ISSN 0584—9470

C 21843 F
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK L...
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen
Testdiagnostik und Didaktik
in der Sprachbehindertenpädagogik

Dieter Kroppenberg, Mainz
Das familiäre Interaktionsgeschehen als Hintergrund
der Stottersymptomatik eines siebenjährigen Jungen

Birgitt Mangelsdorf-Büscher, Hamburg
Ein Therapieprogramm zur Behebung
von funktionellen Stimmstörungen bei Kindern

K. H. Schmalz, Fulda
Bericht über eine Reihenuntersuchung

Umschau und Diskussion
Aus der Organisation
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Oktober 1977 · 22. Jahrgang · Heft 5

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen · Rektor i. R. J. Wulff

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:
2000 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Telefon (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silcherstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 199
Berlin	Ernst Trieglaff, 1000 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen	Gerd Homburg, 2820 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg	Rainer Bangen, 2000 Hamburg 52, Seestraße 25
Hessen	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, 3000 Hannover, Ubbenstraße 17
Rheinland	Werner Großmann, 4010 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 6500 Mainz, Göttelmannstraße 46
Saarland	Manfred Bohr, 6600 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, 2057 Wentorf bei Reinbek, Golfstraße 5a
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, 4401 Laer, Annettenweg 4

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.
Redaktion	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn), Am Schwimmbad 8, Telefon (0 64 22) 28 01
	Dr. Jürgen Teumer, 3550 Marburg/Lahn, Schwanallee 50, Telefon (0 64 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:
Wartenberg & Söhne · 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Telefon (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 3,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 20,40 DM zuzüglich Portokosten.

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

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Redakteur Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis:

Der heutigen Ausgabe unserer Fachzeitschrift liegt ein Prospekt des Heinz Vogel Verlag, Wilhelmshaven, bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Oktober 1977 · 22. Jahrgang · Heft 5

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

Testdiagnostik und Didaktik in der Sprachbehindertenpädagogik

1. *Problemstellung*

Die gegenwärtige Erfassung und Erziehung sprachbehinderter Kinder steht unter der Problematik, daß die diagnostische Eingrenzung bei der Klassifizierung sprachlicher Auffälligkeiten sich vorwiegend auf informelle Verfahren stützt und eine direkte Umsetzung in didaktische Modelle sich an der Notwendigkeit einer behinderungsspezifischen Unterrichtsgestaltung orientieren muß. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf eine Strukturierung der Aufgabenstellungen, um eine Systematisierung der Abfolge bei der diagnostischen, didaktischen und methodologischen Grundlegung aufzuzeigen. Insbesondere werden Überlegungen

- zum Stand der Testdiagnostik und Didaktik in der Schule für Sprachbehinderte,
- zur möglichen Umsetzung diagnostisch belegter Defizite in Trainingsprogramme,
- zum Stellenwert dieser Programme im Rahmen eines ganzheitlich orientierten Unterrichts der Umerziehung Sprachbehinderter
- und zu möglichen Rückwirkungen auf das Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte angestellt.

2. *Gezielte psychodiagnostische Datenerhebung auf der Basis der Mehrdimensionalität von Sprachbehinderungen*

2.1. Zur Eingrenzung sprachlicher Behinderung

Sprachliche Auffälligkeiten lassen sich generell als Abweichungen von Normvorstellungen definieren, wobei jedoch schichtspezifische, situative oder ganz allgemein subjektive Faktoren die jeweiligen Vorstellungen sprachlicher Normalität beeinflussen. Im Zusammenhang damit steht eine uneinheitliche Klassifizierung sprachlichen Fehlverhaltens bei Laien und auch Fachpädagogen. Ausdruck davon sind stark differierende Häufigkeitsangaben zum Auftreten von Sprachbehinderungen (*Grohnfeldt* 1976).

Es ist anzunehmen, daß die bisherige diagnostische Praxis sich an Aufnahmeverfahren und Klassifizierungsschemata orientiert hat, die sich ohne direkten Bezug auf eine Altersnorm als zu unreflektiert erweisen. Die Erfassung des Sprachstatus' erfolgt dabei zumeist mit Hilfe nichtstandardisierter informeller Prüflisten durch einen einzelnen Diagnostiker, der sich notwendigerweise auf seinen subjektiven Erfahrungshintergrund verläßt. Die Orientierung an den geläufigen Einteilungskriterien kommt dabei eher einer Etikettierung gleich als einer differenzierten Erfassung von Strukturen der individuellen Sprachentwicklung in Abhängigkeit zur Altersnorm, aus der sich Konsequenzen für die therapeutische Praxis ableiten lassen.

Die bisherigen Aussagen lassen vermuten, daß bei der Eingrenzung von Sprachbehinderungen noch kein einheitlicher Konsens besteht. Als Grundlage der folgenden Erörterungen soll deshalb in Anlehnung an *Knura* (1974) und *Becker/Sovák* (1975) sprachliche Behinderung als komplexe Behinderungsstruktur definiert werden, bei der Störungsfelder

— des Sprachverhaltens
— der Motorik
— des Sozialverhaltens
— des Lernverhaltens

aufeinander bezogen integrativ auftreten und eine in sich geschlossene Behinderung ergeben, bei der die sprachliche Normabweichung der Kommunikationsstörung als dominierend empfunden wird. Kennzeichnend ist dabei, daß sprachliche Auffälligkeit durch situative Faktoren der Interaktion beeinflußt wird.

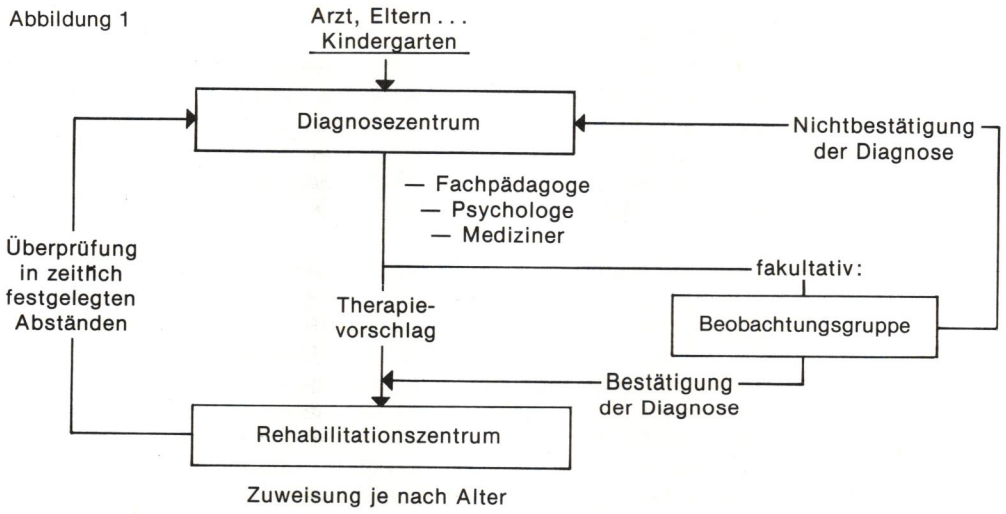
Aus der o. g. Definition ergibt sich zunächst, daß die diagnostische Phase sich nicht nur auf das Sprachverhalten beziehen sollte, sondern ebenfalls die Erfassung der Motorik und des Lernverhaltens bei Beachtung sozialer Komponenten beinhalten muß. Dies wiederum ist durch den einzelnen nicht zu leisten, sondern setzt das Vorhandensein eines diagnostischen Teams aus dem Lehrer für Sprachbehinderte, Psychologen und Mediziner voraus.

Im folgenden soll dazu eine mögliche Form der Erfassung von Sprachbehinderungen dargestellt werden.

2.2. Durchführung der Erfassung und diagnostisch/therapeutischen Beurteilung Sprachbehinderter

Die diagnostische Phase orientiert sich nach *Braun* (1973) an Zielkategorien mit operationalisierten Gesamt- und Teilzielen, die Entscheidungen über die einzusetzenden Medien erlauben. Dazu ist ein Katalog von Minimalinstrumentarien der Testbeurteilung notwendig, um von der Datenbeschaffung über die Hypothesenbildung zu einem Therapievorschlag zu gelangen. Es geht darum, aus empirisch abgesicherten diagnostischen Verfahren die unmittelbare Ableitung therapeutischer Programme und ihren integrativen Einsatz im Kindergarten und der Schule zu erarbeiten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1



Mögliche Anlaufstelle der Erfassung sprachlicher Auffälligkeiten beim Kinde dürfte neben der ärztlichen Überweisung und elterlichen Aufmerksamkeit vor allem der Kindergarten sein. Eine zunehmende Aufnahme sonderpädagogischer, hier speziell diagnostischer Bestandteile in den Ausbildungsgang der Erzieherinnen und Sozialpädagoginnen müßte zu einer Sensibilisierung in bezug auf Behinderungen führen, um nach einer ersten Grobdiagnose eine Auswahl von Kindern für eine umfassende Untersuchung in einer Beratungsstelle oder einem Diagnosezentrum zu melden. Die Bedeutung der Früherkennung und Erfassung sprachbehinderter Kinder im Vorschulalter ist hinreichend oft betont worden. Die Häufigkeitsangaben, die von 10 Prozent (*Deutscher Bildungsrat* 1974, *Orthmann* 1969, *Becker/Sovák* 1975) bis zu über 30 Prozent (*Schulze/Teumer* 1973, *Puppe* 1976) sprachauffälliger Vorschulkinder reichen, geben deutliche Hinweise für die Relevanz der Problematik bezüglich einer Prophylaxe. Es geht also vorwiegend um eine Systematisierung der Erfassung, die z. B. in Form eines übergreifenden Diagnosezentrums erfolgen könnte.

Ein derartiges auch vom *Deutschen Bildungsrat* (1974) gefordertes Zentrum zur Früherfassung von Behinderungen könnte bei öffentlicher Trägerschaft im Rahmen bestehender Institutionen (z. B. Beratungsstellen) gebildet werden, sollte aber in einer späteren Ausbaustufe mit den sich anschließenden rehabilitativen Einrichtungen (Sonderkindergarten, Schule ...) auch örtlich in engem Kontakt stehen. Generell durchgehend müßte das Prinzip der Beurteilung durch ein Team eingehalten werden. Die Aufgabenteilung bei der diagnostischen Erfassung erstreckt sich dabei nach einer allgemeinen Anamnese auf folgende Gebiete:

	untersuchte Teilleistung	mögliche Testverfahren
Fachpädagoge	Sprache/Sprechen	neben allgemeiner Beobachtung und informellen Verfahren — Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET) — Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV)
Psychologe	Motorik	— Lincoln Oseretzky Skala Kurzform (LOS KF 18)
	Lernverhalten	— French-Bilder-Intelligenz-Test (FBIT)
	Sozialverhalten	— Gruppentest für die soziale Einstellung (SET)
Mediziner	organischer Befund	— Hörprüfung, Sehprüfung, EEG

Die genannten Testverfahren stellen nur eine kleine Auswahl möglicher Beurteilungshilfen dar und sind fakultativ zusätzlich zu einer allgemeinen Beobachtung zu verwenden. Im Sinne eines möglichst ökonomischen Verfahrens, das das Kind nicht überfordert und die Gefahr einer »Überbeurteilung« umgeht, ist es nicht notwendig, daß jedes Kind alle Verfahren durchläuft. Die Entscheidung erfolgt durch ein verzweigtes Programm je nach dem betreffenden Einzelschritt.

Zusätzlich ist es sehr bedeutsam, nicht nur das Kind an sich und seine Störung isoliert zu beurteilen, sondern die soziale Situation mit zu berücksichtigen. Das bedeutet eine intensive Befragung der Eltern, um schichtspezifische und familiäre Faktoren miteinbeziehen zu können.

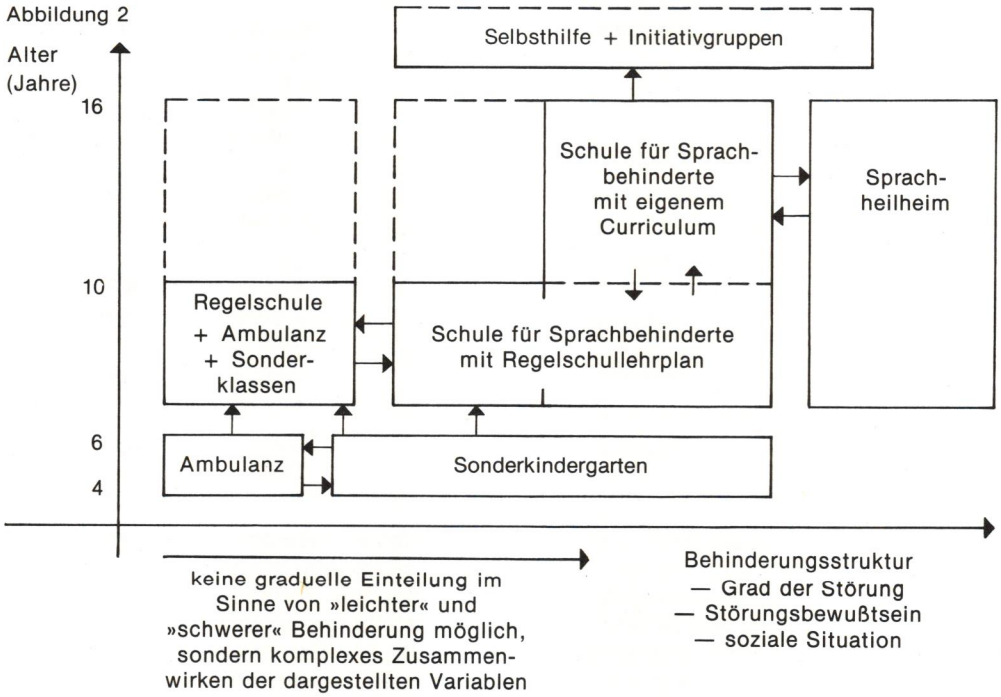
Am Ende der diagnostischen Phase steht ein übergreifender Befund, der im Verlauf einer Teambesprechung gebildet wird. Als mögliche Variablen im Hinblick auf den sich anschließenden Therapievorschlag sollen genannt werden:

— Alter des Kindes
— Behinderungsstruktur
— Grad der Abweichung
— Störungsbewußtsein
— familiäre Umwelt und Anregung
— vorhandene Institutionen und Förderungsmöglichkeiten

Möglicherweise erscheint der Aufenthalt in einer der Rehabilitationseinrichtung vorgeschalteten Beobachtungsgruppe sinnvoll, um eine Überprüfung der Diagnose zu gewährleisten. Auch nach der Zuordnung zum Kindergarten oder einer schulischen Einrichtung muß eine Rückkoppelung zum Diagnosezentrum in zeitlich festgelegten Abständen erfolgen, damit Umschulungen frühzeitig ermöglicht werden und Lernzielkontrollen zur Strukturierung und Erhöhung der Effektivität unmittelbar wirksam sein können.

Der Therapievorschlag selbst erfolgt nach Rücksprache mit den Eltern und orientiert sich an den bestehenden Institutionen und örtlichen Möglichkeiten. Generell soll hier im Hinblick auf die Zielvorstellung eines übergreifenden Rehabilitationszentrums eine Entscheidungshilfe dargestellt werden, bei der das Alter des Kindes und die Behinderungsstruktur als Determinanten auftreten.

Abbildung 2



Die in Abbildung 2 dargestellten Überlappungen zeigen, daß keine eindeutigen Zuweisungen möglich sind und stets ein subjektiver Entscheidungsspielraum bleiben wird. Die im Bereich der Schule für Sprachbehinderte getroffene Unterteilung bezieht sich auf den Grad der Annäherung an die Regelschule. Daraus erwachsen curriculare Konsequenzen: bei voraussichtlich kurzfristig behebbaren Artikulationsstörungen mit geringen Lernbeeinträchtigungen wird Unterricht nach dem Regelschullehrplan möglich sein, während bei zentralen Sprachbehinderungen und Stottersymptomen mit konsekutiven Verbildungen u. U. behinderungsspezifische Inhalte notwendig sind. Die unklare prognostische Vorhersagbarkeit bei der Rehabilitation von Sprachbehinderungen bedingt dabei einen integrativen Aufbau der Schule für Sprachbehinderte mit Überschneidungen anstatt eindeutiger Trennungsbereiche.

