Richtung hinein, das darf man nicht vergessen. Und dann war es so, wir waren politisch natürlich in ganz bestimmten Zwängen. Eine Berufsgruppe der Heilberufe, die einem Medizinstudium am nächsten kommt. Im Rahmen einer Berufsschule sollte die Ausbildung stattfinden: „Chancengleichheit für alle, Transparenz von unten bis oben“, waren die Schlagworte. – Daneben gab es den Kostenfaktor. Um die Akademisierung, um die Eingangsvoraussetzung haben wir gekämpft wie die Löwen. Aber gegen die Macht von Bundesministerien kommt man einfach nicht an.

M. Grohnfeldt: Sie merken, Sie lebt darin. – Kommen wir einmal auf den dritten Bereich, denn auch dort werden wir sehen, wie sich die Rahmenbedingungen geändert haben und auch einzelne Personen sehr wichtig waren.



Die Eigenständigkeitsdebatte im Jahr 1968 – pädagogisch kontrovers, doch zur rechten Zeit?

Ich möchte etwas zu den Hintergründen sagen.

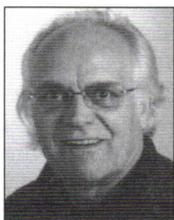
Die 9. Arbeits- und Fortbildungstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland (der jetzigen dgs) in München stand unter dem

Motto „Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik“. So lautete auch der Einführungsvortrag von Prof. *Orthmann*, der die pädagogische Perspektive deutlich hervorhob und eine Emanzipation von der Medizin begründete. Die nachfolgende Diskussion im Plenum war eher durch Missverständnisse beeinflusst und blieb auch in den Veröffentlichungen in der „Sprachheilarbeit“ eher kontrovers. Dennoch gewinnt man rückblickend den Eindruck, dass durch die erklärte Proklamation einer Ausweisung als eigenständige sonderpädagogische Sparte die Sprachheilpädagogik davon profitierte, dass durch die KMK-Empfehlungen aus dem Jahr 1972 ein geradezu sprunghafter Ausbau des Sonderschulwesens erfolgte. In wenigen Jahren vervielfachte sich die Anzahl an Sprachheilschulen. Das wäre bei einer medizinischen Ausrichtung sicher anders gewesen.

Fragen wir einen Zeitzeugen, Herrn Henning *Wulff*.

Was ging dieser Zeit voraus? Wie war das „Lebensgefühl“, allgemein und in der Sprachheilpädagogik? Hatte man den Eindruck einer Aufbruchstimmung?

H. Wulff: Ja, ich muss dazu sagen, dass ich 1966 meine Prüfung als Sonderschullehrer gemacht hatte, und 1968 war diese Tagung in München. Ich war damals also einer der jüngsten Tagungsteilnehmer. Heute bin ich hier einer der Ältesten. Daran sieht man, dass wir hier doch einige Jahrzehnte zurückgehen bis 1968. Herr Prof. *Grohnfeldt* hat es schon erwähnt, dass dabei kontroverse Meinungen geäußert wurden auf dieser Tagung, bei diesem Thema von Prof. *Orthmann*. Ich war neu in dem ganzen Geschäft, hatte natürlich durch meinen Vater einiges an Hintergrundwissen. Was ich aber als positiv vielleicht doch ergänzen sollte, dass die Auswirkungen, von denen Sie sprachen, zu Richtlinien für Sprachbehinderte, sei es in Hamburg oder auf Bundesebene, führten, an den



nen ich als junger Kollege mitarbeiten durfte.

M. Grohnfeldt: Was bedeutete „Eigenständigkeit“ damals?

H. Wulff: Die war ja immer verbunden mit der Medizin, auch von der Phoniatrie her. Und die Mediziner hatten wesentlichen Einfluss, sei es aus der Zeit in Wien (*Fröschels*). Und jetzt wollte die Sprachheilpädagogik auf eigenen Füßen stehen. Ich hatte als junger Kollege eigentlich nicht den Eindruck, dass die Mediziner unbedingt etwas dagegen hatten.

M. Grohnfeldt: Ich war bei dieser Tagung natürlich noch nicht dabei. Aber ich habe die Protokolle gelesen und habe auch den Eindruck, dass damals keine Kontroverse stattfand. Aber es war eine nachhaltige Weichenstellung in dem Sinne. – Was bedeutet „Eigenständigkeit“ heute? Kann man überhaupt noch von Eigenständigkeit sprechen? Die Rahmenbedingungen haben sich zum Teil gewandelt, die Personen natürlich auch.

Sollte man statt einer Proklamation von Eigenständigkeit heute eher eine Bündelung von Kräften vornehmen, um gemeinsame Interessen durchzusetzen – gegen Krankenkassen oder Ministerien? Wie sind die Abgrenzungen und Überschneidungsbereiche im interdisziplinären Feld? Fragen wir Kurt *Biefeld*.

K. Biefeld: Als ich Bundesvorsitzender wurde vor 16 Jahren war die Eigenständigkeitsdebatte weitgehend abgeschlossen. Es war für mich selbstverständlich, dass wir eine eigenständige Berufsgruppe waren, die gleichberechtigt mit einem akademischen Studium neben dem Phoniater steht. Es war auch immer mein Ziel, zu dieser Gruppe gute Kontakte zu haben. Ich habe persönlich mit vielen Phoniatern gesprochen. Manchmal erlebte ich gegenseitige Wertschätzung. Manchmal war es so, dass man keinen Kontakt bekam. Dann haben wir es gelassen. Ich könnte hier etliche Namen nennen. Ich denke, es war eine große Geste, dass ich vor zwei Jahren Vorstandsmitglied in einer medizini-

schen Gesellschaft wurde, was bisher einmalig ist als Pädagoge innerhalb der „Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde“. Das zeigt doch, dass also von dieser Seite auch Öffnung da ist. Wie weit das führt, weiß ich nicht. Aber ich denke, es ist wichtig, die Kontakte zu halten und sich auszutauschen, um Entwicklungen zu erkennen.

Und eins noch zu den Empfehlungen der Kultusministerien. Das hat uns im schulischen Bereich sehr gestärkt, denn im zweiten Teil – 1997 glaube ich – wurde drei Mal gesagt, die Sprachheilschule macht Sprachtherapie, sprachtherapeutische Interventionen usw. Die KMK hat sich zuvor immer geweigert, den Therapiebegriff überhaupt aufzunehmen. Das ist uns über Barbara *Kleinert-Molitor* gelungen, die da maßgeblich mit beteiligt war. Ich denke, damit ist auch unsere Arbeit gut beschrieben.

M. Grohnfeldt: Wir sehen, wie sich die Zeiten gewandelt haben und wie dadurch ganz veränderte Konstellationen zwischen den Berufsgruppen – Logopäden, schulischen und außerschulischen Sprachheilpädagogen, klinischen Linguisten, Sprechwissenschaftlern usw. möglich werden. Das ist heute total anders als vor 20 Jahren – und es gibt andere Personen. Wir haben also vielleicht auch ganz andere Möglichkeiten. Wie stehen eigentlich die Mediziner dazu? Die haben wir ja nahezu herausgelassen.

H. Wulff: Wenn ich da ganz kurz etwas dazu sagen kann. Die Zusammenarbeit mit den Medizinern war auf meinem Spezialgebiet, den Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, in Eppendorf nie ein Problem.

Damals nicht, als ich da schon sehr früh einstieg und jetzt dort über 30 Jahre tätig bin, und auch heute nicht. Das muss man sich als Sprachheilpädagoge natürlich erarbeiten. Ich muss schon einige Leistungen hervorbringen, um dann auch mit den Medizinern zu diskutieren. Und heute ist es überhaupt kein Problem, dass Chirurgen zu mir kommen, und mich fragen „Herr *Wulff*, würden Sie operieren oder würden Sie

noch warten?“ Und dann wird das abgestimmt. Das ist natürlich eine Ausnahmesituation, ich weiß es.

M. Grohnfeldt: Das ist regional total unterschiedlich. Ich kann mir vorstellen, dass jeder dazu eigene Erfahrungen einbringen kann, die eben ganz erheblich variieren. Aber ich denke nicht nur an die regionalen Erfahrungen „vor Ort“, sondern vor allem an die Verbände, an offizielle Vertreter im Rahmen der Medizin und der Sprachheilpädagogik usw. Wir haben bisher die Mediziner quasi ausgelassen. Sie haben aber natürlich eine ganz wichtige Entscheidungskompetenz. Und wenn wir derzeit möglicherweise wieder an einer Weichenstellung stehen, sind sie mitbeteiligt.

Gibt es dazu eine offizielle Meinung?

K. Bielfeld: Es gibt generell keine Absprachen. Es gibt keine offiziellen Gespräche zu dieser Problemlage. Man hat einige Hardliner unter den Phoniatern, die sagen: „Euer Bereich ist ein-

zig die Schule und sonst gar nichts.“ Es gibt andere, die schon erkennen, dass da auch Leute sind, die eine Ausbildung haben und im außerschulischen Bereich arbeiten können. Aber wir sind nicht so weit, dass es eine generelle Aussage gibt im Sinne von „pro Sprachheilpädagogik“. Wenn es eine gäbe, wäre sie wahrscheinlich nicht so positiv für uns. Das ist meine Einschätzung.

M. Grohnfeldt: Ich möchte hier einmal eine kleine Zäsur machen, denn ich blicke auf die Uhr, und auch Sie im Saal sollen ja noch beteiligt werden.

Wir alle wissen: Die Geschichte wiederholt sich nicht. Dennoch gewinnt man an Erfahrungen. Was kann man aus der Kenntnis des Vergangenen für die Probleme der Gegenwart und Zukunft mitnehmen? Wir haben hier an ausgewählten Beispielen aus der Verbandsgeschichte der dgs wesentliche Ereignisse aus der Sprachheilpädagogik angesprochen. Wir wollen Ihnen

Gelegenheit geben, dazu Ihre Meinung zu äußern.