3. Testverfahren bei der Erfassung von Sprachbehinderungen

Die Forderung nach der differentialdiagnostischen Eingrenzung von Sprachbehinderungen durch Testverfahren bedingt, die vorhandenen Verfahren hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit zu überprüfen und ihren Stellenwert im Gesamtgutachten kritisch zu reflektieren. Der Thematik gemäß soll hier vor allem auf die Erfassung des Sprachverhaltens an sich eingegangen werden.

3.1. Anforderungen an ein Testinstrument, das sprachwissenschaftlichen Ansprüchen genügt

Die Sprach- und Denkentwicklung läßt sich als stufenförmige, aufeinander aufbauende Abfolge erklären (*Jakobson* 1972). Störungen auf einer niedrigen Stufe, dem sogenannten Unterbau, ziehen automatisch Störungen auf den nachfolgenden Stufen, dem sogenannten Überbau nach sich (*Jakobson* 1972). Es gilt also, die Phase der betreffenden sprachlichen Entwicklung des Kindes festzustellen, um gezielter und mehrdimensional darauf aufbauen zu können. Unter neurophysiologischem Aspekt lassen sich Sprach- und Denkstrukturen durch ein Zusammenwirken der Funktionssysteme von Sensorik und Motorik erklären, die als halbautonome Teilglieder in einem komplexen System wirksam werden. Störungen in einem Teilsystem haben Auswirkungen auf andere Funktionen. Es ist darum nicht ausreichend, bei kindlichen Entwicklungsstörungen nur einen Teilaspekt, z. B. das »oberflächliche«, situativ empfundene Sprachverhalten zu überprüfen, sondern die Aufgabe besteht darin, den Störungsherd unter linguistischen und neurophysiologischen Aspekten differentialdiagnostisch zu bestimmen. Praktisch sieht das so aus, daß Einzelstörungen in verschiedenen Bereichen untersucht werden und ihre Stellung im Gesamtsystem näher bestimmt wird. Es reicht also nicht, im Sinne einer Negativanalyse (z. B. Rhotazismus, Kappazismus ...) Normabweichungen festzustellen, sondern es ist notwendig, spezielle Strukturmerkmale des Sprachstandes beim Kinde durch Untertests abzuprüfen.

Die genannten Testverfahren PET (*Angermaier* 1974) und LSV (*Götte* 1976) versuchen, diesem Aspekt zu entsprechen, indem unterschiedliche Bereiche des Sprachverhaltens geprüft werden. Beim PET erfolgt eine Unterteilung in 12 Subtests, deren Werte profilartig dargestellt werden können. Die Umwandlung in Prozenträngе erlaubt bei Beachtung der Standardabweichungen eine Profilanalyse, bei der statistische Abweichungen von der Erwartungslinie der Altersnorm differentialdiagnostisch eng eingegrenzt werden können und auch Hinweise für eine gezielte therapeutische Beeinflussung geben. Abgesehen von den unter 3.2. genannten spezifischen und prinzipiellen Einschränkungen handelt es sich um ein außerordentlich genaues Testinstrument, das jedoch eine umfassende psychodiagnostische Ausbildung voraussetzt. — Der LSV ist ein Verfahren, das für den

Prüfer leicht erlernbar und durchführbar ist und an das Kind keine zu hohen Anforderungen stellt. Aus der Unterteilung in 4 Untertests (Wortschatz, Artikulation, Formen- und Satzbildung, Kommunikationsfähigkeit) lassen sich ebenfalls Ansätze für die Therapie ableiten. Die altersmäßige Normierung auf 4- bis 6 1/2jährige beschränkt die Einsatzmöglichkeit des Tests jedoch vorwiegend auf den Vorschulbereich. Hier wiederum sind durch die Ergebnisse exaktere Einteilungen in sprachentwicklungsmäßig weitgehend homogene Förderkurse im Kindergarten denkbar.

3.2. Kritische Beurteilung des Stellenwertes der Testverfahren

Die genannten Tests (PET, LSV) zu einer mehrdimensionalen Messung struktureller Entwicklungsstufen der Sprache verstehen sich als Instrument zur Diagnose sprachlicher Normabweichungen in verschiedenen Teilgebieten, um Sprachförderung effektiver, zeitsparender und gezielter bei einer Lernzielkontrolle betreiben zu können. Das Testergebnis soll einen differentialdiagnostischen Ausgangspunkt für die Entwicklung von Trainings- und Unterrichtsprogrammen geben, die individuell auf das Kind abgestimmt sind. Dazu sind folgende kritische Einwände geltend zu machen:

Vor allem der PET erfaßt keine Alltagsbedingungen, da er nicht am tatsächlichen Sprachgebrauch von Kindern orientiert und einseitig bildungssprachlich ausgerichtet ist. Ablenkungen sind generell durch den situativen Kontext und den spontanen Kontakt des Prüfers zum Kind gegeben. Zusätzlich gelingt das häufig geforderte Nachsprechen besser als die lautreine Spontansprache. Andererseits müßte sich die Untersuchung des Sprachstandes gerade auf die Spontansprache beziehen und hier das konkrete Sprachverhalten in der Familie und bei Spielsituationen mit Gleichaltrigen näher berücksichtigen. Dies versucht *Götte* beim LSV aufzunehmen, indem sie soziolinguistische Aspekte bei der Bezugnahme auf linguistische Modellvorstellungen berücksichtigt und verbale kommunikative Verhaltenskompetenz als die Fähigkeit definiert, sich in sozialen Situationen verbal verständigen zu können. Das daraufhin in den Test eingearbeitete simulierte Telefongespräch bietet hier einen Ansatz, um ein der Situation angepaßtes sprachliches Handeln zu prüfen.

Problematisch erweist sich wiederum die Bezugnahme auf eine, diesmal statistisch vorgegebene Altersnormierung. Die Testverfahren wurden gewählt, um die Relativität sprachlicher Auffälligkeiten durch vorgegebene Kriterien zu objektivieren. Andererseits kann ein Test nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Sprachverhaltens erfassen und vermag die Bedeutung des kommunikativen Kontextes und konnotative Variablen beim Interaktionsprozeß nicht zu berücksichtigen. So kann ein Kind innerhalb seiner Familie und sozial vertrauten Schicht sprachlich unauffällig sein und den statistischen Altersnormen trotzdem nicht genügen. Dies wäre z. B. in ausschließlich mundartlich geprägten Sprachgemeinschaften denkbar. Die tatsächliche Abweichung hängt also von der Erwartungshaltung des Interaktionspartners im jeweiligen situativen Kontext und möglicherweise vom eigenen Störungsbewußtsein ab.

Als zusätzliches Problem erweist sich die Orientierung an vorgegebenen Sprachnormen dann, wenn es um die Umsetzung in Therapieprogramme geht. Die ausschließliche Bezugnahme auf eine festgesetzte Altersnorm bedingt, daß die Reproduktion dieser Norm angestrebt wird. Dies steht nicht nur der individuellen Situation des Kindes entgegen, sondern verhindert auch eine permanente Reflexion, Infragestellung und mögliche Veränderung von Normen in ihrer gesellschaftlichen Bedingtheit, wie dies im Sinne einer Curriculumrevision anzustreben ist. Es müssen also Aspekte hinzutreten, die die individuelle Handlungsfähigkeit

berücksichtigen und nicht nur die formale Verfügbarkeit von Sprache trainieren, sondern Sprache als Mittel zur Emanzipation und situativen Verfügbarkeit von Kommunikationsmustern betrachten.

Es wird deutlich, daß bei der Beurteilung des Sprachverhaltens keine absolut objektiven Kriterien möglich sind, da verbale Interaktion immer im situativen Kontext zu verstehen ist, der durch unterschiedliches Rollenverhalten eine Vielzahl von Normen impliziert. Durch unreflektierte Übernahme von Testergebnissen besteht u. U. die Gefahr einer vorgetäuschten Pseudoexaktheit. Qualitative und quantitative Analysen zur Sprachstruktur durch standardisierte Testverfahren sind deshalb zwar notwendig, um durch die Bestimmung eines Prozentranges Hinweise für altersadäquates Sprachverhalten und die durchschnittliche zeitmäßige Abfolge der Entwicklung von Sprachstrukturen bei der Beachtung bestimmter Varianzbreiten zu erhalten, andererseits kann die individuelle Situation des Kindes nicht direkt berücksichtigt werden. Es reicht nicht zu sagen, in welchen Bereichen der Sprache das Kind von einer statistischen Altersnorm abweicht. Wichtiger wäre es zu erfassen, inwieweit das Kind in seiner unmittelbaren sozialen und familiären Umwelt sprachlich auffällt.

Damit wird der Stellenwert der genannten Testverfahren näher umrissen. Es handelt sich um Entscheidungshilfen, die besser als die bisherigen informellen, nichtstandardisierten Prüfverfahren als Grundlage bei der Zuordnung zu bestimmten Gruppenverbänden sprachlich auffälliger Kinder in Beobachtungsklassen dienen. Zur näheren individuellen Bestimmung wird sicherlich eine Verlaufsbeobachtung notwendig sein. Letztlich wird dabei immer ein subjektiver Ermessensspielraum bleiben. Es empfiehlt sich deshalb, Entscheidungen im interdisziplinären Team statt durch Einzelgutachten vorzunehmen.

4. Rückwirkungen auf didaktische Überlegungen und das Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte

4.1. Umsetzung von Testergebnissen in Trainingsprogramme

Unterricht und Erziehung sprachbehinderter Kinder sollten auf der Grundlage psychodiagnostischer Datenerhebung behinderungsspezifisch geplant und realisiert werden. Es erscheint folgerichtig, diagnostisch belegte Defizite des Sprach-, Lern- und Sozialverhaltens sowie der Motorik durch Trainingsprogramme direkt kompensieren zu wollen. Dieser Gedanke hat den Vorteil einer gezielten Förderung bei der Möglichkeit von Lernzielkontrollen.

Als Beispiel soll dazu der sich an den PET (*Angermaier* 1974) anschließende »Psycholinguistische Sprachunterricht« von *Bush/Giles* (1976) genannt werden, der auf der Grundlage des Kommunikationsmodells von *Osgood* und des Denkmodells von *Piaget* konzipiert ist. Der Grundgedanke besteht darin, die verzögerte Entwicklung des Kindes noch einmal schrittweise nachzuvollziehen.

Ein Training auditiver, visueller, verbaler und manueller Fertigkeiten erfolgt jeweils durch Unterteilung in 8 Lernstufen zunehmenden Schwierigkeitsgrades. Die detailliert beschriebenen Lernschritte sind jeweils durch Angaben zur Methodik und zum Verbrauchsmaterial ergänzt. Wichtig ist, daß keine undifferenzierte Sprachförderung betrieben wird, sondern neben Übungen zur Motorik und Wahrnehmung eine gezielte Wortschatzerweiterung und Satzstrukturierung erfolgt, die das Verhalten in unterschiedlichen Situationen und das Eingehen auf den Interaktionspartner einschließt. Hier wäre neben einer Lernzielkontrolle auch ein Ansatz über Rollenspiele zu einem spezifischen Curriculum in der Schule für Sprachbehinderte denkbar.

Problematik und Grenzen beim Einsatz von Trainingsprogrammen im Unterricht ergeben sich jedoch generell dadurch, daß aus Gründen einer angestrebten Lernzielkontrolle eine Konditionierung von Übungsreihen erfolgt, die einen isolierten, künstlichen Wortschatz aufbauen. Es besteht die Gefahr des Anbietens realitätsferner Satzmuster, die außerhalb der Schule für den Lebensraum des Schülers bedeutungslos sind. Es geht nicht nur um die formale Verfügbarkeit von Sprache, sondern um die Anwendungsmöglichkeiten passender Sprachformen im situativen Kontext. Dazu muß die Alltagsrhetorik geübt werden, die das Durchspielen kommunikativer Situationen und das Erlernen von Rollenverhalten miteinschließt. Zusätzlich soll Sprache als Emanzipationsmittel erkannt werden (*Hiller* 1973), d. h. die Entwicklung zur Handlungsfähigkeit soll durch schulische Prozesse initiiert werden. Dazu müssen soziale Handlungsfelder durch Unterricht rekonstruiert und typische Realitätsausschnitte des Alltagslebens geübt werden. Eine zusätzliche Individualisierung erfolgt dadurch, daß die bisherigen Lernerfahrungen und der Sozialisationsstand des Schülers berücksichtigt werden. Es fragt sich jedoch, wie dies im Rahmen eines therapieimmanenten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte zu realisieren ist.

4.2. Zur behinderungsspezifischen Unterrichtsgestaltung in der Schule für Sprachbehinderte

Die Rehabilitation Sprachbehinderter im Sonderschulbereich unterliegt der Doppelaufgabe von Unterricht und Therapie. Diese Dualismusproblematik wird dadurch verschärft, daß die Schule für Sprachbehinderte sich als Durchgangseinrichtung versteht und somit eine enge Orientierung am Regelschullehrplan erfolgt. Zur Lösung dieser Problematik sind auf der Grundlage des Berliner Didaktikmodells (*Heimann/Otto/Schulz* 1972) vor allem die Ausführungen *Orthmanns* (1976), *Werners* (1972, 1975) und *Reschs* (1974) bekannt geworden. Grundsätzlich wird dabei die Wesensgleichheit von Unterricht, Erziehung und Therapie betont, d. h. es erfolgt eine integrative »Therapieimmanenz« (*Werner* 1975) im Unterricht, die auf die gesamte Persönlichkeit des Sprachbehinderten abzielt. Durch eine »pädo-therapeutische Grundhaltung« (*Orthmann* 1976) wird das Unterrichtsgeschehen an das sprachliche Defizit und das soziale Verhalten angepaßt. Bei der Planung des Unterrichts werden dabei die anthropogenen Voraussetzungen nicht nur hinsichtlich der sprachlichen Auffälligkeit erfaßt, sondern aufgrund der Komplexität von Sprachbehinderungen werden auch lern-, leistungs- und sozialbezogene Daten berücksichtigt. Im Vordergrund steht die ganzheitliche Beeinflussung im Sinne einer Umerziehung (*Rothe* 1929).

Es ist zu fragen, inwieweit sich Trainingsprogramme mit dem erklärten Ziel der Kompensation diagnostisch belegter Defizite in einen derartig verstandenen Unterricht einbeziehen lasssen. Dazu muß zunächst auf die Gefahr verwiesen werden, zugunsten einer schnellen sprachlichen Rehabilitation durch verstärkten Einsatz von Trainingsprogrammen gruppenspezifische Sozialisations- und Unterrichtsprozesse zu vernachlässigen. Die Klasse muß als Gruppe erhalten bleiben. Unterricht steht unter dem Spannungsverhältnis von Einordnung und Besonderung, d. h. gruppendynamischen Abläufen und individueller Entwicklung. Für den Lehrer bedeutet das, daß die Programme im Sinne eines Förderkurses bei innerer und äußerer Differenzierung in den Unterrichtsablauf integriert werden müssen. Dies impliziert eine besondere Aufarbeitung der Strukturmomente des Unterrichtsgeschehens.

Von Bedeutung ist dabei, daß eine eigenständige Didaktik der Sprachbehindertenpädagogik auf der Grundlage der Komplexität sprachlicher Auffälligkeit im Zusam-

menhang mit Störungen des Lern- und Sozialverhaltens sowie der Motorik entwickelt wird. Es reicht also nicht, traditionelle Unterrichtsinhalte beizubehalten und behinderungsspezifisch zu modifizieren. Vielmehr müssen Ansätze zu Unterrichtsmodellen hinzutreten, die eine curriculare Veränderung zu leisten imstande sind. Sprachbehinderte Schüler sollen das lernen, was einen Bezug auf die sie zu erwartende außerschulische Wirklichkeit hat. Es geht um eine Rekonstruktion dieser sozialen Handlungsfelder in der Schule. Unterricht vermag dabei diese Wirklichkeit nicht abzubilden, sondern versucht sie dem Schüler verständlich zu machen. Sprache wird dabei als »kommunikative Handlungsfähigkeit« und »aufklärerisches Mittel« verstanden (*Hiller* 1973).

Damit wird der Stellenwert von Trainingsprogrammen näher umrissen. Im Sinne einer individuellen Förderung des sprachbehinderten Schülers und zur Aufarbeitung von speziellen Defiziten werden Differenzierungsgruppen gebildet, die den behinderungsspezifischen Gesamtrahmen der Umerziehung jedoch nicht sprengen dürfen. Übergreifendes Ziel ist es, den Schüler auf das spätere außerschulische Leben, die für ihn relevante Wirklichkeit vorzubereiten. Dies beinhaltet die Entwicklung von sozialer Handlungsfähigkeit. Es werden also zwei Momente der Strukturierung des Unterrichts bei Sprachbehinderten angesprochen: zum einen die behinderungsspezifische Auswahl der Inhalte, zum anderen die Wahl der methodischen Hilfen, um diese Inhalte zu vermitteln. Beide Faktoren gehen ineinander über. Als ein Beispiel für die praktische Umsetzung soll der Einsatz von Rollenspielen genannt werden, da hier die durch die Trainingsprogramme geförderte individuelle Kompetenz in der Alltagsrhetorik handelnd angewendet werden kann.