Es folgte eine Diskussion mit den Teilnehmern der Veranstaltung, die hier aus Platzgründen nicht abgedruckt werden kann. In lockerer und entspannter Atmosphäre wurden dabei Fragestellungen einer Eigenständigkeit zur Linguistik, zur Notwendigkeit einer Einbeziehung von Medizinern ebenso wie zu einem einheitlichen Berufsbild und Ausbildungsgang, zur Deutschen Einheit sowie zu einer Weichenstellung bedeutender Hamburger Sprachheilpädagogen bei der Neugründung des Verbandes erörtert. Bei allen Teilnehmern des Plenums und Publikums möchte ich mich sehr herzlich bedanken.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Ordinarius für Sprachheilpädagogik an
der Ludwig-Maximilians-Universität
München
Leopoldstr. 13, 80802 München

dgs – Mitteilungen

Veränderungen der schulischen Situation in Niedersachsen

Durch die Novellierung des niedersächsischen Schulgesetzes ergibt sich eine Reihe an Veränderungen, die auch Auswirkungen auf die Schule für Sprachbehinderte hat. Außerdem wurde ein Erlass zum Englischunterricht in Grundschulen veröffentlicht, der zunächst wenig schulformspezifische Aussagen traf.

Nach Auskunft des niedersächsischen Kultusministeriums (MK) wird der Erlass zum Englischunterricht in Grundschulen ab Klasse 3 zum 1.02.03 dahingehend spezifiziert, dass auch explizit die betroffenen Schulformen darin aufgelistet werden. So ist der Englischunterricht auch für die Schulen für Sprachbehinderte vorgesehen. Das MK dankt der dgs Landesgruppe Niedersachsen für den Hinweis. Allerdings haben die Schulen für Sprachbe-

hinderte den Englischunterricht bereits mit Beginn dieses Schuljahres umgesetzt.

Die wesentlichsten Änderungen im neuen niedersächsischen Schulgesetz betreffen die Abschaffung der Orientierungsstufen bzw. deren Selbständigkeit. Die Klassen 5 und 6 werden künftig als Förderstufe den betreffenden Haupt- und Realschulen sowie den Gymnasien angegliedert. In begründeten Ausnahmefällen können die Klassen auch an eine Grundschule angegliedert werden. Dies betrifft die Schulen für Sprachbehinderte eigentlich nicht. In Niedersachsen gibt es nur drei Schulen für Sprachbehinderte, die die Klassen 1 - 9/10 beinhalten. Eine Umorganisation ist hier nicht geplant.

Wichtiger ist die Umgestaltung des Schulkindergartens. So ist die Abschaffung des Schulkindergartens, d.h. die Zurückstellung schulpflichtiger Kinder, vorgeschlagen. Es sollen künftig

alle schulpflichtigen Kinder in Klasse 1 eingeschult werden und je nach Leistungsvermögen die ersten beiden Schuljahre in einer erweiterten Eingangsphase durchlaufen. So können Schüler entweder beide Schuljahre in einem, zwei oder drei Jahren absolvieren. Wie dies organisatorisch konkret aussehen soll, darüber gibt es noch keine Erkenntnisse. Die Diskussion darüber hat erst begonnen und wird kontrovers geführt. Allerdings betrifft dies auch die Schule für Sprachbehinderte, da die meisten Schulen über eine solche Einrichtung verfügen. Das Nebeneinander von Schulkindergarten und erweiterter Eingangsstufe ist nicht beabsichtigt. Inwieweit die Sozialpädagogen, die in der Regel den Schulkindergarten betreuen, künftig anderweitig in den Schulen eingesetzt werden, ist noch nicht geklärt. Auch nicht, ob eine Doppelbesetzung geplant ist, was aber aufgrund der Personalkosten unwahrscheinlich ist.

Eine weitere wichtige Änderung ist die Überprüfung der Sprachkompetenz von künftigen Erstklässlern. Bereits im Herbst eines jeden Jahres sollen alle künftigen Erstklässler durch die Grundschulen erfasst und deren Deutschkenntnisse bzw. deren Sprachkompetenz überprüft werden. Im Bedarfsfall sollen diese Kinder ab Februar eines jeden Jahres dann 2-3mal pro Woche in der Grundschule gefördert werden, um zur Einschulung über die notwendige Sprachkompetenz zu verfügen.

Welche Diagnostik verwendet werden soll, wer die Überprüfung vornimmt oder wer die Förderung durchführt, ist noch unklar. Auch bleibt unklar, wie trennscharf zwischen Sprachbehinderung und mangelnden Deutschkenntnissen unterschieden wird. In diesem Schuljahr starten 20 Grundschulen einen Modellversuch, der dann ausgewertet wird. Eine Gruppe im Kultusministerium hat sich im Vorfeld mit auf dem Markt befindlichen Tests u.ä. beschäftigt, es gibt jedoch noch keine tiefergehenden Erkenntnisse. Die Mithilfe der Verbände, wie der dgs, ist zunächst einmal abgelehnt worden.

Ein weiterer Veränderungspunkt ist die Aussage des KM, dass ab kommendem Schuljahr alle Grundschulen verlässlich werden. Dies bedeutet in der Regel feste Betreuungszeiten von Grundschulern bis 13.00 Uhr. Allerdings sind bisher alle Sonderschulen davon ausgenommen, obwohl auch hier ein entsprechender Elternwunsch besteht und im Sinne der Gleichbehandlung entsprechendes gewährt werden sollte.

Zur Zeit steigen die Schülerzahlen in den Schulen für Sprachbehinderte unproportional. Es gibt an zahlreichen Schulen Raumprobleme, obwohl andererseits die Schülerzahlen in den Grundschulen sinken. Außerdem wird es zunehmend schwieriger, Schüler zurück zu schulen, da die Leistungsanforderungen in den Grundschulen, trotz gemeinsamer Richtlinien, teilweise enorm steigen. Auch nimmt die Zahl der sogenannten Seiteneinsteiger zu.

Andreas Pohl

Delegiertenversammlung in Halle 2002: Rückschau – Neuwahl – Weichenstellung

Im Vorfeld der XXV. Arbeits- und Fortbildungstagung fand am 2. Oktober diesen Jahres die Delegiertenversammlung zur Rechenschaftslegung des Hauptvorstandes mit der Wahl des neuen Geschäftsführenden Vorstandes und seiner Gremien statt. Alle Landesgruppen waren entsprechend ihrer Mitgliederzahl mit insgesamt 130 Delegierten vertreten. Die in der Sprachheilarbeit 4/2002 veröffentlichten Berichte vom Geschäftsführenden Vorstand (GV) und aus den Landesgruppen bildeten die Grundlage für die Rückschau auf den Berichtszeitraum. Sie fanden allgemeine Akzeptanz, was von der Qualität der Vorarbeit zeugte. U. de Langen-Müller erläuterte im Bericht der Redaktion die in jüngster Zeit vollzogenen bedeutsamen Änderungen: Die einzelnen Hefte der Sprachheilarbeit werden jeweils unterteilt in einen Teil mit begutachteten Fachbeiträgen und einen Magazinteil; hierzu ist ein Wissenschaftlicher Beirat zur Unterstützung der Autoren und der Reaktion etabliert worden. So wird versucht, lebendigere Gestaltung und zugleich schärfere fachliche Profilierung zu erreichen. Bekanntlich gehört zu jeder Rechenschaftslegung ein detaillierter Kassenbericht und Kassenprüfbericht. Da auch diese beiden Berichtserstatter voll zu überzeugen vermochten, konnte schließlich der gesamte GV ohne Gegenstimmen entlastet werden. Das bedeutet für drei Mitglieder zugleich den Abschied von diesem Gremium. In den Dankesworten für die verdienten Mitstreiter würdigte zuerst der 1. Bundesvorsitzende Kurt Bielfeld die Arbeit des langjährigen Bundesgeschäftsführers Gerhard Zupp, speziell seinen wichtigen Beitrag zur Popularisierung des Verbandes, indem er für die Entwicklung entsprechender Materialien gesorgt und seit 2001 jährlich die erfolgreiche Beteiligung an der Bildungsmesse mit einem eigenen Messestand verantwortet hat. U. Förster ließ in einem humorvollen Rückblick

seine zwölfjährige, sehr fruchtbare Zusammenarbeit mit „M.K.G.“, alias Professor Manfred Grohnfeldt, Revue passieren, die den Zuhörern etwas Einblick in die mühevollen Arbeit der Redaktion vermittelte. Zu einem bewegenden Moment gestaltete sich die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an den 2. Bundesvorsitzenden Theo Borbonus und der von allen Versammlungsteilnehmern spürbar zum Ausdruck gebrachte Dank für seine fast 16-jährige verantwortungsvolle Mitwirkung in diesem Gremium. Alle drei werden künftig, so war zu erfahren, mit ihren besonderen Fähigkeiten den Verband in anderen Arbeitszusammenhängen unterstützen.

Wiedergewählt wurden danach, mit häufig einstimmigen Wählerworten, der 1. Bundesvorsitzende Kurt Bielfeld (LG Berlin), der Rechnungsführer Wolfgang Scheuermann (LG Niedersachsen), die Schriftführerin Veronika Skupio (LG Sachsen) sowie die Redakteure Dr. Ulrike de Langen-Müller (LG Bayern) und Dr. Uwe Förster (LG Niedersachsen), womit die Delegierten zugleich deren fachkompetente, engagierte Arbeit im Berichtszeitraum würdigten. Mit ebenfalls eindeutigen Wählerworten wurden als 2. Bundesvorsitzender Friedrich Schlicker, bisher Vorsitzender der LG Hessen und als Bundesgeschäftsführerin Sabine Fenk (LG Berlin) neu in den Geschäftsführenden Vorstand gewählt. Zur Wieder- oder Neuwahl kandidierten als Kassenprüfer/innen Karin Borgwald (LG Hessen), Rainer Beckmann (LG Niedersachsen) und als deren Vertreter Birgit Kirk und Theo Schaus (beide LG Rheinland) sowie für den Wahlausschuss August Bergmann (LG Hamburg), Heribert Gathen und Tessa Razzaghi (beide LG Rheinland). Auch bei diesen Kandidaten/innen zeugte das meist einstimmige Wählerwort vom Vertrauen in die korrekte Wahrnehmung ihrer wichtigen Ämter durch satzungsgemäße Aufgabenerfüllung.