4.3. Zum Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte

Die o. g. Ausführungen zu einer pädo-therapeutischen Grundhaltung und einer spezifischen Auswahl der Unterrichtsinhalte bei Sprachbehinderten verweisen auf folgende Probleme:

— die generelle Orientierung der Schule für Sprachbehinderte an der Regelschule
— die Notwendigkeit der Einbeziehung der unmittelbaren Umwelt, um Alltagserfahrungen realisieren zu können.

Die Beantwortung dieser Fragen bezieht sich auf eine übergreifende Entwicklung in der Sprachbehindertenpädagogik. Weite Teile der Schule für Sprachbehinderte werden weiterhin als Durchgangseinrichtung konzipiert sein müssen, um den Schülern die Möglichkeit des reibungslosen Übergangs in die Regelschule zu gewährleisten. Vor allem im Sekundarbereich sollte jedoch zusätzlich ein eigenständiges Curriculum entwickelt werden, um den Sprachbehinderten bei einer Vermeidung von Isolation mit speziellen Unterrichtsinhalten und Methoden auf die Alltagsrealität vorzubereiten. Dies impliziert eine Ausweitung des Bezugsrahmens schulischer Aktivität, damit Umwelterfahrungen in den Unterricht miteinbezogen werden können. Im Zusammenhang damit steht die Forderung nach einer Ganztagsschule bei Sprachbehinderten (*Knura* 1974), die letztlich im Rahmen einer übergreifenden Rehabilitationseinrichtung der diagnostischen Beurteilung und Umerziehung Behinderter steht.

Damit stellt sich das Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte wie folgt dar: Ihr Stellenwert ergibt sich im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Medizinern, Psychologen und Pädagogen als Stätte der Schulpflichterfüllung, bei der durch behinderungsspezifische Prozesse der Umerziehung und den integrativen Einsatz von Trainingsprogrammen eine umfassende Rehabilitation Sprachbehinderter erreicht werden soll.

5. *Zusammenfassung und kritische Beurteilung*

Der Ausgangspunkt der Überlegungen bezog sich auf die Notwendigkeit der Aufarbeitung und Systematisierung von Testverfahren zur näheren Klassifizierung sprachlicher Auffälligkeiten. Die Komplexität von Sprachbehinderungen erfordert dabei eine mehrdimensionale Diagnostik durch ein interdisziplinäres Team. Eine sich anschließende Behandlungsstrategie wurde aufgezeigt und hinsichtlich ihrer Praktikabilität diskutiert.

Als grundsätzliches Problem erweist sich die gezielte Umsetzung testdiagnostisch belegter Defizite in eine eigenständige, behinderungsspezifische Didaktik und Methodik in der Schule für Sprachbehinderte. Hier wurde auf die Gefahren einer unreflektierten Reproduktion statistischer Normen und die rein additive Verwendung von Trainingsprogrammen verwiesen. Es geht um eine individuelle Förderung im Rahmen eines Umerziehungsprozesses, bei dem der Schüler durch sprachliche Kompetenz soziale Handlungsfähigkeit erwerben soll. Dies verweist auf curriculare Überlegungen, bei denen die inhaltliche Themenauswahl aufgrund der besonderen Behinderungsstruktur der Schüler erfolgt. Im Zusammenhang damit stehen Rückwirkungen auf das Selbstverständnis der Schule für Sprachbehinderte, deren Wirkungsweise sie als zentralen Bestandteil im Rahmen eines interdisziplinären Rehabilitationszentrums ausweist.

Literatur:

Angermaier, M.: Psycholinguistischer Entwicklungstest, PET (Deutsche Bearbeitung des Illinois Test of Psycholinguistic Abilities), Beltz Test 1974.

Becker, K. P./Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Köln 1975.

Braun, O.: Strukturierung der diagnostisch-therapeutischen Praxis in Beratungsstellen für Sprachbehinderte. In: Die Sonderschulpraxis (Hrsg. Katein, W./Birkel, A.), Villingen-Schwenningen 1973.

Braun, O.: Verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte im Unterricht der Sprachbehindertenschule. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 51—62.

Bush, W. J./Giles, T.: Psycholinguistischer Sprachunterricht. München/Basel 1976.

Chomsky, N.: Sprache und Geist. Frankfurt/M. 1970.

Dannenberg, H. J.: Aspekte zu einer Sonderschuldidaktik der Sprachheil- und Schwerhörigenschule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 81—86.

Deutscher Bildungsrat: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Z. Heilpäd. 1974, Beiheft 11.

Eichler, W./Hofer, A.: Spracherwerb und linguistische Theorien, München 1974.

Götte, Rose: Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder, Beltz 1976.

Grohnfeldt, M.: Zur Sozialpsychologie sprachbehinderter Schüler. Rheinstetten 1976.

Heimann, P./Otto, G./Schulz, W.: Unterricht. Hannover 1972.

Hiller, G. G.: Konstruktive Didaktik. Düsseldorf 1973.

Jakobson, R.: Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. Frankfurt 1972.

Knura, Gerda: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Sonderpädagogik 4 (Hrsg. J. Muth): Gutachten und Studien der Bildungskommission. Stuttgart 1974.

Lenneberg, E. H.: Die biologischen Grundlagen der Sprache. Frankfurt 1972.

Lurija, A. R./Judowitsch, F. Ia.: Die Funktion der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes. Düsseldorf 1972.

McNeill, D.: Der Spracherwerb, Düsseldorf 1974.

Nestle, W.: Probleme und Aufgaben der Didaktik der Schule für Lernbehinderte. Z. Heilpäd. 26 (1975), S. 523—537.

Nestle, W.: Didaktik und Sonderpädagogik. Z. Heilpäd. 27 (1976), S. 167—180.

Nestle, W.: Strategie und Raster zur Unterrichtsvorbereitung und Unterrichtsplanung. In: Sonderschulpraxis IV a.

Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.
Orthmann, W.: Sprachbehindertenpädagogik. In: Kluge, K.J. (Hrsg.): Einführung in die Sonderschuldidaktik. Darmstadt 1976.
Piaget, J.: Sprechen und Denken des Kindes. Düsseldorf 1972.
Puppe, P.: Sprachauffälligkeit im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 21 (1976), S. 141—152, 169—184.
Resch, D.: Der Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte unter therapeutischem Aspekt. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 15—20.
Schulze, A./Teumer, J.: Untersuchungen über Vorkommen und Häufigkeit von Sprachschädigungen im Vorschul- und Schulalter. Die Sprachheilarbeit 18 (1973), S. 161—174.
Rothe, K.C.: Die Umerziehung. Die heilpädagogische Behandlung schwererziehbarer, entgleister und stotternder Kinder und Jugendlicher. Halle 1929.
Werner, L.: Zur Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in das Planungsmodell für Unterricht der Berliner Schule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 87—92.
Werner, L.: Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20 (1975), S. 77—83.

Anschrift des Verfassers:
Dr. phil. Manfred Grohnfeldt, Dozent, Postf. 680, Päd. Hochschule, 7710 Reutlingen.

Dieter Kroppenberg, Mainz

Das familiäre Interaktionsgeschehen als Hintergrund der Stottersymptomatik eines siebenjährigen Jungen

Vom Symptom des Stotterns geht eine gewisse Faszination aus. Man bemerkt unkoordinierte Artikulationsbewegungen, Auffälligkeiten in der Respiration und der Phonation, motorische Unzulänglichkeiten, einen gestörten Sprechrhythmus u.a.m. Dieses führte dazu, das Stottern fast ausschließlich isoliert zu sehen und es auf organische, neurologische oder physiologische Ursachen im Sinne einer Fehlschaltung zurückzuführen. Hier liegt eine symptomatologische Sichtweise zugrunde, bei der von den Symptomen unmittelbar auf eine Ursache geschlossen wird; z.B. unkoordinierte Sprechbewegungen müssen ihre Ursachen in motorischen Bereichen haben. Doch der Nachweis einer organischen Unzulänglichkeit wurde meines Wissens nach bisher noch nicht erbracht.

Im Gegensatz zum naturwissenschaftlichen besteht im psychischen Bereich keine gesetzmäßige Konstanz von Ursache und Erscheinungsbild und umgekehrt von Erscheinungsbild und Ursache. Die Psychoanalyse — und in der neueren Literatur vor allem *Westrich*, der einen erlebnispsychologischen Aspekt vertritt — stellen deshalb den Menschen, der stottert, d.h. den Stotterer in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen und ihrer Therapieansätze.

In der bisherigen Entwicklungspsychologie und Sprachpathologie endet die Sprachentwicklung mit dem Spracherwerb, mit der Fähigkeit, daß das Kind lexikalisch und grammatisch-syntaktisch richtig zu sprechen vermag. *Westrich* beschreibt erstmalig eine weitere sich anschließende wichtige Entwicklungsstufe, die Phase der Dialogerlernung. Was nach *Westrich* beim Stottern bisher zu wenig reflektiert wurde, ist die Tatsache, daß der Stotterer Sprache zu realisieren versucht. Sprachliches Sich-Äußern aber ist immer abhängig von Ich-Du-Relationen, die in das

Sprachgeschehen miteinfließen und die Sprechmotorik mitbeeinflussen. Die Dialogfähigkeit ist nach *Westrich* ebenfalls kein entwicklungsimmanenter Faktor, sondern hängt von inter- und intrapersonellen Einstellungsfaktoren ab, die aufgrund von speziellen Erlebniserfahrungen erworben werden.

Durch die Beherrschung der Sprache wird ein Kind auch sozial kontrollierbar; d. h. es kann das Verhalten anderer mit den typischen vielen Warum-Fragen hinterfragen, aber — und das ist hier besonders wichtig — es wird auch in seinem eigenen Verhalten erstmalig hinterfragt. Das drei- bis vierjährige Kind muß nun lernen, sich sprachlich je nach der gegebenen Dialogsituation und dem Partner darzustellen. Kein Mensch kann aber immer sagen, was er denkt. Ein Kind muß also auswählen lernen, was es von den auf es einstürzenden Sprach- bzw. Sprechimpulsen im Dialog dem jeweiligen Partner mitteilt oder was es zurückbehält.

Dem sozialen Umfeld kommt hierbei entscheidende Bedeutung zu, nämlich wieweit ein Kind sich unbekümmert darstellen kann (aussagen darf) oder wieweit es in seinen Äußerungen auf mögliche Partnerreaktionen Rücksicht nehmen muß. Ein jeder Dialog birgt also Konfliktmöglichkeiten in sich; dies vor allem bei einem erstmalig eine eigene Stellungnahme riskierenden Kind, dem noch die mögliche Reaktionserfahrung fehlt.

Die Phase der Dialogerlernung beginnt nun, wenn das Kind »Ich« sagen kann. Sie fällt also zusammen mit der ersten sehr wichtigen Phase der Ich-Entwicklung des Menschen, der Zeit der ersten Verselbständigungsversuche des Kindes, dem sogenannten Trotzalter; sie ist eine Krise mit allen Chancen und Gefahren.

Die jeweils nur situativ auftretende Stottersymptomatik — die allen physiologischen Erklärungsversuchen widerspricht — sieht *Westrich* in einem »situativen Erlebnisnotstand«, in einem »ambivalenten Konflikterleben« begründet, was und wie ein Stotterer für sein Gefühl etwas sagen kann und darf.

Intention meiner folgenden Ausführungen ist es aufzuzeigen, wie und warum ein Kind in einer bestimmten häuslichen Atmosphäre zum Stotterer werden konnte.

Die Geborgenheit im Elternhaus, das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder zueinander, die Erziehungsatmosphäre insgesamt, ist für die gesunde Entwicklung eines Kindes, hierbei vor allem für die Sicherheit der sprachlichen Darstellung eigener Positionen, von entscheidender Bedeutung. Werden die Partnerbeziehungen zum Kind durch ständige »Frustrationserlebnisse« gestört, so erfährt das Kind zu wenig Selbstsicherheit, um das Wagnis des Auf-die-Welt-Zugehens bewältigen zu können. Nach *Westrich* deutet eine funktionell gestörte Rede immer auf eine gestörte Ich-Du- bzw. Partnerrelation hin. Eine gestörte kindliche Rede läßt sich nur durch das Verstehen des gesamten Interaktionsgeschehens in einer Familie erklären und häufig auch nur beheben.

Bernd ist zur Zeit sieben Jahre alt; er hat noch zwei Schwestern, die sieben bzw. drei Jahre älter sind. Seine Intelligenz ist überdurchschnittlich. Die erzieherische Atmosphäre in Bernds Familie ist nur auf dem Hintergrund der Biographien seiner Eltern zu verstehen.

Der Vater: 44 Jahre; Einzelkind; von »rigoroser Mutter« erzogen: mußte bis zum 4. Lebensjahr fast ständig weiße Kleider tragen und durfte sich nicht schmutzig machen; dessen Vater von seinem 6.—16. Lebensjahr im Krieg und in Gefangenschaft, starb an den Folgen der Gefangenschaft, als er 19 Jahre alt war; abgeschlossenes Studium mit Promotion; Leiter eines Forschungsinstitutes; sehr an Normen und äußerlichem Verhalten interessiert; hat sehr hohe Erwartungen an sich selbst und stellt sie auch an andere; eckt dadurch in Familie und Beruf ständig an und manövriert sich in eine Außenseiterrolle; prüft nächtelang Arbeiten der

Mitarbeiter auf wissenschaftliche Exaktheit nach; ist aber selbst sehr kritikempfindlich; versucht sich stets mit beredten Worten gut darzustellen, dabei immer in ständiger Angst, nur ja keine Mißverständnisse auszulösen; zeigt psychosomatische Reaktionen: starke Herzattacken ohne ärztlichen Befund, und es treten häufig Angstträume auf, u. a. das ausführliche Erleben des eigenen Todes durch die Guillotine.

Die Mutter: 40 Jahre; hat einen jüngeren Bruder; »sehr puritanisch« erzogen; hatte zu ihrem Vater eine bessere Beziehung als zur »strengen, aber liebevollen Mutter«; hat keinen Schulabschluß und keine abgeschlossene Berufsausbildung; ihr Vater war von ihrem 4.—12. Lebensjahr im Krieg und in Gefangenschaft; dieser könne seine Zuneigung ihr gegenüber nicht in Worten zeigen, lese ihr aber heute noch alle Wünsche von den Augen ab; sie fühle sich glücklich, wenn sie mit dem Vater zusammen ist; lernte Ehemann mit 18 Jahren kennen; Eheschließung mit 23 Jahren; Ehemann habe sich vor und zu Beginn der Ehe wie ihr Vater verhalten und dann erst sein Verhalten in das »genaue Gegenteil« geändert; »Die Ehe sah ich als Aufgabe, meinen Mann zu verändern«; das Verhalten ihres Sohnes erinnere sie oft an ihren Vater; »Ich habe zwei Seiten in mir: eine freundlich-aufgeschlossene und eine zweite aggressive (»In mir ist dann nur Aufruhr«) immer dann, wenn ich mich ausgenützt fühle; sie sieht die Entstehung dieser »Schattenseite« (*C. G. Jung*) nur als Reaktion auf das Verhalten ihres Mannes; psychosomatische Reaktionen: dramatische Herzanfälle mit großer Erstickungsnot (ohne ärztlichen Befund), die die Kinder auch immer wieder miterleben.

Auffällig sind die Herzneurosen bei beiden Ehepartnern; sie deuten darauf hin, daß beider »Herzangelegenheiten« krank sind.

Aus der Skizzierung des Gewordenseins der Eltern ist ihr akuter Ehekonflikt fast schon »prädestiniert«. Wörtliche Aussagen beider Ehepartner sollen die Probleme verdeutlichen:

Vater: »Es ist die entsetzliche Dominanz meiner Frau.«
»Ich komme mir bei Entscheidungen, die die Familie betreffen, wie übergangen vor.«
»Meine Vorschläge und Anordnungen in der Erziehung der Kinder werden nicht angenommen und vor diesen von meiner Frau heruntergeputzt.«
»Meine Frau packt mir nicht die Koffer und bringt auch keinen Abschiedsgruß über die Lippen.«
»Ich komme mir vor wie der letzte Dreck.«

Mutter: »Ich soll immer nur die Meinung meines Mannes annehmen, da rede ich lieber nichts mit ihm.«
»Mein Mann stellt nur kindliche Ansprüche an mich.«
»Ich habe oft das Gefühl, mein Mann ist eifersüchtig auf unseren Sohn. Er möchte solche Zuwendung von mir wie Bernd.«
»Ich lebe immer mehr mein Eigenleben. Bekannte stehen mir näher als mein Mann.«
»Sexuell kann ich mich meinem Mann nicht mehr öffnen.«
»Ich fühle mich von ihm nur ausgenutzt.«

Oft kommt es tagelang zu keiner Kommunikation zwischen den Ehepartnern und wenn, dann nur zu heftigen Auseinandersetzungen auch vor den Kindern.

Die latent unbewußten Wünsche der Familienmitglieder zueinander könnte man aufgrund längerer intensiver Einblicke in die Familienkonstellation — in wörtlicher Rede dargestellt — ungefähr so formulieren:

Die Wünsche des Vaters an:

seine Frau: »Verwöhne mich wie ein Kind; meine Mutter hat es nie gemacht. Verlange aber als Gegenleistung nichts von mir. Du bist in Wirklichkeit genau so hart wie meine Mutter.«

die älteste Tochter: »Deine Mutter hat es von Anfang an geschafft, dich auf ihre Seite zu ziehen. Du bist genau so wie sie und erinnerst mich auch an meine Mutter.«

die jüngere Tochter: »Du bist die einzige, die mich versteht. Du gehörst mir; dich kann die Mutter mir nicht mehr wegnehmen. Ich genieße es, wie du mich küßt.«

den Sohn: »Du bekommst die Zuwendung von deiner Mutter, die ich mir vergeblich wünsche. Ich bin eifersüchtig auf dich.«

Die Wünsche der Mutter an:

ihren Mann: »Ich wünsche mir einen Mann wie meinen Vater, der mir alle Wünsche von den Augen abliest. Du bist das genaue Gegenteil. Ich kämpfe aber weiter, um dich zu ändern. Mir tut es gut zu kämpfen.«

die älteste Tochter: »Ich kann dir keine echte Mutter sein, die dir Reifungshilfen gibt. Ich blödele lieber mit dir, weil ich selbst noch unreif bin.«

die jüngere Tochter: »Du bekommst Zuwendung und Zärtlichkeiten in reichem Maße von deinem Vater; diese wünsche ich mir auch. Ich bin eifersüchtig auf dich.«

den Sohn: »Du erinnerst mich mit deinem Verhalten an meinen Vater. Werde wie er und nicht wie dein Vater.«

Die Wünsche der ältesten Tocher an:

ihren Vater: »Ich spüre, daß du mich ablehnst; das macht mich traurig. Warum liebst du mich nicht, so wie ich bin. Ich gebe mir doch soviel Mühe.«

ihre Mutter: »Stelle dich mir als Mutter und echte Identifikationsfigur; Freundinnen habe ich genug.«

die Schwester: »Du nimmst den Vater ganz für dich in Beschlag; er sieht mich gar nicht. Ich bin eifersüchtig auf dich; ich möchte vom Vater auch solche Zuwendung wie du.«

den Bruder: »Du machst mir vieles kaputt und nimmst mir Sachen weg, die ich gerne habe. Ach, wärst du doch gar nicht da.«

Die Wünsche der jüngeren Tochter an:

ihren Vater: »Es tut mir leid, wie man dich behandelt; ich wenigstens tröste dich. Du machst mir aber auch Angst, wenn du dich so an mich klammerst.«

ihre Mutter: »Ich verstehe nicht, warum du den Vater so behandelst. Ich komme so nicht von ihm los und kann mich nicht mir dir als Frau identifizieren, um selbst einmal eine Frau zu werden.«

die Schwester: »Deine Wünsche nach Zuwendung beim Vater, die ich deutlich spüre, sind erfolglos. Du kannst es ruhig weiter versuchen; er mag nur mich.«

den Bruder: »Du störst mich in unserem gemeinsamen Zimmer, machst mir Sachen kaputt oder nimmst sie mir weg. Ach, wenn es dich doch nicht geben würde.«

Die Wünsche des Sohnes an:

den Vater: »Hab doch mehr Zeit für mich und nimm mich, so wie ich bin. Ich brauche dich als Identifikationsfigur, um selbst einmal Mann zu werden.«

die Mutter: »Ich spüre Unbehagen, deine ängstlich-egoistische Liebe ist mir einerseits angenehm, andererseits erhalte ich nicht genügend Reifungshilfen zur eigenen Orientierung. Deshalb schneide ich dir auch Löcher in teure Tischdecken und Bettlaken.«

die älteste Schwester: »Du hast schon so viele Freiheiten und auch ein eigenes Zimmer. Ich gönne dir das nicht und zerstöre dir deshalb das, was du gern hast.«

die jüngere Schwester: »Du nimmst mir die Luft in unserem Zimmer. Vater hat so viel Zeit für dich. Ich mache dir deswegen auch vieles kaputt.«

Die beschriebene, neurotisch zu bezeichnende Familienkonstellation ist für den sieben Jahre alten Bernd kein Nest, in dem er sich wohlfühlen kann.

Seine Schwangerschaft war unerwünscht. Beide Elternteile erschraken: »Noch ein Kind bei unseren Problemen.« Die Mutter brach nach 2—3 Wochen das Stillen ab. Der Säugling wurde nachts in das entfernteste Zimmer der Wohnung gestellt und habe viel geschrien. Über die einzelnen motorischen Entwicklungsphasen wissen die Eltern nichts genaues mehr: »Es war alles so furchtbar normal.« In der Sauberkeitserziehung unternahm die Mutter nichts bis ca. 3 Jahre. Der Vater sieht darin die Bequemlichkeitshaltung seiner Frau, die zu wenig Forderungen an den Jungen stelle und ihn dadurch abhängig von sich halte.

Die Eltern schildern ein Auslösungserlebnis für das Stottern ihres Sohnes: Auf einer Tagestour im Urlaub, Bernd war 3 1/2 Jahre alt, erhielt er eine Schildkröte und eine hölzerne Hirtenflöte. Im Quartier habe der Hauswirt Bernd gezeigt, was so ein Krötenpanzer alles aushalten könne. Bernd habe daraufhin mit der Flöte ständig auf die Schildkröte geschlagen. Dieses störte den Vater. Er wurde wütend, nahm seinem Sohn die Flöte ab und brach sie, »da sie nur noch an einem Faden zusammenhielt«, durch. Die Mutter behauptet dagegen, ihr Mann habe die Flöte, die noch ganz war, in seiner Wut entzweigebrochen. Es kam zu einer heftigen Familienauseinandersetzung, wobei Bernd sehr geweint habe. Nach diesem Erlebnis sei das Stottern erstmalig bemerkt worden. Jeder Elternteil glaubt, daß der andere schuld daran sei.

Versetzen wir uns einmal in Bernds Lage bei diesem Erlebnis. Er unternahm etwas Eigenständiges und durchaus Altersgemäßes, indem er die Festigkeit des Schildkrötenpanzers selbst ausprobierte. Der Vater unterbrach ihn abrupt und brach seine Flöte entzwei. Bernd blieb der Atem stehen, die Worte blieben ihm im Halse stecken. Seine Mutter nahm ihn in Schutz: »Oh du armes Kind, was hat dein Vater wieder mit dir angerichtet.« Beide Elternteile spürten unbewußt, da sie Bernds Stottern auf dieses Erlebnis zurückführten, daß eine Vielzahl solcher Erlebniserfahrungen das Stottern ihres Sohnes manifestiert haben könnte.

Der Junge erfuhr von seiner Geburt an eine ständige Verunsicherung durch die von ihm unbewußt erspürte Atmosphäre der ihn umgebenden Familiensituation. Er konnte so keine stabile Einstellung zu sich und der Welt erfahren, kein gesundes »Urvertrauen« (*Erikson*) entwickeln. Die Welt, repräsentiert durch die für ihn sie verkörpernden Beziehungspersonen, erhielt für Bernd keinen Aufforderungscharakter, sondern mehr eine Feindtötung (*Schultz-Hencke*).

So bereits ungenügend vorbereitet, erlebte Bernd dann mit 3—4 Jahren die beschriebene Phase der Dialogerlernung. Die Eltern berichten von keinerlei sprachlicher Auffälligkeit bis zu diesem Alter. Nach *Westrich* ist die Dialogfähigkeit des Menschen abhängig von den »jeweiligen situativen Erlebnisfaktoren, den situativen Gefühlen und Vorstellungen, Sicherheitsgefühlen und Ängsten, sowie von der Einstellung zu sich und der Welt.«

Bernd stieß, wenn er etwas sagen wollte, stets auf unterschiedliche Reaktionen seiner Eltern: Die Mutter ließ ihn gewähren, aus Angst etwas falsch zu machen. Der Vater forderte autoritär äußeres angepaßtes Verhalten. Beide aber hinterfragten stets das Verhalten ihres Sohnes, die Mutter aus Ängstlichkeit, der Vater auf der Suche nach Verstößen gegen seine Anordnungen; und Bernd mußte immer antworten. Eine innere Sicherheit in der sprachlichen Darstellung, nämlich in einer jeweiligen Situation etwas zu sagen oder zu verschweigen, konnte Bernd aus den gemachten Erfahrungen dieser Zeit nicht erreichen.

In jeder für sein Gefühl unsicheren Situation griff er zu einem »sprachlichen Notlösungsverhalten«, das dann zu einer »Daseinstechnik« (*Westrich*) für ihn erstarrte, weil er bemerkte, wie seine Eltern auf sein Stottern reagierten, nämlich erstaunt, ängstlich, besorgt (»Unser Kind ist krank«). Bernd brauchte so seine Einstellungen und Positionen je nach Situationen nicht zu verbalisieren und konnte die befürchteten Konsequenzen der Eltern umgehen. Im Symptom des Stotterns zeigte er ja stets seine Sprechbereitschaft, da man einem Kind in diesem Alter kein Recht auf Schweigen zugesteht. Bernd brauchte durch sein Stottern nicht selbst Stellung zu beziehen und zu dem zu stehen, was er zu sagen beabsichtigte. Er entzog sich dadurch der sozialen Kontrolle der Eltern. Die Psychoanalyse nennt dieses beschriebene Phänomen »Krankheitsgewinn«. Bernd verspürte unbewußt die Angst, bei Ablegen des Stotterns nicht mehr genügend im Mittelpunkt zu stehen und daß man sich dann nicht mehr um ihn kümmert. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß die Eltern im Anamnesegespräch zwar die genauen Geburtsdaten angeben konnten, dann aber über die weitere Entwicklung bis zu dem in allen Einzelheiten geschilderten Auslösungserlebnis des Stotterns keine genauen Angaben mehr erinnerten. Bernd erreichte also unbewußt, daß die Eltern sich durch sein Stottern wieder intensiv um ihn kümmerten.

In der beschriebenen Krise von 3—4 Jahren, in der ein Kind erstmalig eigene Handlungen und Sozialbehauptungen erprobt, wurde die Chance des grundlegenden Aufbaus eines gesunden Selbstvertrauens, eines starken Ichs, verpaßt und Bernd durch viele negative Dialog-Erlebniserfahrungen stark verunsichert.

Als Folge davon begann sich Bernd sprachlich ambivalent zu verhalten, lehnte sich eng an die Mutter an, auch als Reaktion auf unbewußt erspürte Anklammerungstendenzen der Mutter und entwickelte starke Trennungsängste. Er näßte nachts gelegentlich ein, zeigte destruktive Tendenzen, schnitt Löcher in teure Tichdecken und Bettlaken und entwickelte ein ausgeprägtes clownhaftes Verhalten. Er wurde äußerst kritikempfindlich; für seine Taten konnte er nicht einstehen und vertuschte vieles, so gut er konnte. Er nahm Spielzeuge, die ihm gefielen, von Freunden mit und zeigte kein altersgemäßes Neugierverhalten.

Ziel der therapeutischen Maßnahmen muß es deshalb sein:

1. das Mutter-Sohn-Verhältnis zu normalisieren, den Vater als Identifikationsfigur für Bernd zu gewinnen und zu versuchen, die Erziehungsdiskrepanz der Eltern zu entschärfen bzw. den Ehekonflikt anzugehen.
2. Bernds Mut zur (sprachlichen) Darstellung seiner Positionen erlebnismäßig zu fundieren, damit er sich so zu geben wagen kann, wie er ist.
3. durch einen dynamischen psychisch-pädagogischen Nachreifungsprozeß Bernds Selbstvertrauen neu aufzubauen, damit er zu einer Eigenverantwortlichkeit seines Handelns kommen kann.

Literatur:

Erikson, E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart 1974.
Jung, C. G.: Das Schattenproblem, in Gesammelte Werke Bd. X. Freiburg 1972.
Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart 1973.
Westrich, E.: Der Stotterer. Bonn-Bad Godesberg, 3. Auflage, 1977.

Anschrift des Verfassers:

Dieter Kroppenberg, Päd. Assistent, Sprachbehindertenpädagoge, Psychagoge,
Erziehungswissenschaftliche Hochschule Rheinland-Pfalz,
Große Bleiche 60—62, 6500 Mainz.

Birgitt Mangelsdorf-Büscher, Hamburg

Ein Therapieprogramm zur Behebung von funktionellen Stimmstörungen bei Kindern

Während zu Beginn systematischer phoniatrischer Arbeiten die Sprachstörungen im Vordergrund standen, hat das Interesse an Stimmstörungen, besonders an funktionellen, mit den Fortschritten der Laryngologie zugenommen. Eine genaue Kenntnis der Ätiologie, Pathogenese und Phänomenologie funktioneller Stimmstörungen und der Möglichkeiten therapeutischer Einflußnahme ist dringend geboten, wenn man die Zunahme von Stimmstörungen gerade auch bei Kindern bedenkt.

In einer an Hamburger Schulen durchgeführten Reihenuntersuchung fanden *Kruse/Schmidt* (S. 45/46) und *Wiechmann* (S. 48) 11 Prozent bzw. 9,3 Prozent stimmgestörte Kinder. Diese Zahlen werden in etwa bestätigt von *Thaele* (nach mdl. Angabe 8,6 Prozent) und *Wilson* (S. 7), der Untersuchungen zitiert, nach denen etwa 6 bis 9 Prozent der Schulkinder unter einer Stimmstörung leiden.

Für den Sprachheillehrer oder Logopäden, der sich mit Stimmgestörten befaßt, bietet die Literatur eine Fülle von Therapien bzw. Therapieansätzen. Die Methoden und methodischen Hinweise beziehen sich jedoch fast ausschließlich auf Erwachsene. Für die Therapie von stimmgestörten Kindern werden nur selten Hinweise gegeben.

In der Praxis steht der Therapeut, der sich mit stimmgestörten Kindern befaßt, vor der Aufgabe, die von ihm gewählte Methode zur Erzeugung eines normalen Stimmklanges in den Rahmen eines methodisch sinnvoll aufgebauten, dem Kind einsichtigen Programms zur stimmlichen Umerziehung zu stellen. Ein solches, auf dem lerntheoretischen Modell der operanten Konditionierung beruhendes Programm hat der Amerikaner *D. K. Wilson* in seinem 1972 erschienenen Buch »Voice Problems of Children« entwickelt.

1. Theoretische Grundlagen

Das auf *E. L. Thorndike* und *B. F. Skinner* zurückgehende Modell der operanten Konditionierung will eine Verhaltensänderung dadurch herbeiführen, daß das zu lernende Endverhalten in kleine Teilschritte aufgegliedert und der Lernende sofort belohnt wird, wenn er auch nur andeutungsweise das gewünschte Verhalten zeigt. Für die Stimmtherapie bedeutet dies, daß die erste Annäherung an den gewünschten Stimmklang sofort verstärkt wird. Im weiteren Verlauf der Therapie werden die Anforderungen allmählich höher, so daß nach und nach eine zunehmende Konvergenz an das Endverhalten erreicht wird. Dabei ist zu beachten, daß die einzelnen Teilschritte sorgfältig geplant sind, um das Kind nicht zu überfordern. Hierbei kann man unterschiedlich vorgehen: Entweder wird der Abbau des unerwünschten Verhaltens (z. B. Räuspern) oder aber der Aufbau erwünschten Verhaltens (z. B. weicher Stimmeinsatz) verstärkt.