Neben den Vorstandswahlen haben Delegiertenversammlungen die Aufgabe, künftige Arbeitsschwerpunkte zu bestimmen, wozu von den Landesgruppen und dem Hauptvorstand 21 Anträge einge-

bracht worden waren. Die Ergebnisse der Aussprache mit nachfolgender Abstimmung zu den Anträgen lassen sich in drei Bereiche zusammenfassen.

- Der Antrag der LG Rheinland auf Satzungsänderung zugunsten der Anerkennung einer passiven Mitgliedschaft von dbs-Mitgliedern im dgs (vgl. Die Sprachheilarbeit 47 [3] 135: „Hauptvorstandssitzung in Heidelberg“) wurde mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Die kontroverse Diskussion darüber, ob durch eine derartige Regelung die Gefahr einer Trennung des dbs vom dgs real oder nur ein Phantom sei, förderte immerhin den gemeinsamen Willen zutage, durch Strukturveränderungen dazu beizutragen, im „großen Boot Sprachheilpädagogik“ verschiedenen Abteilungen Platz einzuräumen. Nur so könne man den neuen Herausforderungen und wachsenden Anforderungen gerecht werden. In diesem Sinne wurden anschließend die Anträge der LG Berlin und Westfalen-Lippe einstimmig verabschiedet: Der Hauptvorstand wird in Zusammenarbeit mit dem dbs beauftragt, einen praktikablen Lösungsweg zu erarbeiten, der beide Organisationsstränge (dbs und dgs) innerhalb der Gesamtorganisation dgs erhält, ohne die berufsbezogenen Interessenlagen aufzuheben.
- Für aktuelle Aussagen über Sprachstörungen im Vorschulalter fehlen bundesweit wissenschaftlich belegbare Zahlen. Die letzte Untersuchung dieser Art fand 1997 in Mainz unter der Leitung von Professor *Heinemann* statt. Der GV wird beauftragt, die Möglichkeiten und den notwendigen finanziellen Rahmen für eine repräsentative, wissenschaftlich begleitete Untersuchung abzuklären. Laut einstimmigem Beschluss obliegt dann dem HV die Aufgabe, alle notwendigen Maßnahmen einzuleiten und im Haushaltplan 2003 und 2004 entsprechende Mittel bereitzustellen.
- Sechs positiv abgestimmte Anträge aus verschiedenen Landesgrup-

pen bezogen sich auf die Einbeziehung der Sprachheilpädagogen in die frühe Förderung Sprachbehinderter, auf Unterstützung seitens des Haupt-Vorstandes bei der Errichtung von Vorschulklassen sowie auf die fachkundige Einflussnahme innerhalb der flexiblen (bzw. gemeinsamen oder optimierten) Eingangsstufe durch sprachheilpädagogische Diagnostik.

Einhellige Zustimmung fanden darüber hinaus Anträge, die sich auf verschiedene Vorhaben des Haupt-Vorstandes beziehen. Laut Beschluss will man im nächsten Berichtszeitraum

→ zusammen mit der Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik einen Modellstudiengang für den Beruf des/der Sprachheillehrer/-s/-in entwickeln;

→ sprachpädagogische Kriterien für eine professionelle schulische Praxis im Aufgabenfeld der Förderung kindlicher Zweisprachigkeit erarbeiten;

→ Fortbildungsangebote unterbreiten und/oder Handreichungen entwickeln, um Mitglieder bei der Bewältigung des Problemfeldes „Englischunterricht an Sprachheilschulen“ zu begleiten und zu unterstützen.

→ Der Vorschlag, die *Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs* umzubenennen in *Kongress der deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* schien voll ins Schwarze zu treffen: keine Diskussion und keine Gegenstimme!

Abschließend erfuhr auch der von den Landesgruppen-Vorsitzenden gemeinsam eingebrachte Dringlichkeitsantrag volle Zustimmung. Er beauftragt die Landesvorsitzenden und den Hauptvorstand bei den Kultusministerien der Länder darauf hinzuwirken, dass zur sprachheilpädagogischen Diagnose, Beratung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Sprachheil-, Sonder- und allgemeinen Schulen nur dafür ausgebildete sonderpädagogische Fachkräfte eingesetzt werden, weil eine lediglich additive sprachtherapeutische Betreuung der Schülerinnen und Schüler durch externe Fachkräfte nicht den Anforderungen an eine enge Verzah-

nung von Unterricht und sprachheilpädagogischer Förderung genügen kann.

Resümierend bleibt festzustellen: Die exzellente Vorbereitung dieses für die dgs so bedeutsamen Tages, die auf den Schultern Vieler lag (wozu auch das Schaffen bester Rahmenbedingungen durch die Verantwortlichen vor Ort gehörte) sowie die stringente Leitung der Versammlung durch den 1. Bundesvorsitzenden Kurt *Bielfeld* nötigen der Berichterstatterin größten Respekt ab. Am Abend schien die Mehrzahl der Teilnehmer mit Freude und etwas Stolz über das Erreichte den zukünftigen, gewiss nicht problemlos zu meisternden Aufgaben optimistisch entgegenzusehen.

Karla Röhner-Münch



Ein würdiger Kongress mit Wesentlichem zum „Phänomen Sprache...“

Die 25. Arbeits- und Fortbildungstagung, die unter dem Thema „Phänomen Sprache - Laut- und Schriftsprachstörungen unter veränderten Kommunikationsbedingungen“ stand, fand vom 3. - 5. Oktober 2002 in Halle statt. Durch Beschluss der Delegiertenversammlung war sie einen Tag zuvor offiziell in „Kongress ...“ umbenannt worden und war nun ein in jeder Hinsicht würdiger Jubiläumskongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Er fügte sich ein in die Reihe wissenschaftlicher Höhepunkte zur 500-Jahr-Feier der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Mit der Wahl des Kongressortes sollte an die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Sprachheilpädagogik vor 75 Jahren in Halle erinnert werden. Nun war man mit der 25. Tagung zugleich dahin zurückgekehrt, wo 1929, also zwei Jahre nach Gründung des Fachverbandes, die erste Fachtagung zum Thema „Das sprachkranke Kind“ stattgefunden hatte. Obendrein war für den Begrüßungs-

abend jenes Gelände gewählt worden, auf dem sich ab 1910 die erste Sprachheilschule Deutschlands befunden hatte: Man traf sich in Festsaal und Mensa der jetzt wunderbar wiederhergestellten, geschichtsträchtigen Franckeschen Stiftungen.

Welch eine Fülle historischer Bezüge! Und es gelang den Veranstaltern, sie den über 900 Gästen während der Kongresstage in Wort, Bild und Ton unaufdringlich nahe zu bringen. Innerhalb der Eröffnungsveranstaltung ließ die Landesgruppenvorsitzende Regina *Schleiff* das Besondere des Tagungsortes lebendig werden, was der Staatssekretär des Kultusministeriums Sachsen Anhalt, Herr *Böhm*, in seinen Begrüßungsworten noch vertiefte. Er fand sehr persönliche, berührende Worte zum Tag der Einheit und öffnete hoffentlich allen Besuchern die Augen für die ungewöhnlich gelungene Synthese von Tradition und Moderne im Universitätscampus, der der Veranstaltungsort für das gesamte wissenschaftliche Tagungsprogramm war. Das wahre Ausmaß des Erreichten, das sich hinter den sichtbaren Veränderungen verbirgt, können jedoch nur Kenner der Stadt aus DDR-Zeiten ermessen.

Dem festlich verheißungsvollen Beginn folgten im Plenum drei adäquate Einführungsreferate: Prof. Dr. Nelson *Annunciato* faszinierte die Zuhörer mit originellen Erläuterungen zur „Neuroplastizität des Nervensystems“, die er als konstitutives Moment therapeutischer Arbeit, perfekt medial gestützt, zu veranschaulichen wusste. Diesem „Feuerwerk“ folgten Prof. Dr. Dr. hc Wolfgang *Lassmanns* Ausführungen zu „Natürliche und künstliche Intelligenz im Dienste der Kommunikation“, in ihrer Wirkung ein ausgezeichnetes Pendant zum Vorangegangenen. Dem Tagungsthema entsprechend öffnete er den Blick für die ungeahnten Dimensionen der „... veränderten Kommunikationsbedingungen“ mit daraus resultierenden Bildungsanforderungen. Aus soziologischer Sicht äußerte sich dazu schließlich Prof. in Dr. Ursula *Rabe-Kleberg*, indem sie das „Aufwachsen in Ungewissheit - Warum Kommunikation zur Kultur von Kindern gehört“

analytisch hinterfragte, übrigens auch ohne jeden Medieneinbezug hochinteressant.