Die Verstärkung (reinforcement) ist der zentrale Begriff der operanten Konditionierung. Sie kann eingesetzt werden als positive Verstärkung, negative Verstärkung oder Bestrafung, die als Anti-Stimulus oder Entzug von positiven Verstärkern erfolgen kann.

Positive Verstärkung sollte als Belohnung für eine erwünschte Reaktion angewandt werden. Materielle Verstärker wie Süßigkeiten, kleine Spielzeuge, Getränke usw. sollten nur selten oder für kurze Zeit eingesetzt werden, weil einmal die Aufmerk-

samkeit des Kindes leidet, wenn es sich während der Therapie diesen Dingen zuwendet, und zum anderen materielle Belohnungen bei ständigem Einsatz für das Kind bedeutungslos werden. Wenn man materielle Verstärker zu Beginn der Therapie einsetzt, sollte der Therapeut jede materielle Belohnung mit einem Lob verbinden. Allmählich werden immer weniger materielle Verstärker gegeben, bis sie schließlich durch die verbale Belohnung ersetzt werden. Dieser graduelle Entzug von materiellen Belohnungen macht das Kind außerdem weniger abhängig von konstant oder gelegentlich gegebenen Verstärkern, so daß auf diese Weise schließlich das eigene modifizierte Verhalten als Belohnung wirkt. Als nicht-materielle Verstärker bieten sich unter anderem Punkte (z. B. in Form von kleinen Bildchen, Sternen, Haken) an, die das Kind auf einer Liste sammelt.

Negative Verstärkung ist der Entzug von Anti-Stimuli, sobald das erwünschte Verhalten produziert wird. Dazu kann z. B. ein weißes Rauschen, ein helles Licht oder ein Summton eingesetzt werden.

Eine Bestrafung erfolgt, wenn bei unerwünschtem Verhalten oder Reagieren ein Anti-Stimulus, z. B. ein lauter Knall oder ein grelles Licht eingesetzt wird. Diese Art der Verstärkung kann nützlich sein, wenn Verhaltensweisen abgestellt werden sollen, ohne daß ein Ersatzverhalten angestrebt wird (z. B. Räuspern). Eine andere Form der Bestrafung ist der Entzug von Belohnungen. Dann werden bei nicht angemessener Reaktion entweder positive Verstärker nicht mehr gegeben oder aber dem Kind werden, wenn es eine Reihe von materiellen Dingen angesammelt hat, diese Dinge nach und nach abgenommen. Sind von dem Kind Punkte gesammelt worden, werden diese für inkorrekte Reaktionen wieder abgezogen.

2. Therapieverlauf

Wilson stellt sechs grundsätzliche Ziele auf, die bei einer Stimmtherapie mit Kindern zu erreichen sind, wobei von der jeweiligen Stimmstörung des Kindes abhängt, welche Aspekte während der Therapie zu berücksichtigen sind:

(1) Abstellen jeglichen Stimmißbrauchs (Räuspern, Husten, Schreien, harter Stimmeinsatz);
(2) Einstellung der individuell richtigen mittleren Sprechstimmlage;
(3) Behebung des gestörten Muskeltonus (Hyper-, Hypofunktion);
(4) Angemessene Lautstärke;
(5) Angemessene Sprechgeschwindigkeit;
(6) Normale Resonanzverhältnisse.

Neben allgemeinen Gesichtspunkten einer Stimmtherapie bei Kindern, die hier aufgezeigt werden sollen, geht *Wilson* ausführlich auf mögliche Behandlungsformen für spezielle Störungen ein, deren Beschreibung jedoch den Rahmen dieser Darstellungen sprengen würde.

Zu Beginn jeder Stimmtherapie wird dem Kind erklärt, wie »Stimme« produziert wird und worin seine Stimmstörung besteht. Diese Einführung hat natürlich das Alter und den Wissensstand des Kindes zu berücksichtigen. Für kleinere Kinder bieten sich einfache, vom Therapeuten angefertigte Zeichnungen an, größere Kinder und Jugendliche können anhand von übersichtlichen anatomischen Zeichnungen oder Modellen über das Stimmorgan und ihre spezifische Störung informiert werden. Die Einsicht in Stimmfunktion und -dysfunktion macht die therapeutischen Maßnahmen für das Kind durchschaubar und verstärkt die Motivation, die eigene Stimmstörung anzugehen.

Kinder können einzeln oder in Gruppen behandelt werden — je nach Art und Ausmaß des Problems. Jede Stimmtherapie umfaßt grundsätzlich folgende Stufen:

1. Hörtraining, 2. Einübung des richtigen Stimmgebrauchs, 3. Negativ-Übung und 4. Gewöhnung an die neuen Stimmuster.

Unbedingt zu beachten während der stimmlichen Rehabilitation sind auch der familiäre Hintergrund und die emotionalen und sozialen Probleme des Kindes.

2.1. Hörtraining

Unabhängig davon, welche Störungen vorliegen, ist für *Wilson* das Hörtraining ein Schlüssel, um fast alle der oben genannten Therapieziele zu erreichen. Das Hörtraining beginnt mit Diskriminationsübungen, bei denen das Kind zwischen einer normalen und einer gestörten Stimme zu unterscheiden hat. Dabei wird die jeweilige Stimmstörung des Kindes berücksichtigt, also z. B. eine zu hohe Stimmlage, eine zu laute Stimme, eine heisere Stimme oder Hypernasalität. Die Diskriminationsübungen sind in drei Stufen unterteilt, nämlich in Wahrnehmung, Grob- und Feindiskrimination von stimmlichen Unterschieden. Das Material für die Hörübungen können Tonband- oder auch Language-Master-Aufnahmen sein oder aber Live-Darbietungen des Therapeuten.

Wahrnehmung von stimmlichen Unterschieden bei anderen

In dieser Phase soll das Kind den defekten Aspekt seiner speziellen Stimmstörung erfassen. Dazu macht der Therapeut, z. B. bei Heiserkeit, die charakteristischen Merkmale dieser Stimmstörung deutlich und produziert Laute, Silben, Worte und Sätze mit heiserer und mit nicht-heiserer Stimme. Das Kind hat dabei den inkorrekten Stimmklang aufzuzeigen. Es sollte hier — wie auch in den anderen Diskriminationsübungen — für jede richtige Antwort belohnt werden.

Grobdiskrimination von stimmlichen Unterschieden bei anderen

Der nächste Schritt, die Grobdiskrimination, besteht darin, daß das Kind verschiedenartig zusammengesetzte Paare von Lautäußerungen danach zu beurteilen hat, ob sie gleich oder unterschiedlich sind. Die Paare bestehen aus jeweils zwei korrekt bzw. inkorrekt produzierten Lauten oder sie setzen sich aus einer richtig und einer falsch gebildeten Lautäußerung zusammen. Dabei ist zu beachten, daß das Lautmaterial aus mehr unterschiedlich zusammengesetzten als gleichen Paaren besteht, weil jene leichter zu identifizieren sind und somit eher ein Erfolgserlebnis für das Kind möglich ist. Die Lautpaare können entweder vom Therapeuten selbst produziert oder aber vom Tonband bzw. Language-Master abgespielt werden.

Feindiskrimination von stimmlichen Unterschieden bei anderen

Bei der dritten Stufe des Hörtrainings hat das Kind zwischen drei verschiedenen Abstufungen zu unterscheiden, also — um bei der Heiserkeit zu bleiben — zwischen einer sehr heiseren, einer mäßig heiseren und einer nicht heiseren Stimme. Dabei werden die Unterschiede zwischen den einzelnen Abstufungen mit zunehmender Diskriminationsfähigkeit des Kindes immer geringer. Das Hörtraining ist effektiver, wenn das Kind gleichzeitig visuell stimuliert wird. Als positiv haben sich dabei für kleinere Kinder einfache Zeichnungen erwiesen, die drei verschiedene Abstufungen des jeweiligen Stimmproblems bildlich darstellen, so daß das Kind die Stimmqualität anhand dieser Zeichnungen bestimmen kann. Für ältere Kinder können auch Wörter auf Language-Master-Karten geschrieben werden, wenn mit diesem Gerät gearbeitet wird.

2.2. Einübung des richtigen Stimmgebrauchs

Die ersten Stimmübungen laufen parallel mit dem letzten Teil des Hörtrainings. Nun wird das Kind selbst aktiv, während es bisher nur Zuhörer war. Die Einübung des richtigen Stimmgebrauchs vollzieht sich in drei Stufen:

1. Bewußtheit der Abweichung der eigenen Stimme,
2. Grobdiskrimination von Unterschieden in der eigenen Stimme und
3. Feindiskrimination von Unterschieden in der eigenen Stimme.

Zur Verdeutlichung sollen diese drei Stufen auf das Problem Heiserkeit angewendet werden:

Stufe 1: Um die Bewußtheit der Abweichung der eigenen Stimme zu entwickeln, hört das Kind von ihm selbst produzierte richtig und heiser gebildete Laute und Wörter ab. Das Kind hat die heiseren Stimmproduktionen aufzuzeigen und wird für jede richtige Antwort belohnt.

Stufe 2: Die Grobdiskrimination von Unterschieden der eigenen Stimme besteht darin, daß das Kind Laute oder Worte mit der gewöhnlichen, in diesem Falle heiseren Stimme produziert und sie sofort mit der bestmöglichen Qualität der erwünschten Stimme kontrastiert. Der Therapeut hat darauf zu achten, daß solche Vokale und Wörter ausgewählt werden, die das Kind in diesem Anfangsstadium mit größtmöglichem Erfolg bilden kann.

Stufe 3: Die Feindiskrimination besteht darin, daß das Kind drei Abstufungen von Heiserkeit bildet, nämlich die normale heisere Stimme, eine mäßig heisere Stimme und die einer klaren Stimme am ehesten entsprechende Qualität. Diese Abstufungen können, wie auch in Stufe zwei, auf ein Tonband oder Language-Master-Karten aufgenommen werden, die dann vom Kind abgehört und bewertet werden. Wenn es dem Kind schwerfällt, verschiedene Stufen von Heiserkeit zu produzieren, soll der Therapeut nicht unnötig viel Zeit auf die Feindiskrimination verwenden, sondern sich verstärkt der Einübung des richtigen Stimmgebrauchs widmen.

Bei der Benutzung des Tonbandes muß darauf geachtet werden, daß vor allem ein Kind mit einer starken Stimmstörung nicht unvorbereitet dem eigenen Stimmklang ausgesetzt wird. Der Therapeut kann z. B. dem Kind vorher erklären, wie ein Tonband funktioniert, einige Aufnahmen von sich und dem Kind machen und das Kind dann darauf vorbereiten, daß seine Stimme nicht gut klingt, daß mit Hilfe des Tonbandes jedoch bald eine Besserung erzielt werden kann.

2.3. Negativ-Übung

Negatives Üben ist der bewußte Gebrauch einer unerwünschten Gewohnheit, wobei der bisherige unerwünschte Stimmklang sofort mit dem neuen kontrastiert wird. *Wilson* betont, daß negatives Üben eine sehr brauchbare Methode in der Stimmtherapie sei. Die Negativ-Übung macht dem Kind kinästhetische und auditive Sensationen der inkorrekt gebildeten Stimme bewußt und unterstützt so das Verlernen des bisherigen unerwünschten und das Erlernen des erwünschten Stimmgebrauchs. *Wilson* weist ausdrücklich darauf hin, daß diese Methode nur während der Therapie eingesetzt werden soll und auch dort nur in begrenztem Umfang. Negatives Üben darf auch nur dann eingesetzt werden, wenn der Arzt keine Bedenken bei der Anwendung dieser Methode hat. Sie ist auch dann nicht angezeigt, wenn durch den Gebrauch der bisherigen Stimme psychische Konflikte in dem Kind wieder hervorgerufen werden.

Negatives Üben wird eingesetzt, sobald das Kind in der Lage ist, seine Stimmstörung bewußt zu kontrollieren. Zuerst wird der z. B. heisere Stimmklang mit dem nicht-heiseren kontrastiert, anschließend werden mehrere Abstufungen von Heiserkeit der klaren Stimme gegenübergestellt. Als zusätzliches Stimulans für jüngere Kinder schlägt *Wilson* vor, in ein Notizheft Bilder von Dingen zu kleben, die es gern bzw. nicht gern hat. Als Beispiel seien hier Eßwaren als eine Möglichkeit der Gegenüberstellung angeführt. Das Kind hat die Dinge, die es nicht mag, mit seiner unerwünschten, die anderen mit seiner erwünschten Stimme zu sprechen.

2.4. Aneignung der neuen Stimmuster

Ebenso wichtig wie die Einübung des neuen Stimmgebrauchs ist die allmähliche Aneignung der neuen Stimmuster; denn schließlich ist es das Ziel jeder Stimmtherapie, dem Patienten zu ermöglichen, auch außerhalb der Behandlungszeiten seine »neue« Stimme zu gebrauchen. Dabei ist der Therapeut gerade bei jüngeren Kindern sehr auf die Mitarbeit von Eltern, Lehrern, Kindergärtnerinnen usw. angewiesen. Das Kind selbst ist in dieser schwierigen Phase der Behandlung stark zu motivieren; denn die veränderte Stimme auch in der gewohnten Umgebung zu benutzen, fällt vielen Kindern schwer.

Die Aneignung der neuen Stimmuster beginnt damit, daß das Kind während der Therapie einige Minuten seine veränderte Stimme benutzt. Dann werden kurze Situationen mit dem Kind abgesprochen, in denen es seine »neue« Stimme gebrauchen soll. Eltern bzw. Lehrer werden — besonders bei kleineren Kindern — informiert, so daß sie den Erfolg überprüfen können. Sobald eine Situation von einem Kind beherrscht wird, wird sie in das Notizheft eingezeichnet, z. B. unter der Überschrift »Ich benutze meine 'neue' Stimme jetzt in meiner Familie und unter Freunden«.

Ältere Kinder und Jugendliche beschreiben in ihrem Notizheft kurz die Situationen, in denen sie ihre veränderte Stimme einsetzen. Sie können auch — nach Absprache mit dem Therapeuten — sich selbst belohnen bzw. verstärken, während für jüngere Kinder mit den Eltern ein Belohnungssystem entwickelt werden muß.

Um die Übertragung des erwünschten Stimmklangs auf alltägliche Situationen zu erleichtern, bieten sich Rollenspiele an. Im weiteren Therapieverlauf wird der Gebrauch der neuen Stimme auf die gesamte Behandlungszeit, auf Unterrichtsstunden, Essenszeiten, Spielzeiten, dann auf halbe Tage ausgedehnt und schließlich zur ständigen Gewohnheit. Die Therapie ist abgeschlossen, wenn das Kind und seine Bezugspersonen den gewohnheitsmäßigen Gebrauch der neuerlernten Stimmuster bestätigen.

Für jede Stimmstörung bzw. für Stimmißbrauch (Schreien, Räuspern, Husten, harter Stimmeinsatz) stellt der Therapeut eine Übersicht der einzelnen Lernschritte (Stufenleiter) auf, die in das Notizheft des Kindes eingetragen wird. Für das Problem der Heiserkeit, um bei dieser Stimmstörung zu bleiben, sieht die Stufenleiter etwa wie folgt aus:

9. Ich kann immer mit klarer Stimme sprechen	
8. Ich kann oft mit klarer Stimme sprechen	
7. Ich kann manchmal mit klarer Stimme sprechen	
6. Ich weiß, wie es sich anfühlt, wenn ich mit klarer Stimme spreche	
5. Ich weiß, wie es sich anfühlt, wenn ich mit heiserer Stimme spreche	
4. Ich kann hören, wenn ich mit klarer Stimme spreche	
3. Ich kann hören, wenn ich mit heiserer Stimme spreche	
2. Ich kann heisere Stimmen bei anderen Leuten erkennen	
1. Ich weiß, woran man eine klare Stimme erkennt	

Sobald eine Stufe beherrscht wird, klebt der Therapeut bei jüngeren Kindern kleine Bildchen auf, die die jeweilige Sprosse der Leiter symbolisieren, bei Älteren genügt ein Abhaken.

3. Schlußbemerkungen

In dem Therapieprogramm nach *Wilson* wird das Kind in seiner Umwelt erfaßt und in kleinen, für das Kind überschaubaren Stufen die stimmliche Umerziehung angestrebt. Erste eigene Erfahrungen mit dem Therapieprogramm haben gezeigt, daß die Kinder durch die Einsicht in die Therapie, die konsequente Verstärkung jeder erwünschten Reaktion und die Stimulation durch Zeichnungen, Spiele usw. stark zur Mitarbeit motiviert waren.