Die nun folgenden 73 Parallelveranstaltungen im 45-Minuten Takt bis Samstag Mittag richteten sich auf die im Thema benannten Problemfelder und hatten (lt. Programmheft S. 8) allesamt das Ziel,

- „die Bedeutung der veränderten Kommunikationsbedingungen für die Arbeit von Sprachbehindertenpädagogen in den unterschiedlichsten Berufsfeldern als Chance zu sehen, aber auch kritisch hinterfragen zu lassen;
- das Aufwachsen von sprachgestörten Kindern in Mehrsprachigkeit fachgerecht begleiten zu können;
- Schriftsprachstörungen und ihre Zusammenhänge in ihrer weitreichenden Bedeutung für den einzelnen Menschen unter interdisziplinärer Sicht darzustellen.“

Dementsprechend breit gefächert war die Palette der referierten Themen. Das subjektive Bild aus eigener, intensiver Beteiligung, partiell gestützt von Meinungsäußerungen anderer Teilnehmer, ergibt insgesamt eine recht positive Bilanz: Ich erlebte fast nur sehr gut vorbereitete und didaktisch klug agierende ReferentInnen, sympathische Pünktlichkeit und ein ausgezeichnetes Arbeitsklima in den technisch bestens funktionierenden Hörsälen. Für die Problematik des Schriftspracherwerbs, besonders unter den Bedingungen der Mehrsprachigkeit und des gemeinsamen Unterrichts, sowie hinsichtlich wesentlicher Fragen aus der psycholinguistischen Grundlagenforschung, entnahm ich den Vorträgen sowohl eine Fülle von Informationen i.S. der Interdisziplinarität unseres Wissenschaftsgebietes, als auch nachdenkenswert unterrichtspraktische Anregungen. Ein objektives Bild wird die Teilnehmerbefragung ergeben, die der Veranstalter, der Vorstand der Landesgruppe, während der Kongresstage durchgeführt hat und nun umgehend auswerten wird. Wir hoffen, in der nächsten Ausgabe der Sprachheilarbeit davon berichten zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung galt, dem Jubiläum geschuldet, der Geschichte unseres Fachverbandes. Hier war es der Initiative Prof. Manfred *Grohnfeldts* und der finanziellen Unterstützung durch die dgs zu danken, dass allen Teilnehmern ein sichtbares Zeugnis für den starken Geschichtsbezug des Kongresses übergeben werden konnte: die reich bebilderte Festschrift „Weichenstellungen in der Sprachheilpädagogik – 75 Jahre Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.“ von M. *Grohnfeldt*, die rechtzeitig zum Halleschen Jubiläum erschienen ist (vgl. Hinweis auf die Veröffentlichung sowie der Bericht von der Podiumsdiskussion „Blick hinter die Kulissen“, beides in diesem Heft).

Der Festveranstaltung zum 75-jährigen Bestehen des Fachverbandes der Sprachheilpädagogik hatten die Veranstalter besondere Aufmerksamkeit gewidmet, wie dem sorgfältig gestalteten, leider etwas langen Festprogramm anzumerken war. Die originelle Wilhelm Busch-Adaption durch Kinder und Lehrpersonal der Halleschen Sprachheilschule fand ungeteilten Beifall. Danach konnte jeder sein „Highlight“ im Festprogramm entdecken; das meine waren die Ernst Jandl-Gedichte, vorgetragen von Wolfgang *Scheuermann*, Rechnungsführer im Geschäftsführenden Vorstand der dgs und allgemein bewundert für seine Prägnanz in dieser Funktion. Nun gibt es noch mehr an ihm zu rühmen.

Der fachliche Höhepunkt dieses Abends war zweifellos der Festvortrag von Prof. Dr. Otto *Braun*, dessen Systemisierungsvorschläge „Zum Wandel der Sprachheilpädagogik“ von einer profunden Auseinandersetzung mit der hochkomplexen Thematik zeugten. Seine Betrachtung galt dem Profilwandel des Wissenschaftsgebietes und der Fachspezifität (Sprachpathologie, Diagnostik und Therapie) sowie dem Wandel der Interdisziplinarität und der Praxistransformation, bei der er sich sowohl der Institutionalisierung der Organisationsformen als auch der Professionalisierung sprachheilpädagogischer Berufe zuwandte. Abschließend wagte Otto *Braun* einen mutigen Aus-

blick in die Zukunft, mit dem er reichlich für Diskussionsstoff gesorgt haben dürfte. Wie gut für die Lehrenden und Studierenden unseres Faches, dass der hochkarätige Text bereits gedruckt vorliegt! Doch am Festabend selbst wurde wohl kaum noch gefachsimpelt, sondern vor allem fröhlich gefeiert.

Schon jetzt kann man neugierig sein auf den 26. Kongress der dgs unter dem Motto „Werkstatt Sprachheilpädagogik“. Er wird vom 29. September bis 2. Oktober 2004 in Heidelberg stattfinden. Reiselustigen und Neugierigen wurde auch der 15. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 22. bis 25. Oktober 2003 in Wien empfohlen, der sich mit dem Thema – „Sprache(n) lernen: Chancen und Probleme bei Mehrsprachigkeit, Interkulturalität, Fremdspracherwerb“ befassen wird. Die Vorsitzende der ÖGS, Dr. Irene Bauer, lud auf der Festveranstaltung alle herzlich dazu ein.

Im Rückblick ist besonders die makellose Organisation des gesamten Kongressgeschehens durch Regina Schleiff's Vorbereitungsteam vom Vorstand der Landesgruppe Sachsen-Anhalt, beachtlich unterstützt von Familienangehörigen, zu erwähnen. Sie alle sorgten dafür, dass man zur Vorbereitung rechtzeitig die attraktiv gestalteten Kongressunterlagen erhielt und dann vor Ort jederzeit eine(n) der blau leuchtenden, obendrein sehr freundlichen Helfer/innen finden konnte, dass fast jede Veranstaltung von einem Moderator eröffnet und mit Halle-spezifischem Dank an den Referenten beendet wurde, dass man ohne Wartezeit seinen Hunger und Durst stillen konnte und dass man schließlich sogar am Ende – eine schon lange nicht mehr erlebte Leistung – den im Kongress-Outfit gestalteten Kongressband¹ in den Händen halten konnte. [Großen Dank an die Herausgeber Tatjana Kolberg, Katrin Otto, Claudia Wahn und den Verlag *edition von freisleben*!] Ein

¹ Ab sofort zu beziehen über *edition von freisleben*, Günterslebener Straße 29, 97222 RIMPAR; Fax: 09365 5177; E-Mail: edition-von-freisleben@freenet.de

kleiner Wermutstropfen ist jedoch die Tatsache, dass aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Referenten mit ihrem Beitrag im Band vertreten sind.

In ihrem Grußwort hatte Regina Schleiff, den 1. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft, Wilhelm Schleuß 1929 zitierend, sich gewünscht, „... dass alle Teilnehmer noch für lange Zeit an die Tagung ... mit großer Freude und innerer Befriedigung zurückdenken mögen, und dass aus den mannigfachen Anregungen ... Impulse für die Tätigkeit des einzelnen Sprachheilpädagogen ausgehen werden.“ „Ja, so ist es“, wage ich im Namen Aller zu sagen, die dabei gewesen sind. Diese Bestätigung möchte ich mit herzlichem Dank an all' jene verbinden, die uns die wohlthuend anstrengenden, aber unvergesslichen Tage in Halle erst ermöglicht haben.

Karla Röhner-Münch



Grohnfeldt, Manfred (2002): Weichenstellungen in der Sprachheilpädagogik

75 Jahre Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. Würzburg: *edition von freisleben*, 154 Seiten, € 20,00; für Studierende € 15,00 (einschl. Versandkosten) Vertrieb: *edition von freisleben*, Günterslebener Straße 29, 97222 RIMPAR; Telefon: 09365 9329 Telefax: 09365 5177; E-Mail: edition-von-freisleben@freenet.de

Professor Manfred Grohnfeldt hat auf der Grundlage umfangreicher Literatur- und Aktenrecherchen, vor allem auch vieler Gespräche mit Zeitzeugen, unserem Fachverband, der dgs zu ihrer 75-Jahrfeier ein besonderes Ge-

burtstagsgeschenk bereitet. Seine Festschrift unter o. g. Titel konnte dank guter Zusammenarbeit mit dem Verlag pünktlich zur Festveranstaltung allen Teilnehmern während des 25. Kongresses in Halle übergeben werden. Wie schon im Vorfeld vom Autor zu erfahren war, hat sich gezeigt, dass die Geschichte des Fachverbandes gar nicht so unproblematisch ist, wie bisher allgemein dargestellt. Alle, die historisch interessiert sind oder Genaueres über die Entstehung und 75-jährige Entwicklung der dgs wissen möchten, haben die Möglichkeit, das mit vielen Fotodokumenten ausgestattete Buch über die oben genannte Adresse zu beziehen (die Versandkosten sind im Preis von 20 € bzw. 15 € für Studenten bereits enthalten).

K. Röhner-Münch

Informationshefte über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen läuft inzwischen sehr erfolgreich. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit, als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien.

Folgende Hefte sind bereits erschienen:
Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern
Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen
Heft 3: Störungen des Spracherwerbs
Heft 4: Förderung des Spracherwerbs
Heft 5: Aphasietherapie
Heft 6: Myofunktionelle Therapie
Heft 7: Dysarthrophonie
Heft 8: „Stottern bei Kindern“

Bestellungen werden nur schriftlich oder per Fax entgegengenommen.

Ein Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von € 1,- zuzüglich Portokosten unter der unten angegebenen Adresse zu beziehen. Bei größeren Bestellungen wird ein Rabatt gewährt. Fragen Sie bitte bei Interesse nach, wir informieren Sie gerne.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin
Telefon: 030/6616004
Telefax: 030/6616024

dbS – Beruf und Politik im Verband

Liebe Leserin, lieber Leser,

wie Sie aus dem Rundbrief und aus der Ausgabe 4/02 der Sprachheilarbeit bereits erfahren haben, sind der Bundesverband für Klinische Linguistik (BKL) und der Deutsche Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS) seit dem 1. Mai dem dbS beigetreten. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle das Studium der Sprechwissenschaft vorgestellt werden.

Als Studentin und natürlich auch heute noch fand und finde ich es sehr interessant, etwas über die unterschiedlichen Arbeitsfelder von Diplompädagogen/Sprachheilpädagogen zu erfahren. Unter dieser Rubrik finden Sie im Folgenden die Beschreibung eines solchen. Vielleicht ist dies eine Motivation für Studenten, sich weitere Informationen einzuholen.

Ich hoffe, die Themen finden Ihr Interesse.

Beate Weber

Kontakt: Beate Weber
Bernburger Str. 21, 06108 Halle,
Tel./Fax: 0345-5323911/5323912
Beate_Weber@gmx.de

Arbeitsfelder von Sprachheilpädagogen im Blickpunkt

Dysphagie-Ambulanz am Krankenhaus Martha-Maria in Halle/Saale

Von Anja Block

Seit Anfang August gibt es am Städtischen KKH Martha-Maria in Halle/Saale eine sprachtherapeutische Ambulanz, die schwerpunktmäßig sowohl auf eine intensive Diagnostik, als auch auf die Therapie von kau- und schluckgestörten Patienten ausgerichtet ist.

Mit dem Einverständnis der praktisch tätigen Berufskollegen und dem offensichtlichen Bedarf in diesem Bereich in und um Halle bieten wir diagno-

stisch die klinische Untersuchung und, in Kooperation mit unserem radiologischen Institut des Krankenhauses, eine videofluoroskopische Befundung, sowie (wenn nötig) auch Kontrollvideofluoroskopien des Schluckaktes an. Nicht selten werden die Kollegen aus der Praxis mit dem Problem konfrontiert, dass die diagnostischen Möglichkeiten des Störungskomplexes begrenzt sind und eine sichere Wiederaufnahme oraler Kost häufig nicht gewährleistet werden kann. (Denken wir nur an die große Unbekannte: stille Aspiration.) Des Weiteren konnten wir in den Jahren, die wir uns mit Dysphagien befassen – neben der Versorgung neurologisch bedingter Schluckstörungen – auch ein großes Defizit im Rehabilitationsbereich bei Schluckstörungen im Zusammenhang mit onkologischen Kopf- und Halserkrankungen feststellen. In zahlreichen Fortbildungen an entsprechenden Kliniken wurde uns immer signalisiert, dass es diagnostisch und therapeutisch zu wenig Möglichkeiten gibt, um adäquat auf diese Patienten eingehen zu können.

Da es an unserem Krankenhaus ebenfalls eine HNO-Klinik gibt, versuchen wir – einerseits schon stationär, wie andererseits nun auch ambulant – Lücken zu schließen und den Patienten so (hoffentlich) weitere Krankenhausaufenthalte wegen oftmals nicht beherrschbarer broncho-pulmonaler Infektionen zu ersparen.

Da wir es in der Ambulanz oftmals mit schwerbehinderten Menschen zu tun haben, die demnach auch eine ganzkörperliche Therapie benötigen, um die negativen Auswirkungen auf den Schluckakt zu verringern, arbeiten wir sehr gern und erfolgreich mit den Kollegen der krankengymnastischen Ambulanz unseres Hauses zusammen.

Wir versuchen, gemeinsam die Therapien auf neurophysiologischer Grundlage zu gestalten, wobei unsere Schlucktherapie in den entsprechenden Fällen immer nachgeschaltet ist und wir auf diese Art ein effektives Fun-

dament für die benötigten Ausgangsstellungen bekommen. Der Nahrungsaufbau erfolgt nach Diätplänen und bei Fragestellungen bezüglich Sondenkost in enger Zusammenarbeit mit Firmen für medizinische Ernährung. Wir hoffen, mit unserer Arbeit den niedergelassenen Kollegen bei diesem so komplexen Störungsbild freundlich unterstützend zur Seite stehen zu können und wünschen uns von den Ärzten und zuständigen Stellen der Krankenversorgung weiterhin Verständnis für die ambulante Anschlussbehandlung, bei der nicht nur die Lebensfreude einschränkenden, sondern auch häufig lebensbedrohlichen Diagnose: Dysphagie.

Die Autorin ist Dipl.-Sprachheilpädagogin und fachliche Leiterin der Ambulanz.

Eine Krankenklassengesellschaft bei der Vergütung von Heilmittelerbringern für die Sprachtherapie!?

Praxisinhaberin beschreibt Probleme mit Preispolitik

Von Claudia Schöley

Anhand folgender Übersicht lässt sich erkennen, wie unterschiedlich die Vergütung von sprachtherapeutischen Leistungen durch die Krankenkassen in Sachsen-Anhalt ist. Angegeben ist die Vergütung in Prozent im Vergleich zu den alten Bundesländern:

VdAK/AEV Ost:

Vergütung: 100%

Ab 05.01.01: 100%

AOK Ost/Bundesknappschaft:

Vergütung: ca. 74,2%

Ab 01.01.01: ca. 73,3%

IKK/andere RVO-Kassen:

Vergütung: ca. 71,96%

Ab 01.01.96: ca. 71,25%

Daraus wird ersichtlich, dass u.a. die IKK prozentual am wenigsten vergütet. Zahlreiche Bemühungen des dbS,

mit der IKK in Verhandlungen zu treten, fanden zu wenig Beachtung und sind für den dbs sehr kostenaufwendig mit ausbleibenden Erfolgen.

Es kann nicht möglich sein, dass andere Krankenkassen Verträge erneuern und Vergütungen auf Bundesebene angeglichen (s. VdAK) wurden, aber die IKK kaum wahrnehmbare Initiativen einer Annäherung in Aussicht stellt.

Ein weiteres Phänomen stellt sich dar, wenn man folgende Situation betrachtet: Ein Patient, der an einer Aphasie leidet, wohnt im Bundesland Niedersachsen und ist bei der IKK Niedersachsen versichert. Er wird aber sprachtherapeutisch von einer Praxis in Sachsen-Anhalt betreut, weil er in Grenznähe wohnt. Somit wäre der logische Schluss, dass für den Therapeuten eine Vergütung durch die IKK in Niedersachsen erfolgt, da ja der Patient in selbiger versichert ist. NEIN – ganz im Gegenteil – die Vergütung richtet sich nach dem Praxisstandort, also Ostvergütung.

Nach welchen Regelungen im aufgeführten Beispiel dies geschieht, ist nicht nachvollziehbar.

Für erneute Verhandlungen mit der IKK ergeben sich nun nicht nur aufgezeigte Probleme, sondern auch die Schwierigkeit, inwieweit zugunsten des Versorgungsauftrages der Patienten gehandelt bzw. therapiert wird und wie diese Leistung äquivalent im Vergleich zu anderen Krankenkassen vergütet wird. Hiermit wird meine Überschrift sehr deutlich: eine Krankenklassen-gesellschaft. Es wird von dem Therapeuten verlangt, die gleiche Leistung zu bieten mit einem so unterschiedlichen Preis. Und nun die Frage nach der Qualität – gleich oder klassenbedingt?

Nachbarschaften



In lockerer Regelmäßigkeit stellt die Rubrik „Nachbarschaften“ Fachverbände und Gesellschaften vor, die für die Sprachheilpädagogik Relevanz besitzen.

Klinische Sprechwissenschaft – Berufsverband (DBKS e.V.) und Geschichte

Von Susanne Zimmermann, und Lutz Christian Anders

Seit dem 1.5.2002 ist der Deutsche Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS) e.V. juristisches Mitglied im Deutschen Bundesverband der Sprachheilpädagogen (dbs) e.V. Ziele sind die Bündelung der Kräfte aller akademischen Sprachtherapeuten, die gemeinsame Lösung aktueller berufspolitischer Fragestellungen sowie die Zusammenarbeit bei der Formulierung und Durchsetzung eines einheitlichen Sprachtherapeutengesetzes.

Klinische Sprechwissenschaftler sind auf dem Gebiet der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie tätig und beschäftigen sich darüber hinaus mit dem Hörtraining und der Sprach- und Sprechtherapie nach Einsatz eines Cochlea-Implantates. Sie integrieren sich mit ihrer spezifischen Ausbildung in die Vielfalt aller auf diesem Gebiet tätigen Therapeutengruppen.

Deren Berufsverband, der „Deutsche Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS) e.V.“, wurde 1990 gegründet und ging aus der AG „Klinische Sprechwissenschaft“ der Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie und cervicofaciale Chirurgie hervor. Die Mitglieder des Verbandes sind Diplom-Sprechwissenschaftler, die am Institut für Sprechwissenschaft und Phonetik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg studiert und danach eine postgraduale Ausbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler absolviert bzw. begonnen haben. Zur berufsrechtlichen Situation sei erwähnt, dass die Klinische Sprechwissenschaft organisatorisch der Medizinischen Akademie der DDR unterstellt war. Der Status klinisch tätiger Diplom-Sprechwissenschaftler war dem eines Facharztes vergleichbar, nach bestandener Prüfung und erfolgreicher Postgraduierung bekamen die Kollegen von der Akademie den Titel „Fach-

sprechwissenschaftler der Medizin“ verliehen.

Zur Geschichte der Klinischen Sprechwissenschaft sei ein kurzer historischer Ausflug ca. 100 Jahre zurück erlaubt (Auszug aus: Anders, L. Chr. (2001): Klinische Sprechwissenschaft – Position und Positionierung. Jahrestagung der dgss 2002, Landau).

In der Medizin gilt als Ursprung der gezielten und systematischen Beschäftigung mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen das Jahr 1906, in dem Hermann Gutzmann sen. Vorlesungen über die Gesundheitspflege der Stimme in Hamburg und kurz darauf in Berlin hielt. In den Jahren um die Jahrhundertwende wurden verschiedene Lektorate für Vortragskunst eingerichtet, so in Berlin, Leipzig, Halle, Bonn und Königsberg; hier spielten neben der Schulung der ästhetischen Ausdrucksfunktion von Stimme und Sprache immer auch die Stimmhygiene und Störungsprophylaxe eine gewichtige Rolle: Atemübungen, Stimmtechnik, Artikulationsschulung.