Neben den hier beschriebenen allgemeinen Gesichtspunkten einer Stimmtherapie bei Kindern gibt das Buch Auskunft über Ursachen von Stimmstörungen, Diagnostik und spezielle therapeutische Maßnahmen für die bei Kindern auftretenden funktionellen Störungen der Stimme — auch für Kinder mit Hörschäden. Die Tatsache, daß einige Verfahren ihre Herkunft aus der überwiegend auf Erwachsene bezogenen stimmtherapeutischen Literatur nicht verleugnen können, macht, wie auch *Wilson* feststellt, eine intensiver zu betreibende Forschung von Diagnostik und Therapie stimmgestörter Kinder abermals deutlich.

Literatur:

Kruse, W., und Schmidt, H.: Erfassung der sprachgestörten Schulanfänger in Hamburg-Altona. In: Gehörlose, schwerhörige und sprachkranke Schüler in Hamburg (1960). S. 42—46.

Wiechmann, J.: Sprachliche Reihenuntersuchungen an Hamburger Schulanfängern 1959. In: Gehörlose, schwerhörige und sprachkranke Schüler in Hamburg (1960). S. 46—49.

Wilson, D. K.: Voice Problems of Children, Baltimore 1972.

Anschrift der Verfasserin:
Birgitt Mangelsdorf-Büscher, Studienrätin an Sonderschulen,
Graumannsweg 36, 2000 Hamburg 76.

FU | **BERLIN**

In der Abteilung für Audiologie und Phoniatrie (Leiter: Prof. Dr. v. Arentsschild) der HNO-Klinik mit Polikliniken des Klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin ist ab 1. 1. 1978 die Stelle einer(s)

Logopädin(en), VGr. BAT Vc/Vb

zu besetzen. Der Bewerber soll überwiegend in der Logopädie der Sonderkindertagesstätte des Rehabilitationszentrums in Berlin-Zehlendorf, die der Abteilung angeschlossen ist, tätig werden.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung möglichst bald unter der Kennziffer 664 an die Personalabteilung des

Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin

Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45

K. H. Schmalz, Fulda

Bericht über eine Reihenuntersuchung

Zum Schuljahresbeginn 1975/76 wurden an der Grundschule Neuhof bei insgesamt 141 Schulanfängern Gruppentests zur Intelligenzprüfung (BT 1/2) und zur Erfassung des passiven Wortschatzes durchgeführt (WSS 1). Zudem wurden alle diese Schüler in einer Reihenuntersuchung auf eventuelle Sprachstörungen untersucht. Durch Hinzunahme der Variablen Lebensalter, Dauer des Kindergartenbesuchs, Anzahl der Geschwister und Sozialstatus (Beruf) des Vaters ergab sich die Möglichkeit eines Gruppenvergleichs:

Gruppe 1: Kinder ohne sprachliche Auffälligkeiten (N = 49)
Gruppe 2: Kinder mit leichten Auffälligkeiten in der Artikulation oder im Redefluß (N = 75)
Gruppe 3: Sprachheilpädagogische Behandlungsfälle (N = 14)

Die Variablen passiver Wortschatz, Anzahl der Geschwister, Dauer des Kindergartenbesuchs und Sozialstatus (Beruf) des Vaters zeigten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Signifikante Unterschiede auf dem 5-Prozent-Niveau ergaben sich zwischen den Gruppen 1 und 3 bei den beiden folgenden Variablen:

1. Leistungen im nichtverbalen Intelligenztest (BT 1/2): Die Gruppe der »sprachheilpädagogischen Behandlungsfälle« erreichte durchschnittlich schlechtere Leistungen im nichtverbalen Intelligenztest als die Gruppe der Schüler ohne sprachliche Auffälligkeiten (Signifikanzprüfung nach der t-Wert-Tafel).
2. Lebensalter: Kinder, die einer sprachheilpädagogischen Behandlung bedurften, waren bei der Einschulung signifikant älter als Kinder ohne sprachliche Auffälligkeiten.

Folgende Schlußfolgerung liegt nahe: Sprachgestörte Kinder werden häufiger vom Schulbesuch zurückgestellt als Kinder ohne sprachliche Auffälligkeiten. Gute Artikulation und flüssiges Sprechen sind zudem für die Eltern möglicherweise ein Motiv, ihre Kinder vorzeitig (auf Antrag) einschulen zu lassen. Die geringeren Leistungen der sprachgestörten Schüler in Intelligenztests dürften auch zu häufigerem Versagen in Schulreifeuntersuchungen führen. D. h. die schulische Benachteiligung sprachgestörter Schüler beginnt vor dem Tag der Einschulung.

Da offenbar der Kindergartenbesuch allein nicht ausreicht, um erhebliche sprachliche Auffälligkeiten abzubauen — die sprachgestörten Schüler besuchten den Kindergarten im Durchschnitt eher länger (höheres Lebensalter) —, sind sprachheilpädagogische Maßnahmen vor der Einschulung erforderlich. Die Eltern müßten im Kindergarten besser über die Arbeit des Sprachheilbeauftragten am Gesundheitsamt unterrichtet werden, die Erzieherinnen und Erzieher an den Kindergärten müßten Sprachstörungen rechtzeitig erkennen können. Es hilft wenig, diese Forderung immer wieder zu erheben, vielmehr muß eine geeignete Institution als Träger und Organisator gefunden werden.

Diese Aufgaben hat inzwischen die Volkshochschule des Landkreises Fulda übernommen. Sie bietet in ihrem Programm Seminare für Erzieherinnen und Erzieher an den Kindergärten an und organisiert Vortragsabende an Kindergärten für die Eltern aller Vorschulkinder — jeweils zum Thema: »Sprachstörungen des Kindes im Vorschulalter«.

Anschrift des Verfassers: Karl-Heinz Schmalz, Sonderschullehrer für Sprachbehinderte. Turmstraße 45, 6405 Eichenzell 1.

Erwiderung zum Artikel von E. Westrich »Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie«

Da ich in der Veröffentlichung von Prof. Westrich als »Anwalt der Logopädie« bezeichnet werde und da mich als Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde seine Definitionsversuche zur Phoniatrie unmittelbar angehen, fühle ich mich zu einer Erwiderung berechtigt und verpflichtet.

Es sei vorangestellt, daß Prof. Westrich mit seinem Artikel der Sprachbehindertenpädagogik sicher keinen guten Dienst in einem Augenblick erwiesen hat, in dem eine Kommission von führenden Vertretern der Sprachbehindertenpädagogik, der Logopädie und der Phoniatrie ernsthaft, sachlich und zu Kompromissen bereit die bestehenden Mißverständnisse und Differenzen zu beseitigen und einen gemeinsamen Weg im Interesse der Sprachbehinderten zu finden versucht. Polemik und die Vertiefung des »Unterschieds« stellt diesen sinnvollen Versuch in Frage. Auch die Aussperrung von Studierenden der Logopädie aus Vorlesungen von Dozenten der Sprachbehindertenpädagogik in Heidelberg können nicht als zweckmäßige Reaktion in einer sensiblen berufspolitischen Situation angesehen werden.

Nun soll wirklich nicht behauptet werden, daß die Logopädie und Phoniatrie nicht auch Fehler in ihrem Umgang und in der Diskussion mit der Sprachbehindertenpädagogik gemacht hätten. In beiden Disziplinen herrscht aber die Meinung vor, alle professionellen Emotionen der gemeinsamen Sache wegen zu beseitigen. Unter diesem Aspekt kann ich Herrn Prof. Westrich nicht als Anwalt der Sprachbehindertenpädagogik bezeichnen.

Ich finde es falsch bzw. mißverständlich, von »Unterschied« zu sprechen, als sei es zweckmäßig, Grenzen zu ziehen oder Gräben auszuwerfen, um aus ihnen den Gegner zu attackieren. Leider tut das der Artikel schon in seinem zweiten Satz, indem er Logopädie einfach mit Sprachtherapie gleichsetzt und später die Forschung in der Phoniatrie auf Sprachsymptome beschränkt wissen will. Tatsächlich ist Logopädie dem griechischen Wortsinn nach die Erziehung von Stimme und Sprache. Sie enthält bekanntlich mit dem Stamm »päd«, der auch in Pädagogik vorkommt, einen analogen Sinngehalt.

Es ist zu einfach, die medizinische Stimm- und Sprachheilkunde und die mit ihr eng verbundene Logopädie als eine nur organbezogene und von »somatischen Voraussetzungen« ausgehende Wissenschaft zu bewerten. Der Autor weiß wie jeder andere, daß es ganze Zweige der Medizin wie die Medizinische Psychologie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Pädiatrie oder auch die Phoniatrie gibt, die sich sehr intensiv und mit bedeutenden Forschungsergebnissen gerade der psychologischen Zusammenhänge zahlreicher Krankheiten und Behinderungen annimmt. August Bier, I. H. Schultz, der Psychiater Kretschmar und viele andere sind große Zeugen für diese Entwicklung.

Prof. Westrich, der die Phoniatrie als medizinische Fachdisziplin definiert, die »Sprache bzw. das Sprachgeschehen nur biologisch bzw. biologistisch (?) als ein somatisches Reifungsgeschehen interpretiert analog der Funktionserlernung anderer Organe . . .«, disqualifiziert nicht die Phoniatrie, sondern den Standpunkt, von dem diese Erkenntnisse ausgehen. Ich kann nicht annehmen, daß Prof. Westrich solche unbeweisbaren Definitionen als einen ernsthaften Diskussionsbeitrag ansieht. Warum aber argumentiert er dann derart?

Prof. Westrich kann gerade in Mainz nicht übersehen haben, daß die Phoniatrie nicht nur somatische, sondern eben psychosomatische Interessen hat. Seit vielen Jahren beschäftigen die Klinik für Kommunikationsstörungen wie alle anderen phoniatrischen klinischen Einrichtungen Psychologen, Psychagogen, Erzieher und Sozialpädagogen. Die Logopädenausbildung bietet in Mainz und anderswo 100 Std. Pädagogik, 85 Std. Sonderpädagogik, 105 Std. Psychologie, 55 Std. Sprachwissenschaft und zusätzlich vertiefende Seminare und Praktika, z. B. 40 Std. praktische Psychologie an. Damit aber hat die Logopädenausbildung keine organischen, sondern lernpsychologische Ziele im Auge, wie sie Prof. Westrich fordert.

Warum wohl sollte von der Bundesregierung und den Länderregierungen eine dreijährige Ausbildung mit zahlreichen nichtmedizinischen Fächern ausdrücklich gewünscht werden, wenn der Logopäde sich nur »an den

Sprechsymptomen orientiert und diese zur Basis therapeutischer Bemühungen macht, ohne sich um das personale Entwicklungsdefizit... zu kümmern«? Schließlich fühlt sich die Logopädie für Kinder und Erwachsene mit Kommunikationsstörungen verantwortlich und nicht nur für die dabei auftretenden Symptome.

Die Vorstellung Prof. Westrichs über logopädische Arbeit ist schlicht falsch. Es muß hier gefragt werden, ob etwa mit solchen Argumenten ein Weg aufgezeigt werden soll, die Logopädie in die Ecke der bloßen Artikulationstherapie zu drängen? Er sollte es besser wissen.

Die Erläuterungen des Autors über ätiologische und pathophysiologische Gegebenheiten von Sprachstörungen übersehen offenbar die Ergebnisse der jahrzehntealten Forschungen in der Sprachpathologie. »Das personale Entwicklungsdefizit« bei Sprachstörungen bzw. die »psychisch-personalen Unzulänglichkeiten der Sprachgestörten« werden weder von der Phoniatrie noch von der Logopädie in Abrede gestellt, was unzählige diesbezügliche Publikationen und die Praxis beweisen. Es ist das aber eben nur ein Teil des Ganzen. Der andere nicht unbeträchtliche Teil der Sprache ist ohne Zweifel »Großhirnrinden-Funktion«, auch wenn der Autor das so nicht wahrhaben will. Er kann doch nicht übersehen haben, daß am Anfang die Hirnreifung und dann erst die Funktion steht. Andernfalls hätten wir mit mikrocephalen oder hirngeschädigten Kindern keine Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung. Der Autor wird doch auch die Aphasieforschung kennen, die uns über viele substantiell nachweisbaren zerebralen Funktionen der Sprache genaue Auskünfte gibt.

Daß wir heute nicht jedes organische Substrat einer Sprachstörung ermitteln können, beweist noch lange nicht, daß es dieses nicht gibt. Vor wenigen Jahren hat man von der pathogenetischen Bedeutung einer minimalen zerebralen Dysfunktion nichts gewußt. Heute aber beziehen Phoniatrie, Logopädie und übrigens auch die Behindertenpädagogik die entsprechenden Befunde der Feinmotorik, der Mundmotorik oder der Visomotorik mit Erfolg in ihre therapeutischen Maßnahmen ein. Die Forschung schreitet fort und wird mit diffizileren Methoden weitere organische Zusammenhänge der gestörten Sprache aufdecken und in der Therapie nutzbar machen. Prof. Westrich ist natürlich auch bekannt, daß die Motoskopie nach Hellbrügge, der Frostig-Test, der Bender-Gestalt-Test und andere verläßliche Auskünfte über die organischen Ursachen einer Sprachentwicklungsverzögerung, eines Dysgrammatismus und übrigens auch mancher Stotterformen im Kindesalter nicht nur diagnostische und prognostische, sondern auch wichtige therapeutische Hinweise geben.

Das alles hindert weder Phoniatrie noch Logopädie, die Bedeutung psychischer, umweltbedingter oder erzieherischer Faktoren in der Pathogenese von Sprachstörungen anzuerkennen. Schließlich sollte aber die Tatsache mit berücksichtigt werden, daß nicht wenigen psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter organische, d. h. frühkindliche Hirnschäden zugrunde liegen. Ich denke dabei an den Autismus oder an Verhaltensauffälligkeiten zerebral geschädigter Kinder.

Um zur Diskussion über den »Unterschied zur Sprachheilpädagogik und Logopädie« zurückzukommen, meine ich, daß sich Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie ergänzen können und müssen, wie ich das mehrfach behauptet habe. Wir sollten davon ausgehen, daß die Logopädin von ihrem Grundwissen her zwar in medizinischen Kategorien denkt, das sprachgestörte Kind aber in seiner leiblich-seelischen Ganzheit erkennt und behandelt und daß der Sprachbehindertenpädagoge andererseits die organischen Ursachen kennt, wenn er seinen erzieherischen, die Behinderung abbauenden Auftrag verwirklicht. Wenn alle diese Kenntnisse und Erfahrungen sinnvoll und ohne Unterschiedsdenken zum Nutzen des sprachbehinderten Kindes zusammenfließen, so ist ein Optimum an Behandlung im eigentlichen Sinne des Wortes erreicht.

Natürlich gibt es Überschneidungen, natürlich wird es hier und da Kompetenzprobleme geben, aber sie sollten nicht dazu führen, die Differenzen zu vergrößern bzw. die Gemeinsamkeiten zu beeinträchtigen. In den fachgebundenen Eckbereichen gibt es zwar klare fachliche Verbindlichkeiten, so z. B. für die Logopädie die zerebral bedingten Sprachstörungen, auf der Seite der Pädagogik die behinderungsverursachten Erziehungs- und Schulprobleme.

Der Zwischenbereich aber, wo sich die beiden Fächer in ihrem Bemühen um das sprachbeeinträchtigte Kind treffen, enthält manche gemeinsamen Aufgaben und Pflichten, die in gutem Einvernehmen durchaus zu lösen sind.

Wer könnte übersehen, daß es dankbare Eltern auf beiden Seiten gibt. Das aber ist nur möglich, weil offenbar die Logopädin »zur Sprachlichkeit zu erziehen vermag« und weil der Pädagoge »unzulängliche Organvoraussetzungen« anerkennt und demgemäß handelt. Ich meine, daß man die therapeutische Betreuung eines sprachgestörten Kindes, sei es aus logopädischer, sei es aus sprachheilpädagogischer Sicht nicht zu einem unumstößlichen Berufsprinzip, gleichsam zu einer Weltanschauung, machen sollte. Sie ist eine nüchterne, wenn auch engagiert durchzuführende Aufgabe, die sich an den somatischen, psychischen und umweltbezogenen Faktoren ideologiefrei orientiert.

Im übrigen sollte jede Seite das ihre tun, damit die erwähnte Kommission ohne publikatorische Störungen ihre erstrebenswerten Ziele erreichen kann.