In Halle ist als wichtiges Jahr bezüglich der Entwicklung des sprechwissenschaftlichen Faches ebenfalls das Jahr 1906 zu sehen: Ewald Geissler wirkte als erster Lektor unserer Disziplin an der Universität und befasste sich neben Vortragskunst und Rhetorik auch mit Stimm- und Artikulationsschulung. Für die Beschäftigung mit Sprach- und Stimmstörungen ist es als besonderer Glücksfall zu betrachten, dass der Nachfolger Geisslers, Richard Wittsack, der 1919 seine Arbeit in Halle aufnahm, in den vorherigen Jahren an der Berliner Charité bei Gutzmann, Flatau und Katzenstein, also führenden Vertretern der jungen medizinischen Disziplin Sprach- und Stimmheilkunde, Vorlesungen gehört hatte. Diese Anregungen waren zweifellos verantwortlich für sein Engagement auf dem Gebiet der Sprachstörungen: einerseits für die Integration der entsprechenden Inhalte in die sprechkundliche Lehre und Forschung, andererseits für die Etablierung einer Sonderabteilung für Sprechhemmungen und Sprechkrankheiten, die nicht nur Studierenden der

Universität, sondern auch Patienten aus dem außeruniversitären Sektor zur Verfügung stand. Die Entwicklung des sprechwissenschaftlichen Gebietes Stimm- und Sprachstörungen war eng an das phoniatische Teilgebiet der Medizin gebunden. Die phoniatische Fachwelt teilte sich zu jener Zeit in zwei teilweise unversöhnliche Lager. Zunächst gab es die Berliner Schule, die sogenannten „Organisten“ (wichtige Vertreter: H. Gutzmann sen., *Nadoleczny*, *Kussmaul*, *Schilling*, *Seeman* u.a.). Ihre Sichtweise war streng an der Physiologie orientiert; für sie hatte eine therapeutische Intervention grundsätzlich den Sinn, einen physiologischen Normalzustand wiederzuerlangen. Dieser Richtung stand die Wiener Schule gegenüber, die sogenannten „Psychologen“ (*Fröschels*, *Stein*, *Urbantschitsch*, *Liepmann* u.a.), in deren Lehrgebäude die Psychologie und insbesondere die tiefenpsychologische Sichtweise einen herausragenden Platz einnahm. Ein zweiter Glücksfall bestand darin, dass *Wittsack* seine Einblicke in das Gebiet der Störungen nicht nur bei den damals kompetentesten medizinischen Fachvertretern, sondern auch in kurzer Folge bei Vertretern der beiden dominierenden medizinischen Schulen des Fachgebietes gewann. Möglicherweise liegt hierin die Ursache, dass die sprechkundliche Disziplin der Gefahr einer Vereinseitigung entging: dass nämlich die sprechkundliche Ausbildung von Anfang an einerseits strikt an den anatomischen und physiologischen Gegebenheiten orientiert war, ohne sich in mystischen Spekulationen zu verlieren, andererseits aber auch von einer Sichtweise ausging, die den gesamten Menschen in seiner physischen und psychischen Verfassung berücksichtigte und durchaus die soziale Dimension von Störungen der Kommunikationsfähigkeit beachtete – zu einer Zeit, als der heute teilweise schon zum Schlagwort verkommene Begriff „Ganzheitlichkeit“ noch nicht geläufig war. Nach der Übernahme der Institutsleitung durch Hans *Krech* wurde die sinnvolle enge Verbindung zwischen medizinischer und geisteswissenschaftlicher Beschäf-

tigung mit dem Gebiet der Störungen von Sprache, Sprechen und Stimme noch intensiviert. Diese Tatsache hatte neben dem Aspekt der interdisziplinären Kooperation auch eine große Bedeutung für die interne Fachorientierung: Durch die relativ enge Verbindung zur Medizin wurde stets eine streng an den anatomischen Gegebenheiten und den realen physiologischen Abläufen orientierte Sichtweise eingenommen. Diese Perspektive wurde über das Teilgebiet der Störungen hinaus auch für die anderen Bereiche der Sprechwissenschaft gleichsam eine Säule des Fachverständnisses. Man wird auch in den früheren Publikationen, die von Vertretern der halleischen Schule stammen, im Hinblick auf respiratorische, phonatorische oder artikulatorische Abläufe kaum je spekulative, nebulöse Ansichten und Äußerungen oder Statements von zweifelhafter wissenschaftlicher Gültigkeit lesen. Die physiologisch-anatomische Wissensgrundlage spielte natürlich in erster Linie für die Phonetik – und hier wiederum für die physiologische Phonetik – eine wichtige Rolle, daneben für die Stimm- und Sprechbildung. Das Ensemble der sprechkundlichen Teildisziplinen ist historisch gewachsen, ebenso die Einbindung der Klinischen Sprechwissenschaft in das Ensemble der Teildisziplinen unseres Faches. Mit der Besetzung einer Professur mit einem Klinischen Sprechwissenschaftler setzt sich diese erfolgreiche Tradition stringent fort. Die Lehr- und Forschungsgebiete gliedern sich in Phonetik und Phonologie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, Rhetorische Kommunikation sowie Sprech-künstlerische Kommunikation. Zur Kombination als Wahlpflichtfach stehen z. B. Germanistik, Psychologie, Informatik, Rehabilitationspädagogik und Musik- oder Theaterwissenschaften zur Verfügung. Zu den sprachtherapeutisch relevanten Ausbildungsinhalten gehören allgemeine Grundlagen der sprechsprachlichen Kommunikation und Sprechbildung, Kommunikationstheorie, Spracherwerb, Stimm- und Artikulationsschulung und Methodik der Sprechbildung. Das

Fachgebiet der Stimm- und Sprachheilkunde umfasst u. a. die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, die Didaktik und Methodik störungsspezifischer Funktionstherapien, die Besonderheiten der Diagnose/Therapie zentralbedingter Sprachstörungen sowie die Betrachtung phoniatischer, logopädischer und linguistischer Theorieansätze.

Der DBKS e.V. sieht es als seine Aufgaben an, das Fachgebiet Klinische Sprechwissenschaft weiter zu entwickeln und den beruflichen Nachwuchs zu fördern. Deshalb organisiert er für die Mitglieder die postgraduale Ausbildung zum Klinischen Sprechwissenschaftler (DBKS). Außerdem schafft er Weiterbildungsmöglichkeiten zur Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten. Weiterhin kümmert er sich in Zusammenarbeit mit dem dbS um die Wahrnehmung berufsständischer Interessen sowie die Unterstützung der angestellten und frei niedergelassenen Kollegen in berufs- und tarifrechtlichen Fragen. Eine traditionelle Aufgabe ist die Entwicklung und Festigung der wissenschaftlichen Beziehungen zwischen den Mitgliedern und zu Angehörigen anderer therapeutisch tätiger Berufsgruppen.

Der Postgraduierungskommission des DBKS e.V. obliegt die strukturelle und inhaltliche Organisation (in Anlehnung an die Zulassungsempfehlungen) der postgradualen Ausbildung für Dipl.-Sprechwissenschaftler (Halle-Wittenberg). Deren Ziel ist die Förderung der a) Sicherheit in der selbständigen, klinisch-sprechwissenschaftlich orientierten Planung und Durchführung von Diagnostik und Therapie aller Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen sowie bei der Entwicklung von sprechwissenschaftlich fundiertem Untersuchungs- und Therapiematerial (spezielle Inhalte siehe Indikationskatalog des DBKS e.V.), b) Vertiefung fachspezifischen Spezialwissens und von relevanten Inhalten verwandter Disziplinen und c) der Weiterentwicklung der Befähigung zur wissenschaftlichen

Arbeit im Therapiebereich. Dies erfolgt während mindestens einjähriger klinischer Tätigkeit unter gezielter Anleitung durch einen fachlich ausgewiesenen „Klinischen Sprechwissenschaftler (DBKS)“ oder andere gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Supervision Zugelassene (zweiter Supervisor ist dann ein „Klinischer Sprechwissenschaftler (DBKS)“). Nach Einreichung einer detaillierten Leistungsstatistik, dreier ausführlicher Falldarstellungen und der schriftlichen Einschätzung der Postgraduierungsleistung durch den Supervisor erfolgt die abschließende Prüfung als Kolloquium (45 Min.).

Historisch bedingt arbeitet ein Großteil der Klinischen Sprechwissenschaftler (DBKS e.V.) an phoniatriesch-pädaudiologischen Einrichtungen, in Ambulanzen, Kliniken, Rehabilitations- und Fördereinrichtungen (z. B. Neurologie, Psychiatrie, Pädiatrie, Kieferchirurgie, Kinderpsychiatrie und -neurologie). Einige wählen auch den Weg in die freie Niederlassung, denn seit 1996 gehören Klinische Sprechwissenschaftler entsprechend den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den zulassungsberechtigten Berufsgruppen. Ebenfalls traditionell ist das Wirken von Klinischen Sprechwissenschaftlern in Lehre und Forschung, z.B. am Institut für Sprechwissenschaft und Phonetik an der Martin-Luther-Universität in Halle oder an Logopädenlehranstalten.

Autoren:

Dr. phil. S. Zimmermann,
FB Sprechwissenschaft,
Neuphilologische Fakultät,
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg,
Plöck 79-81,
69221 Heidelberg,

Prof. Dr. phil. habil. L. Chr. Anders,
Institut für Sprechwissenschaft
und Phonetik,
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Advokatenweg 37,
06114 Halle/S.

Anmerkung: Alle männlichen Personen- und Berufsbezeichnungen stehen synonym für die jeweils weibliche Form.

dbS-Fortbildung

Das Fortbildungsprogramm 2003 ist erschienen und bietet wieder eine Fülle von Veranstaltungen zu Themen wie

- Mund-/Ess-/Schluckstörungen
- Stimmtherapie inklusive Therapie bei Laryngektomien
- Diagnose und Therapie bei Aphasien, Dysarthrien, Apraxien
- Früherkennung und Förderung von Sprachentwicklungsstörungen
- Störungen des Redeflusses
- Fragen der Selbständigkeit und Praxisorganisation
- und vieles mehr

Das Gesamtprogramm ist den dbS-Mitgliedern bereits zugegangen, weitere Exemplare können gerne in der dbS-Geschäftsstelle angefordert werden:

Goethestr. 16, 47441 Moers, Tel. 02841/988919, Fax 02841/988914, eMail: dbS-ev@t-online.de Die Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie auch auf den dbS-Internetseiten: www.dbS-ev.de

Termine

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Einladung zum 73. Kongress

Freitag, den 2. Mai 2003, 9 Uhr bis
Sonntag, den 4. Mai 2003, 12 Uhr im
Kongresszentrum Basel

Kongresspräsidentin: Susanne Codoni, Basel

Thema: Sprache, Stimme und Emotion

zu Ehren des Schweizer Phoniaters
Prof. Dr. Richard Luchsinger (geb.
1900, gest. 1993)

<http://www.dgss-ev.org>
E-mail: susanne.codoni@bluewin.ch

Wie melden Sie sich an?

1. Kongress- und Workshop-Teilnahme:

Kongresszentrum Basel, Postfach,
CH-4021 Basel

Tel. ++41 58 206 28 28 /
Fax ++41 58 206 21 85
E-mail: congress@messe.ch

Teilnahmegebühren (inkl. Mittagessen und Pausenkaffee, exkl. Rahmenprogramm und Hotelunterkunft):

	CHF
Mitglieder der DGSS:	165.-
Nicht-Mitglieder:	210.-
Schüler, Studenten mit Ausweis:	90.-
Tageskarte:	112.-
Workshop:	75.-

2. Vortrags- oder Posterbeitrag:
Präsidenten der DGSS, Herrn Prof. Dr. Dr. Pahn
(Anmeldeschluss 30. Januar 2003)
http://www.dgss-ev.org/D_tag.htm

3. Hotelunterkunft:
Basel Tourismus Incoming Services,
Schifflande 5,
CH-4001 Basel
Fax ++41 268 68 70 /
Tel. ++41 61 268 68 58
E-mail:
incoming.sales@baseltourismus.ch

Anmerkung der Redaktion

Die Redaktion bedankt sich bei allen externen, nicht dem Beirat der „Sprachheilarbeit“ angehörenden Gutachtern, die an der Beurteilung von Manuskripten mitgewirkt haben.

Vorschau auf die nächste Ausgabe

U. Ritterfeld: Auditive Aufmerksamkeit und Sprachlernen: Explikation eines impliziten Zusammenhangs.

A. Mayer: Möglichkeiten der Sprach- und Kommunikationsförderung im Unterricht mit sprachentwicklungsstörungen Kindern.

A. Ettenreich-Koschinsky: Bedeutung und Möglichkeiten sprachheilpädagogisch aufbereiteter Laut- und Buchstabenanalysen im Rahmen des Schriftspracherwerbs im Erstunterricht – aufgezeigt am Beispiel der Laut- und Buchstabenanalyse des Tt.

Praxisorientierte Fortbildungen

Susanne Winkler

Therapie des Stotterns: 3-teilige Seminarreihe

Der Non-Avoidance-Ansatz (Van Riper, Carl Dell) und ergänzende Methoden in der Therapie mit stotternden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Teil I: Non-Avoidance-Therapie mit Jugendl./Erwachsenen (Van Riper) **06.02.-08.02.03**

Teil II: Non-Avoidance-Therapie mit Kindern (Van Riper, Carl Dell) **27.-29.03.03**

Teil III: Ergänzende Methoden für Kinder und Erwachsene **08.05.-10.05.03**

Seminargebühr:
bei Anmeldung zur Seminarreihe jew. € 195,00
bei Belegung von Einzelseminaren € 210,00

Auffrischkurs und Fallsupervision (Stottern)
16./17.10.03 Seminargebühr: € 145,00

Elternberatung und Fallsupervision (Stottern)
26.-28.06.03 Seminargebühr: € 195,00

Veränderung ist möglich! Gesprächsführung in der logopädischen Therapie 10./11.07.03
Seminargebühr: € 160,00

Einzelsupervision: auf Anfrage

Ort: Ulm

Information und Anmeldeunterlagen:
Susanne Winkler, Lehrlogopädin Ulm

Magirushof 49, 89077 Ulm, Tel. + Fax: 0731/9217418
e-mail: winkler.seminare@web.de

Diagnostik und Therapie bei Phonologischen Störungen

Termin: 24./25. Januar 2003

Diagnostik und Therapie bei Störungen des Grammatikerwerbs

Termin: 21./22. Februar 2003

Diagnostik und Therapie bei Störungen des Schriftspracherwerbs

Termin: 28./29. März 2003

Frühtherapie bei verzögerter Sprachentwicklung

Termin: 5./6. Dezember 2003

Ort: Wildeshausen (nahe Bremen)

Referentin: **Ilse Wagner**

Auskunft & Anmeldung

Regine Mayer, Mühlendamm 1
27793 Wildeshausen, Tel. 04431/73000

Fortbildungen für die Praxis

In Stuttgart werden unter ärztlicher Leitung Spezialkurse durchgeführt:

Fachtherapeut(in) für Kognitives Training
mit Zertifikat



akademie für Gedächtnistraining
nach Dr.med.F. Stengel

Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an!

Vahlhinger Landstr. 63, 70195 Stuttgart, Tel.: 0711/6 97 98 06, Fax: 0711/6 97 98 08

Anzeigenschluss

Heft 1/03

ist der 3. Januar 2003

Institut für Stimm- und Sprachtherapie

Unna

Kurstermine 2003



Myo-Funktionelle-Therapie MFT

Vom AK-MFT anerkannte Fortbildungen

Kurs 1: Theorie und Praxis der Myofunktionellen Therapie

Termin: 28.2. bis 1.3.2003 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen

Inhalte:

- Muskeln und Funktionen des orofazialen Systems: Auswirkungen auf die Sprache, Kauen, Schlucken, Zahnstellung, Kieferform u.a. Fehlfunktionen: Ursachen, Anamnese, Diagnose
- MFT-Therapie (Berndsen/Berndsen)
- Praktische Übungen, Patientenvorstellung
- Face-Former-Therapie

Kurs 2: Praxis der MFT: Logopädie, Zahnmedizin, Kieferorthopädie

Termin: 10.5.2003 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen/S. Berndsen

Inhalte:

- Diagnostik und Behandlungsziele der Logopädie, der Zahnmedizin und der Kieferorthopädie
- Technische Hilfe zur Diagnostik und Therapie
- Praktische Übungen zur MFT: Diagnose und Therapie, Demonstrationen an Patienten; Übungen

Kurs 3: Orofaziale Therapien: Therapiekonzepte für Fortgeschrittene

Termin: 26.09.-27.09.2003 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen

Inhalte:

- Behandlung orofazialer Dyskinesien u. Dysphagien: Anamnese, Diagnose und Möglichkeiten der Therapie
- Methoden passiver Aktivierung orofazialer Muskelketten
- Hilfen bei gestörtem Essen und Trinken
- Elemente der Orofazialen Regulationstherapie nach Castillo Morales

Kurs 4: Therapie mit OSP (Orale-Stimulations-Platten) und Face-Former (eintägige Kurse)

Termine: 2.3.2003 u. 28.9.2003 v. 9.00-16.00 Uhr

Leitung: Dr. K.-J. Berndsen und S. Berndsen

Inhalte: Diagnose, Indikation, Anpassung und Therapie

Kurs 5: Hospitationstage am ISST-Unna Nach Vereinbarung!

Kurs 6: Face-Former-Therapie (Einführung):

Indikationen und Therapie

Termine: 2.3. u. 28.9.2003, 9.00-12.00 Uhr

Teilnehmer: *Behandler, Helfer, Apothekenpersonal, Mitarbeiter anderer Einrichtungen*

Kursgebühren:

2-Tageskurse: 205,- €

1-Tageskurse: 115,- €

1/2-Tageskurse: 65,- € (nur Kurs 6)



Institut für Stimm- und Sprachtherapie
Dr. K.-J. Berndsen u. S. Berndsen

Wasserstr. 25, 59423 Unna, Tel: 02303/86888 Fax: 02303/89886
Mobiltelefon: 0178/8999119 u. 0178/8999129

E-Mail: praxis@isst-unna.de H.Page: http://www.isst-unna.de

Bernd Hansen

Claudia Iven

Fortbildungs-Seminar

Stottern im (Vor-)Schulalter
Diagnose und Therapie mit unflüssig
sprechenden Kindern

Ort: Dortmund

Termin: Fr. 04.04.03, 9.00 – 18.00 Uhr
Sa. 05.04.03, 9.00 – 17.00 Uhr

Informationen und Anmelde-Unterlagen:

Claudia Iven, Am Spelzgarten 12, 50129 Bergheim

Fax: 02238/942370, Tel.: 02238/44704

Mail: c.iven@t-online.de

IPF

Schloss am Meer



Berufsbegleitende Weiterbildungen für pädagogische und therapeutische Berufe

Entspannungspädagoge/in
Bewegungspädagoge/in

SeminarleiterIn für Kinder- und Erwachsenengruppen
Seminarorte: Berlin, Düsseldorf, Hamburg, München, Sylt
Dauer: 6 Monate (Wochenendseminare)
Mit anerkanntem Abschlusszertifikat

Information: **IPF Institut für Pädagogik und Fortbildung**
Mühlenweg 9 24354 Rieseby

Tel.: 04355 15161 Fax: 04355 15162

Sprachheilpädagoge/in gesucht

Für unsere Praxis in DO-Wambel suchen wir
Kollegen für z. Zt. 2 ganze Tage (ausbaufähig).