Prof. Dr. med. Peter Biesalski,
Klinik für Kommunikationsstörungen,
Langenbeckstraße 1, 6500 Mainz.

Stellungnahme des Zentralverbandes für Logopädie e. V.

zum Artikel »Zum Unterschied von Sprachheilpädagogik und Logopädie« von E. Westrich

Das Verhältnis zwischen Sprachheilpädagogen und Logopäden scheint in letzter Zeit zu einem Problem zu werden, das seitens einiger Sprachheilpädagogen zu aggressiven und disqualifizierenden Äußerungen über die »andere« Berufsgruppe führt, wie der letzte Artikel von E. Westrich zeigt.

Logopädische Therapie wird gleichgesetzt mit einer an oberflächlichen unbedeutenden Symptomen orientierten Behandlung, die z. B. bei Sprachstörungen vorrangig Sprechmotorikübungen, Einschleifen von Wörtern und ausschließliche Anwendung von Ableitungsmethoden beinhaltet.

Anhänger mechanistischer Therapiemethoden findet man in allen therapeutischen Berufen, sicherlich auch unter Logopäden, Sprachheilpädagogen, Psychologen usw. Den Versuch des Autors, diese methodischen Ansätze zu kritisieren, können wir nur voll unterstützen. Die verallgemeinernde Disqualifizierung logopädischer Therapie legt aber die Vermutung nahe, daß hier eine Profilierung auf Kosten einer anderen Berufsgruppe versucht wird und sachliche Kenntnisse über den aktuellen Ausbildungsstand der Logopäden fehlen.

Das Verhältnis von medizinischen zu nichtmedizinischen Fächern soll an der folgenden Gesamtstundenzahl während der 3jährigen Logopädenausbildung demonstriert werden: Die Stundenanzahl der nichtmedizinischen Fächer (Psychologie, Linguistik, Logopädie, Pädagogik und Sonderpädagogik) beträgt etwa 800 Stunden, bei den medizinischen Fächern etwa 650 Stunden. Über 2500 Stunden beinhaltet die theoriebegleitende praktische Ausbildung. Dazu Hospitationen, Behandlungen von Patienten unter Supervision, psychologische, audiologische und logopädische Praktika, Stimmbildung und Sprecherziehung.

Von den Ausbildungsinhalten her ergeben sich bestimmte Therapieschwerpunkte, z. B. die Behandlung von Stimmstörungen, Stottern, zentral bedingten Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern und Erwachsenen usw. Sicherlich ergeben sich Überschneidungen mit dem Tätigkeitsfeld des Sprachheilpädagogen. Bei der großen Anzahl von Hör-, Stimm-, Sprech- und Sprachgestörten und den unterschiedlichen Schwerpunkten der beiden Berufsgruppen wären Kompetenzkämpfe jedoch nicht notwendig.

In dem o. g. Artikel wird betont, daß der ZVL bei seinen Veröffentlichungen und Pressekonferenzen den Sprachheilpädagogen völlig unerwähnt ließe. Diese Behauptung ist unrichtig und kann durch einige Beispiele widerlegt werden: In Interviews mit dem Süddeutschen Rundfunk anläßlich unserer Jahrestagung in Heidelberg haben Frau Bader und Frau Breuer darauf hingewiesen, daß die Sprachheilpädagogen maßgeblich an der Behandlung von Sprachgestörten beteiligt sind. In ähnlicher Weise wurde die Berufsgruppe der Sprachheilpädagogen in einem Interview mit der Zeitschrift »Der deutsche Arzt« erwähnt.

Bei den bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten sollte das Wesentliche der Auseinandersetzung nicht aus dem Auge verloren werden: Sprachheilpädagogen und Logopäden betreuen — jeder in seinem Tätigkeitsbereich — Menschen, die der Hilfe bedürfen, ihre Kommunikationsfähigkeit zu entwickeln oder Kommunikationsstörungen abzubauen. Nur dieses gemeinsame Ziel kann Grundlage für klärende Gespräche zwischen den beiden Berufsgruppen sein.

Ursula Breuer, 1. Vorsitzende
Zentralverband für Logopädie,
Trautenaustraße 11, 1000 Berlin 31.

Tagungsbericht des Zentralverbandes für Logopädie

Vom 15. Mai bis einschließlich 19. Mai 1977 veranstaltete der Zentralverband für Logopädie in der Stiftung Rehabilitation und im Schloß Heidelberg seine diesjährige Fortbildungstagung. Das Tagungsprogramm gliederte sich in 5 Fachvorträge, 23 Fachseminare und 5 berufspolitische Seminare.

Hauptthemen der Tagung waren: Aphasietherapie, Diagnostik und Therapie von Dysarthrien, neurolinguistische Voraussetzungen für die Sprachtherapie, die Rolle der Pragmatik im frühkindlichen Spracherwerb und Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen, besonders bei infantiler Cerebralparese.

Schwerpunkt des ersten Tages waren Seminare zur Berufspolitik und Ausbildungssituation.

Am 16. Mai 1977 wurde die Tagung offiziell vom ärztlichen Direktor der Stiftung Rehabilitation, Herrn Prof. Wiedemann, eröffnet. Daran an schlossen sich die Fachvorträge der Referenten:

Walter Huber, Abt. Neurologie der RWTH Aachen, berichtete über neurolinguistische Voraussetzungen der Sprachtherapie. — Dorothea Weniger, Abt. Neurologie der RWTH Aachen, referierte über die Rolle der Pragmatik im frühkindlichen Spracherwerb. — Brigitte Wedell, Werner Otto Institut Hamburg, sprach über Störungen der Artikulation — Ätiologische Überlegungen zur zentralen Verarbeitung der Sprache. — B. Kuhlmann, E. Auer, G. von Koppen, M. Mayr, Jugendwerk Gailingen, befaßten sich mit Diagnose und Therapie bei Dysarthrien. — Luise Springer (vormals Bader) berichtete über Methoden in der Aphasietherapie.

Wer an detaillierten Angaben über die einzelnen Vorträge interessiert ist, wende sich bitte an die jeweiligen Referenten.

Die nächsten Tage waren ausschließlich den Seminaren gewidmet. Die Schwerpunktthemen waren Behandlung von Aphasien und Dysarthrien sowie Sprachentwicklungsstörungen. Auf Wunsch der Mitglieder des ZVL wurden Seminare vom Vorjahr wiederholt, wie z. B. Seminare über Stimmtherapie.

Die Teilnehmerzahl wurde in den einzelnen Seminaren möglichst gering gehalten, weil es für die Selbsterfahrung von methodischen Möglichkeiten und für praktische Übungen sinnvoll ist. Zur erfolgreichen Vermittlung von Erfahrungen der Seminarleiter wurden Tonbänder und Videorecorder eingesetzt.

In unserer diesjährigen Mitgliederversammlung wurde ein neuer Vorstand gewählt, weil sich der bisherige Vorstand zu einer neuen Wahl nicht mehr zur Verfügung stellte. Der neue Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

1. Vorsitzende:	Ursula Breuer, Berlin
2. Vorsitzende:	Jutta Blume, Aachen
Schriftführer:	Gabi Peters, München
Kassenwart:	Eva Riechers, Ahrensburg
Beisitzer:	Marianne Spiecker-Henke, Bremen
	Luise Springer, Aachen
	Brigitte Wedell, Hamburg

Jutta Blume
2. Vorsitzende des ZVL

Zulassung der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer zur Sprach- und Stimmbehandlung

Zwischen dem Berufsverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) zugleich für den Verband der Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), Siegburg, wurde Übereinkommen erzielt über die Zulassung von Atem-, Sprech- und Stimmlehrern zur Behandlung von funktionellen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Danach können die Absolventen der Schule Schlaffhorst-Andersen ab 1. 7. 1977 bei den zuständigen Ortsausschüssen des VdAK ihre Zulassung beantragen. Der Vorteil für die Mitglieder der Angestellten- und der Arbeiter-Ersatzkassen und deren mitversicherten Familienangehörigen liegt im Fortfall der Kostenübernahmeverfahren und der Genehmigung der ärztlich verordneten Behandlung durch die zuständige Krankenkasse.

Wir begrüßen diese Maßnahme um so mehr, als nun auch die jüngeren Kollegen, die wegen der für unseren Beruf noch fehlenden staatlichen Anerkennung oft Schwierigkeiten bei der Zulassung zur Sprach- und Stimmtherapie hatten, nunmehr die Zulassung bekommen können.

Die Bedingungen der Zulassung von Atem-, Sprech- und Stimmlehrern zur Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sind den Abmachungen zwischen dem VdAK, Siegburg, und dem Zentralverband für Logopädie angeglichen.

(Mitteilung an die Redaktion)

Landesgruppe Baden-Württemberg

Am 12. März 1977 hielt die Landesgruppe Baden-Württemberg ihre erste Mitgliederversammlung dieses Jahres ab.

In dem mit dieser Versammlung verbundenen Fortbildungsteil referierte Herr Sonderschulrektor a. D. Erich Hampel/Esslingen, einer unserer »Altmeister« der Sprachheilpädagogik, über das Thema »Die Hemmungsbereitschaft in der Sprache des Stotterers«. Basierend auf seiner großen Erfahrung durch Behandlung von weit über 1000 Stotternden eröffnete Kollege Hampel interessante neue Aspekte sowohl hinsichtlich der Genese als auch der umerziehenden Behandlung. Die Erfahrungen von Kollegen Hampel sollen eventuell in Buchform erscheinen. Die Landesgruppe wünscht diesem Plan gutes Gelingen! In anschließenden Arbeitsgruppen wurden neben der Weiterverfolgung dieses Themas dann »Möglichkeiten von Fördermaßnahmen für Stotternde im Unterricht« erörtert, wobei die Herren Strub und Witt von der Schule für Sprachbehinderte in Sindelfingen die Leitung hatten.

Im geschäftlichen Teil wurde neben der Entlastung des Landesgruppenvorstandes seine Neuwahl durchgeführt. Herr Prof. Dr. Orthmann wurde einstimmig als Erster Vorsitzender wiedergewählt. Auf seinen Vorschlag wurden die übrigen Vorstandsmitglieder aus dem Kollegium der Schule für Sprachbehinderte in Sindelfingen gewählt, und zwar: Zweiter Vorsitzender (Geschäftsführer) Herr Dipl.-Pädagoge Dieter Kleeberg: Rechnungsführer: Herr Sonderschullehrer Peter Witt; Schriftführer: Herr Sonderschullehrer Peter Raez.

Herr Orthmann sprach den ausscheidenden Mitgliedern des alten Vorstandes seinen Dank aus, begrüßte die neuen Vorstandsmitglieder und bat die Versammelten, dem neuen Vorstand das bisherige Vertrauen weiterhin zu bewahren.

Orthmann

Landesgruppe Hessen

Hohe Auszeichnungen

Herrn Prof. Dr. Dr. H. von Bracken wurde am 25. Juli 1977 in Anerkennung seiner Verdienste als Wissenschaftler der Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen.

Gleichzeitig erhielt Herr Prof. Dr. H. Stutte vom Magistrat der Universitätsstadt Marburg in Anerkennung seiner verdienstvollen Tätigkeit zum Wohle der Stadt die Ehrennadel. Der Fachbereich Erziehungswissenschaften der Universität Marburg verlieh Herrn Prof. Dr. H. Stutte, »dem Vater der Kinder- und Jugendpsychiatrie« die Ehrendoktorwürde der Philosophie in Anerkennung seiner Verdienste um behinderte Kinder. Die Juristische Fakultät der Universität Göttingen verlieh ihm den Titel eines Dr. jur. h. c. wegen seiner besonderen Verdienste auf den Grenzgebieten zwischen Jurisprudenz und Medizin.

Wir gratulieren unseren Ehrenmitgliedern zu diesen hohen Auszeichnungen.

Die Redaktion

Landesgruppe Rheinland

Walter Kolibius pensioniert —

Bilanz und Abschied des Sprachheilbeauftragten beim Landschaftsverband Rheinland

Auf einer turnusgemäßen Arbeitssitzung in Bonn-Oberkassel verabschiedete sich der Sprachheilbeauftragte des Landschaftsverbandes Rheinland, Herr Ltd. Verw. Dir. Walter Kolibius, am 28. Juni 1977 von den Sprachheilbeauftragten in den Kreisen und kreisfreien Städten des Rheinlandes.

Diese letzte Arbeitssitzung unter der Leitung von Kolibius diente der Bilanz seiner 23jährigen Aufbauarbeit in der Sprachgeschädigtenhilfe des LV Rheinland, die weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt ist und als beispielhaft angesehen werden muß. Die Anerkennung des »Zentrums für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche« in Bonn-Oberkassel als Krankenhaus und die Aufnahme desselben in den Krankenhausbedarfsplan sowie die Berufung von Herrn Dr. Linck als Landesarzt für Sprachbehinderte bilden den krönenden Abschluß seines Lebenswerkes.

Walter Kolibius war bis zur Berufung in die Zentralverwaltung als Taubstummenoberlehrer an der Rhein. Landesschule für Gehörlose in Essen tätig. 1954 wurde ihm der Aufbau einer »Sprachheilfürsorge« übertragen, die der LV als f r e i w i l l i g e Aufgabe im Rahmen der damaligen Fürsorge durchführte.

E. Schuler

Bücher und Zeitschriften

Hans Iwert: Ablauftraining bei Sprechneurosen nach Helene Fernau-Horn.
Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1977, 64,— DM.

Iwert legt hiermit ein Trainings-Set vor, das mit dem Konzept Fernau-Horn nicht hinreichend vertrauten therapeutischen Fachkräften helfen soll, sich auf autodidaktischem Wege weitere Kenntnisse anzueignen, die eine Anwendung jenes Verfahrens ohne grundlegende technische Fehler im Ansatz oder in der Durchführung ermöglichen. Ob dies tatsächlich wünschenswert und realisierbar ist, kann bezweifelt werden. Der Verfasser arbeitet als klinischer Psychologe seit vielen Jahren mit stotternden Patienten. Die Einzelelemente des vorliegenden Konzepts sind von Fernau-Horn übernommen, wobei nur das Formeltraining, d. h. die Autosuggestiv-Sprechformeln, gegenüber ihrer Vorlage aus gruppendynamischer Sicht von Iwert leicht modifiziert wurden. Die Einführung der stotternden Patienten in das Ruhe- und Ablauftraining erfolgt einzeln. Das regelmäßige Formeltraining kann dagegen auch in Gruppen durchgeführt werden. Die Vorlage eignet sich für Stotterer im Alter von 8 bis 13 Jahren, die neben dieser Betreuungsform weiteren Rehabilitationsmaßnahmen, im Sinne einer komplexen Therapie, zuzuführen sind.

Nach der kurzen Erörterung einiger Hypothesen zur Ätiologie des Stotterns — mit Schwerpunkt auf der Entstehungstheorie Fernau-Horns — gibt der Verfasser im Übungsheft die therapeutische Intention des Verfahrens wie folgt an:

Wir brauchen eine Verfahrenstechnik, welche dem stotternden Kind die Sprecherwartungsangst nimmt, sein Selbstvertrauen und Selbstwerterleben mit zunehmendem Sprechgelingen, d. h. zunehmendem Rückgang des Stotterns, stärkt und es schließlich befähigt, das als dialogische Verunsicherung aufzufassende Stottern gänzlich durch eine störungsfreie verbale Kommunikation zu ersetzen. (S. 11)

Ziel des Ablauftrainings ist schließlich:

Ich kann mich jetzt so steuern, daß mir das Sprechen überall dort, wo ich früher stottern mußte, mit dem weichen Ablauf sogleich gelingt. (S. 35)

Im Übungsheft folgen anschließend Hinweise und Ergänzungen aus der langjährigen Praxis Iwerts zu den vier Behandlungsschritten, die Fernau-Horn vorschlägt. Als audio-visuelle Unterstützung des Ruhe- und Ablauftrainings gehören zum Set zwei ansprechende Poster in der Größe 60 × 80 cm (großer Arbersee im Bayerischen Wald und Bild einer flachen Meeresküste) sowie eine Kassette, auf der Iwert das Ruhe- und Ablauftraining in der von ihm modifizierten Form vorspricht.

Insgesamt gesehen ist die Vorlage eine interessante methodische Ergänzung zum Therapiekonzept Fernau-Horn. Sie wird — und will — allerdings nicht das genauere Befassen mit der Veröffentlichung **Die Sprechneurosen** überflüssig machen.

Lothar Werner

Adolf Hofer (Hrsg.): Lesenlernen, Theorie und Unterricht. Pädagogischer Verlag Schwann, Düsseldorf 1976. 364 Seiten, Paperback 28,— DM.

Gleich eingangs kann gesagt werden, daß mit dem Erscheinen dieses Buches nunmehr eine sehr gute Zusammenfassung und damit ein gut informierender Überblick über die in letzter Zeit erörterte Gesamtproblematik des Lesenlernens und der Erstlesefibeln vorliegt.

Wieweit in Theorie und Praxis hineingeleuchtet wird, vermag bereits ein Blick auf die Gliederung der Schrift zu zeigen. Nachdem in der Einführung (I. Kapitel) Hofer selbst zu einigen schulpädagogischen und psycholinguistischen Problemen der gegenwärtigen Erstlesedidaktik Stellung nimmt, behandelt das II. Kapitel im Hinblick auf Sprache, Spracherwerb und Lesen das, was alle Lehrer wissen sollten. Die Autoren G. A. Miller, F. Smith, M. Bierwisch, E. Weigl und C. Chomsky bringen in diesem Abschnitt u. a. Überlegungen zur Psycholinguistik und Phonologie sowie einige Aspekte zur Schriftsprache als besondere Form des Sprachverhaltens. Das nächste Kapitel behandelt weitere psycholinguistische Modelle des Lesens, wobei K. S. Goodman und R. B. Ruddell zu Wort kommen.

Die genannten Autoren und noch einige andere behandeln im Abschnitt IV bestimmte Seiten des Lesens, beispielsweise die Perzeption gesprochener und geschriebener Sprache, im Abschnitt V die bisherigen und gegenwärtigen Diskussionen um den Lese- und Schreibunterricht und schließlich im

sechsten Kapitel die neuen Ansätze in der Lesediagnostik. Im Anhang erscheinen eine Bibliographie der seit 1970 herausgebrachten Fibeln und Leselehrgänge und ein Glossar, das eine Vielzahl von Begriffen zwischen den Wörtern »Allomorph« und »Wortrekognition« erklärt.

In unserer abschließenden Beurteilung der Publikation kann noch einmal hervorgehoben werden, daß gerade die Informationen über neuartige Konstruktionskriterien für Fibeln, wie Lernzielorientierung, Kontrolle des Lernerfolgs, kontrollierte Einführung des Wortschatzes, Methodenpluralität usw. und z. B. über das Motivationsproblem bei durchoperationalisierten und programmierten Lesewerken sicher von jedem Lehrer dankbar aufgenommen werden. Arno Schulze

Sprache — Stimme — Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen, Herausgeber: Biesalski, Kittel, Neumann, Premm, Spiecker-Henke. Verlag Thieme, Stuttgart. Vierteljährlich, Bezugspreis jährlich 30,— DM und Versandkosten.

Das zweite Heft dieser neuen Zeitschrift liegt inzwischen vor. Die Herausgeber sind der Auffassung, daß eine fachübergreifende synoptische Darstellung aller Fragenkomplexe von Hör-, Sprach- und Stimmstörungen sinnvoll und notwendig ist. Insofern soll die Zeitschrift nicht als Konkurrenz zu den anderen Fachblättern medizinischer, pädagogischer und psychologischer Bereiche verstanden werden, sondern diese unter dem übergeordneten Begriff der »Kommunikationsstörungen« ergänzen.

Es wird sich erweisen müssen, ob die Neuerscheinung diesem Anspruch gerecht zu werden vermag. Wenn Gundermann in einem einleitenden Artikel feststellt, es gäbe nur wenige deutschsprachige Periodica auf diesem Spezialgebiet, die durchweg zu »spezialistisch« angelegt seien und den praktischen zugunsten des theoretischen Anteils vernachlässigten, wird dies nicht unwidersprochen bleiben, muß aber doch nachdenklich stimmen.

Die vorliegenden Hefte bieten ein breites Spektrum theoretischer wie praktischer Beiträge aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen auch benachbarter Disziplinen.

Die Zeitschrift ist das Informationsorgan des Zentralverbandes für Logopädie und der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen.

Spiecker-Henke, Marianne, und Kunow, Jens: Zusammenhänge bei Atem-, Stimm- und Sprachstörungen von Kindergarten-Kindern. Helmut-Buske-Verlag, Hamburg 1977, 224 Seiten, kartoniert, 28,— DM.

Die Veröffentlichung ist als Band 7 der »Hamburger Phonetische Beiträge — Untersuchungen zur Phonetik und Linguistik« erschienen, deren Herausgeber u. a. Otto von Essen und Hans-Heinrich Wängler sind. Die Reihe umfaßt inzwischen 21 Bände; für diesen Band zeichnet von Essen verantwortlich, der auch das Vorwort schrieb.

Über die Funktionszusammenhänge zwischen Atmung, Stimme und Sprachleistung bei Kindern gibt es relativ wenig Material. Im vorliegenden Fall werden auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigt. Einer Darstellung der Untersuchungsmethoden (es wurden etwa 250 Kinder aus Bremer Kindergärten, die als repräsentative Auswahl gelten können, untersucht) folgt ein sehr breit angelegtes Kapitel über die Entwicklung der Sprache und ihrer Störungen einschließlich der Stimmstörungen.

Anschließend werden die Zusammenhänge im Bereich der Atmung sowie vorwiegend anlage- und umweltbedingte Faktoren untersucht und die Ergebnisse interpretiert.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse wird verbunden mit Anregungen für künftige Arbeiten in diesem Komplex.

Den Konsequenzen für die Sprachförderung im Kindergarten, die von Maren Haesner in einem besonderen Kapitel gezogen werden, kann man weitgehend zustimmen. Eine Straffung der gesamten Arbeit wäre ihr sicherlich dienlich gewesen und hätte sich ohne Schwierigkeit durch Hinweise auf die vorliegende Literatur auch erreichen lassen.

Wegen der gründlichen Behandlung der Thematik unter einer besonderen Fragestellung ist sie insgesamt zu begrüßen.

In einem Anhang sind Fragebögen, Zusammenstellungen und ein ausführliches Literaturverzeichnis beigefügt. Wi.

Susanna Schmid-Giovannini: Sprich mit mir. Eine ganzheitliche Lautsprachmethode für Kleinkinder. Für Eltern und Erzieher hörgeschädigter Kleinkinder. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin (West) 1976. 241 Seiten, Paperback, 21,— DM.

Hier geht es in erster Linie um die Sprachvermittlung bei gehörlosen Kindern. Die Au-

torin entwickelt dazu ein Konzept für die Sprachanbildung, welches die elementaren Bedürfnisse der Kinder berücksichtigen soll. Die Methode wird anhand zahlreicher Beispiele genau beschrieben, und somit werden den Eltern und allen Miterziehern viele Hinweise, Anregungen und praktische Anleitungen geboten.

Die Sprachanbildungsarbeit beginnt bei der Verfasserin mit der Orientierung über die Sprachentwicklung des normalhörenden Kindes und mit ersten Übungen während der Lallphase. Die Erzielung der Antlitzgerichtetheit, Ausnutzung des Tastsinnes und das ständige Zusprechen spielen dann eine entscheidende Rolle. Später wird der Sprachaufbau besonders mit der Signalmethode nach Freunthaller vorangetrieben. Methodische Winke zum Lesen und zum Artikulationsunterricht liest man in sehr eingängigem Stil gegen Schluß des Buches.

Das empfehlenswerte Werk ist aber damit noch nicht am Ende, denn auch zur Eingliederung des hörgeschädigten Kindes in die Familie und zur Herstellung von Lernmaterial werden gut nachvollziehbare Hinweise gegeben. Empfehlungen von behindertenspezifischen Spielsachen und Büchern machen die Publikation zu einem regelrechten kleinen Ausbildungs- und Nachschlagewerk für Eltern und Ko-Therapeuten.

M. Ebersole, N. C. Kephart u. J. B. Ebersole: Lernen Schritt für Schritt. Unterrichtspraxis bei lernbehinderten Kindern im Elementar- und Primarbereich. Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel 1976. 173 Seiten, 92 Abbildungen, Paperback, 24,80 DM.

Das vorliegende Buch ist die Übersetzung eines amerikanischen Werkes. Der Untertitel kann etwas täuschen, denn es handelt sich hier nicht um lernbehinderte Kinder allgemein, sondern in erster Linie um Kinder mit hirnorganisch bedingten Lernbeeinträchtigungen.

Die sehr praxiszugewandten Autoren gehen aus von den Bedürfnissen des hirngeschädigten Kindes und von bestimmten Verhaltensmerkmalen. Aufgrund von speziellen Lerntheorien und Lernmethoden sowie nach gewissen Entwicklungsstufen des Lernens beschreiben sie Methoden zur Begriffsbildung, zur Koordination von Arm und Hand und zum Umgang mit der Schere, um dann die Grundlagen des Lesens, Schreibens und Rechnens zu erarbeiten.

Viele Abbildungen veranschaulichen die beschriebenen Lehr- und Lernvorgänge vortrefflich. Die Darlegungen der Verfasser ergäben auch ein vorzügliches Buch für Eltern behinderter Kinder, nur müßte dann die Fachsprache nochmals in Umgangsdeutsch übersetzt werden.

Arno Schulze

Stellenausschreibung

Bei der Stadt Duderstadt ist zum nächstmöglichen Termin die Stelle einer

Logopädin

zu besetzen.

Geboten werden: Vielseitige, selbständige und verantwortungsvolle Tätigkeit in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und ortsansässigem HNO-Arzt, gleitende Arbeitszeit im Rahmen einer 5-Tage-Woche, übliche soziale Leistungen, Vergütung nach BAT.

Die Stadt Duderstadt liegt in einer reizvollen Landschaft zwischen Harz und Werra, 33 km von der Universitätsstadt Göttingen entfernt. Grundschulen, Hauptschulen, Berufs- und Berufsfachschulen, eine Realschule, ein Gymnasium sowie eine Sonderschule sind am Ort vorhanden. Ein beheiztes Freibad und eine Schwimmhalle sowie andere Sportstätten bieten eine angenehme Freizeitgestaltung. In der Eichsfeld-Halle werden vielfältige kulturelle Veranstaltungen von namhaften auswärtigen Bühnen und Ensembles geboten.

Haben Sie Interesse an dieser Tätigkeit, dann richten Sie bitte Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an die

Stadt Duderstadt, Der Stadtdirektor, Postfach 7, 3428 Duderstadt 1

Die Neurologischen Kliniken Dr. Schmieder Gailingen und Allensbach
sind eine moderne Rehabilitationsklinik mit ca. 600 Betten in reizvoller Lage am Bodensee — Schweizer Grenze, nahe Konstanz und Zürich.

Wir suchen für unsere sprachtherapeutische Abteilung noch

Logopädinnen — Sprachheilpädagoginnen
oder Angehörige aus verwandten Berufen

die sich in die Aphasietherapie einarbeiten möchten und/oder schon Erfahrungen auf diesem Gebiet mitbringen.

Wir bieten selbständiges Arbeiten innerhalb der Fachgruppe,
Essenzuschuß — Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung
und alle sonst üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes.
Die Vergütung richtet sich nach dem BAT — je nach Erfahrung bis BAT IV a.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit und sind gern zu näheren Auskünften bereit.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an:

Neurologische Kliniken Dr. Schmieder
— Personalabteilung — 7704 Gailingen, Telefon (0 77 34) 60 22.

Die Stadt Leverkusen sucht

für die Sonderkindergärten
der verschiedensten Behinderungen
im neuerbauten Heilpädagogischen
Zentrum

eine Sprachheiltherapeutin/ Logopädin

Die Vergütung erfolgt nach BAT VII/V b

Schriftliche Bewerbungen an:

Stadt Leverkusen
Personalamt
Postfach 10 11 40
5090 Leverkusen 1
Kenn-Nr. 110/26/77

Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit — Braunschweig mbH — Abt. Soziale Dienste

Sprachheiltherapeutische Assistenten/Logopäden finden in unseren Kindergärten einen interessanten Arbeitsplatz. Wir haben uns die gezielte Sprachförderung und Therapie der 4—6jährigen Kinder zur Aufgabe gemacht.

Die Einstellung soll baldmöglichst erfolgen. Vergütung in Anlehnung nach BAT und Zusatzversorgung.

Bewerbungen werden erbeten:

Abt. Soziale Dienste, z. Hd. Herrn Gloger, Adolfstraße 40, 3300 Braunschweig, Telefon (05 31) 7 20 78

LÜK®

Das internationale Lernspiel

Die Hilfe für Sonderpädagogen in ihrer Arbeit mit Lernbehinderten.

Unsere Sonderbeilage in diesem Heft informiert Sie über die Einsatzmöglichkeiten des LÜK®- und mini LÜK®-Systems in der Sonderschule.

Heinz Vogel Verlag und Lehrmittelhandlung
GmbH & Co.
Postfach 1304
2940 Wilhelmshaven

Stadtklinik Baden-Baden

Wir suchen für unsere Kinderabteilung, die sich besonders auch den Risikokindern widmet, zum frühestmöglichen Eintrittstermin

eine Logopädin

Sie werden die Atmosphäre im Hause maßgeblich mitbestimmen. Deswegen wünschen wir uns Aufgeschlossenheit, Eigeninitiative und einen kooperativen Arbeitsstil ebenso wie fachliche Qualifikation und nachweisbare Erfahrungen in vergleichbaren Aufgaben.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen kurzfristig an die Direktion des Städt. Krankenhauses, 7570 Baden-Baden.

Philipps-Universität Marburg

Im Fachbereich Erziehungswissenschaften ist eine

H2/H3-Professur (Hess. Bes. Ges.) für Sprachgeschädigtenpädagogik

zu besetzen.

Bewerber sollen praktische Erfahrungen in Unterricht und/oder Behandlung Sprachgeschädigter sowie wissenschaftliche Tätigkeit in diesem Gebiet vorweisen.

Der Stelleninhaber hat die Schwerpunkte Didaktik der Schule für Sprachgeschädigte und/oder Sprachheilpädagogische Diagnostik und Behandlung in Lehre und Forschung zu vertreten.

Es wird die Fähigkeit zur Entwicklung neuer Studienformen und -inhalte in fachübergreifender Zusammenarbeit erwartet.

Für die Ernennung zum Professor sind grundsätzlich pädagogische Eignung und — als Nachweis der Befähigung zu wissenschaftlicher Arbeit — neben der Promotion weitere hervorragende wissenschaftliche Leistungen erforderlich (§ 39a Hess. Universitätsgesetz).

Bewerber mit entsprechenden wissenschaftlichen Qualifikationen und Lehrerfahrungen werden gebeten, ihre Unterlagen (Lebenslauf, der insbesondere über den wissenschaftlichen Werdegang und die bisherige Lehrtätigkeit Auskunft gibt, Zeugnisse insbesondere über Staatsexamen, Promotion und Habilitation, Schriftenverzeichnis, Auswahl wichtiger Publikationen; Aufstellung der Wohnanschriften in den letzten 5 Jahren) bis zum 15.11.77 an den Präsidenten der Philipps-Universität, Biegenstraße 10, 355 Marburg/L., unter Angabe der Kennziffer 2, zu senden.

UNIVERSITÄT ULM

Vorbehaltlich der Bereitstellung von Stellen im Haushalt sucht die Universität Ulm zum 1.1.1978

3 Lehrlogopäden

oder berufserfahrene Logopäden mit Interesse am Aufbau der Lehranstalt für Logopädie.

Vergütung erfolgt nach BAT.

Bewerbungen an Dr. R. Brunner, Postfach 4066, 7900 Ulm, Telefon (07 31) 407-270.

Wir sind eine moderne, aufgeschlossene Verwaltung

kreisverwaltung gross-gerau

Beim Landkreis Groß-Gerau ist ab sofort
eine Halbtagsstelle für eine(n) staatlich geprüfte(n)

Logopädin/Logopäden

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach der Vergütungsgruppe BAT VI b.

Der Aufgabenbereich umfaßt die Früherfassung sprachgeschädigter Kinder und die Einleitung prophylaktischer Maßnahmen bei von Sprachschäden bedrohten Kindern in den Kindergärten des Kreises.

Zur selbständigen, privaten Sprachbehandlung werden kostenlos Räume zur Verfügung gestellt. Da bisher im Kreis Groß-Gerau noch keine Sprachheillehrer bzw. Logopäden tätig sind, sollen dadurch Eltern und ihren sprachbehinderten Kindern weite Fahrten nach Mainz, Frankfurt oder Darmstadt erspart bleiben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Kreisausschuß | Hauptverwaltung, 6080 Gross-Gerau
Landratsamt, Tel. 06152/12270+12277