Infos unter 0231-49 63 511,

Bewerbungen bitte an
Praxis für Sprachtherapie,
Christine Moser-Dobis,
Wambeler Hellweg 114,
44143 Dortmund

Suche zum 01.03.2003

eine/n **Sprachheilpädagogin/en,**
Logopädin/en, ASSL

Biete

Supervision, flexible Arbeitszeit,
leistungsgerechte Vergütung

Schwerpunkte: SEV, LRS, Stimmstörungen

Praxis für Sprachtherapie Anja Rachuba
Münsterstr. 1L, 44534 Lünen
Tel. 02306/965526



**CHRISTOPHSBAD
GÖPPINGEN**

150 Jahre
Christophsbad
Göppingen
1852 - 2002

Wir sind ein traditionsreiches privates Klinikum mit öffentlichem Versorgungsauftrag in harmonisch verbundenen modernen und historischen Gebäuden mit sehr guter Ausstattung. Unsere insgesamt 434 Betten gliedern sich in die Fachrichtungen Neurologie, Neurophysiologie und Frührehabilitation, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, neurologische und geriatrische Rehabilitation mit ambulantem Therapiezentrum.

**Zur Verstärkung unseres logopädischen
Teams suchen wir:**

baldmöglichst
eine/n

Sprachheilpädagogen/in oder Logopäden/in

befristet als Elternzeitvertretung in Vollzeit
für die Station für Frührehabilitation der Neurologischen
Klinik

und zum 1.01.2003
eine/n

Sprachheilpädagogen/in oder Logopäden/in

unbefristet in Vollzeit
für die Rehaklinik und Logopädische Ambulanz

Ihre Aufgabenbereiche:

- **im stationären Bereich:** Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrophonien, Sprechapraxien, zentralen Stimmstörungen, Dysphagien und Differentialdiagnostik zu anderen neuropsychologischen Störungen in der Rehabilitationsphase, Angehörigenberatung sowie intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit
- **im ambulanten Bereich:** Diagnostik und Therapie sämtlicher logopädischer Störungsbilder

Wir bieten:

- selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten in einem jungen und engagierten Team
- intensive Einarbeitungszeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen therapeutischen Abteilungen
- Diagnostik von Dysphagien mittels Videofluoroskopie
- regelmäßige interne Weiterbildung und großzügige Unterstützung bei externen Fortbildungen
- Zeit für fachlichen Austausch im logopädischen Großteam (8 Therapeutinnen, Neurologische Akutklinik – Bereich für Frührehabilitation – Rehaklinik)
- ausgezeichnete Ausstattung mit Therapiematerial und Geräten
- leistungs- und qualifikationsangemessene Vergütung
- Gemeinschaftsverpflegung und Möglichkeit der Unterbringung im Personalwohnheim

Interessiert ? Dann bewerben Sie sich bitte

Nähere Auskünfte erhalten Sie gerne in unserer logopädischen Abteilung bei Frau Müller (Neurologische Klinik): Tel.: 07161/601-640; ursula.mueller@christophsbad.de
Frau Kartmann (Rehaklinik): Tel. 07161/601-650; angelika.kartmann@christophsbad.de

Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen: **Christophsbad Göppingen, Personalabteilung, Postfach 8 40, 73008 Göppingen**
Göppingen liegt am Rande der Schwäbischen Alb nahe Ulm und Stuttgart und bietet interessante Möglichkeiten der Freizeitgestaltung.

Engagiertes 3er Team einer **Praxis für Sprachtherapie** sucht Verstärkung durch eine Sprachtherapeutin/Logopädin bzw. einen Sprachtherapeuten/einen Logopäden

Der Standort der Praxis liegt inmitten einer Fußgängerzone mit guter Parkraumversorgung sowie verkehrsgünstig in der Nähe der A 57, Anschlussstelle „Kamp-Lintfort“. Es erwartet Sie neben **attraktiver Bezahlung** und **betrieblicher Altersvorsorge**:

- Flexible Arbeitszeitgestaltung: Teilzeit/Vollzeit möglich
- Regelmäßige Supervision und Teamgespräche
- Vor- und Nachbereitungszeit
- Entlastung von Verwaltungsarbeiten durch ein Sekretariat
- Unterstützung bei Fort- und Weiterbildung

Praxis für Sprachtherapie Angelika Schindler
Am Rathaus 16, 47475 Kamp-Lintfort, Tel.: 02842-973036

Wir suchen MitarbeiterInnen für ein neues „Kindergesundheitshaus“ in wunderschöner, historischer Umgebung im südlichen Münsterland (Raum Münster – Hamm – Ahlen):

- **LogopädInnen oder Sprachtherapeuten** (mit eigener KV-Zulassung)
- **ErgotherapeutInnen** (mit eigener KV-Zulassung)
- **HeilpädagogInnen** (angestellt)
- **ArzthelferInnen**

Zum Team gehören bereits 3 Kinderärzte und Kinder- & JugendpsychiaterInnen, eine Physiotherapeutin, eine Sozialarbeiterin und eine Psychologin.

Senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an Chiffre-Nummer SP 020601

Neuerscheinungen 2002

Veronika Struck / Doris Mols

Das MundWerk

Training für die Sprechwerkzeuge

2002, 144 S., farbiges Register, Format 17x24cm, Ringbindung
ISBN 3-8080-0511-4, Bestell-Nr. 1918, sFr 39,60, Euro 22,50

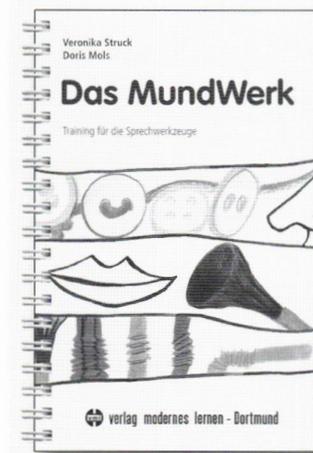
Dazu erhältlich:

Veronika Struck / Doris Mols

Die MundWerkMappe

Arbeitsmaterialien für das Training der Sprechwerkzeuge

2002, 42 S., Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 3-8080-0519-X, Bestell-Nr. 1920, sFr 22,50, Euro 12,80

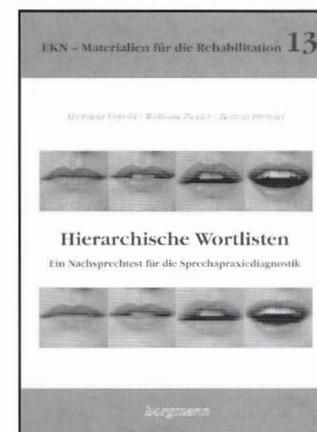


Michaela Liepold / Wolfram Ziegler / Bettina Brendel

Hierarchische Wortlisten

Ein Nachsprechtest für die Sprechpraxiediagnostik
(EKN-Materialien für die Rehabilitation 13)

2002, 56 S. inkl. 6 Seiten Formular-Kopiervorlagen, Format DIN A4, Ringbindung
ISBN 3-86145-249-9, Bestell-Nr. 8546, sFr 26,90, Euro 15,30



Portofreie Lieferung durch:

verlag modernes lernen *borgmann publishing*

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund

Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

Unser Buchkatalog im Internet: www.verlag-modernes-lernen.de

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für
Sprachbehindertenpädagogik

verlag modernes lernen
Hohe Str. 39 • D - 44139 Dortmund

PVSt, Deutsche Post AG, „Entgelt bezahlt“, K 11772

000 000553

Kunden-Nr.: 002 083 110089

Kurt Bielfeld
dgs

Goldammerstr. 34
12351 Berlin

Wer? Wie? Was? - PRO ...

Telefon: 0800-8742564 (D) • 00800-87425640 (international)

TRIALOGO
TRIALOGO Verlag
Labhardsweg 2a
D-78462 Konstanz



Bei diesem Spiel ist nicht nur die Form des „Spielfeldes“ ungewöhnlich: Die achteckigen Tafeln lassen sich nach Belieben zu einem längeren oder kürzeren „Wurm“ zusammenbauen.

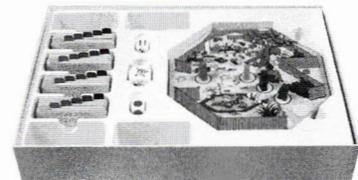
Auf diesem „Wurm“ wird nun ein Würfelspiel gespielt, in dessen Verlauf verschiedene grammatikalische Aufgaben zu lösen sind. Die Übungsbereiche (Substantive mit Artikel, Plural, Adjektive, Präpositionen, einstellige und zweistellige Verben) können dabei gezielt ausgewählt werden.

Jede der Spieltafeln steht außerdem für einen semantischen Bereich (Kindergarten, Schule, Bauernhof, Baustelle).

Wer?Wie?Was? ist vielseitig, bunt, unterhaltsam, ungewöhnlich und abwechslungsreich - kurz: eine langersehnte Bereicherung für die Dysgrammatismus-Therapie.

- Vielseitige Spielmöglichkeiten
- Spielen im semantischen Kontext
- 6 achteckige Spieltafeln
- großer TROLLI-Holzwürfel
- Farb- und Zahlenwürfel
- 220 Spielkarten

59,90 €
Incl. MwSt. & Versand.



Mail: info@trialogo.de • Internet: <http://www.trialogo.de>

... Das Grammatikspiel!