

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Rolf Bindel, Kaiserslautern
Stottern des Erwachsenen —
ein Prüfstein für die lerntheoretisch orientierte Therapie

Erwin Richter, Lübbenau (DDR)
Suggestion und Autosuggestion in Genese und Therapie des Stotterns

Gerd Jacobsen, Hamburg
Hilfe für Stotternde — entstanden aus einer Selbsthilfe —

Klaus Sarimski, Düren-Birkesdorf
Sprachentwicklungsdiagnostik bei Vorschulkindern
mit den »Reynell Developmental Language Scales«

Oswald Lang, Offenburg
Sprachheilpädagogik und Freinet-Pädagogik

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S-Lauten.

N-Indikator

zur Behebung der Nasalierung bei Schulung von Hörgeschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f₀-Indikator

Der f₀-Indikator oder Grundfrequenz-Anzeiger für Tonhörschulung der Stimme, sowie Übung der Intonation.

Einzeltrainer

zur optimalen Hör-Spracherziehung, zur Korrektur von Fehlartikulationen und für den ständig differenzierter werdenden Sprachaufbau bei einer Hörerziehung.

Language-Master

mit dem Tonkarten-System hat für den Bereich des Lernsektors „Sprache“ den einmaligen Vorteil, daß es in engem Verbund optisch-visuelle, akustisch-auditive und sprechmotorische Faktoren bei gleichzeitiger Selbsttätigkeit des Schülers berücksichtigt.

Sprachstudienrecorder

Ein Sprachstudien-Kassettenrecorder in professioneller Halbspurtechnik. Aufnahme der Schülerspur bei gleichzeitigem Abhören der Lehrerspur mittels Kopfhörer-Mikrofon-Kombination.

Weitere ausführliche Informationen erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte 8520 Erlangen, Gebbertstraße 125

MH.95/7510 c

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Juni 1983 · 28. Jahrgang · Heft 3

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 3, S. 89—98

Rolf Bindel, Kaiserslautern

Stottern des Erwachsenen — ein Prüfstein für die lerntheoretisch orientierte Therapie

Zusammenfassung

Stottern des Erwachsenen ist nicht eine einfache konditionierte Reaktion, sondern ein komplexes System sprechmotorischer, emotionaler und sozialer Symptome mit jeweils besonderer Therapie-resistenz. Stottern entsteht in der Kindheit und erfährt in der weiteren Personentwicklung eine schwer reversible Ausarbeitung unter dem inneren und äußeren Anspruch zu unauffälligem Sprechen. Therapeutisch besteht die Notwendigkeit zu einer Rückarbeitung der Symptome.

Stottern scheint ein gut operationalisierbares und klar dem klassischen S-R Modell entsprechendes Symptom zu sein: Bestimmte soziale Situationen lösen ein bestimmtes Sprechsymptom aus. Dementsprechend hat Stottern während der letzten beiden Jahrzehnte eine große Attraktivität für lerntheoretische Therapieansätze erworben. Dabei hat sich aber zumindest Stottern bei Erwachsenen als sehr therapieresistent erwiesen. Zwar werden von zahlreichen Autoren positive Einwirkungseffekte berichtet, aber es ist zweifelhaft, ob Stottern des Erwachsenen wirklich geheilt werden kann (*Wingate 1965, Mowrer 1967, Ingham und Andrews 1972*). Um zu therapeutischen Fortschritten zu kommen, muß aufgezeigt werden, inwiefern Stottern nicht einem einfachen S-R Modell entspricht und wie es durch besondere Lernprinzipien alternativ erklärt werden kann (*Siegel 1970, Oelschlaeger und Brutten 1976, Daly und Kimbarow 1978*). Im folgenden wird die Auffassung vorgestellt, daß die bisherigen lerntheoretischen Konzeptionen das Problem Stottern in seiner Komplexität unterschätzt haben, daß eine Neuformulierung notwendig und möglich ist und daß sich damit ein verbesserter Beitrag zu einer allgemeinen Theorie des Stotterns ergibt.

Der gegenwärtige Stand der Diagnose und Therapie

Im allgemeinen wird Stottern operational definiert als (a) Blockierungen und spannungs-volle Lautverlängerungen, (b) begleitende Körperbewegungen, (c) Wort- und Situations-vermeidungen und (d) begleitende emotionale Reaktionen. Therapeutisch werden Verminderungen in diesen Dimensionen angestrebt (*Andrews und Ingham 1974*). Die aus lern-theoretischen Konzeptionen entwickelten Therapieverfahren lassen sich hauptsächlich in drei Gruppen einteilen:

(a) Techniken zur Formung der Sprechweise

Techniken, welche auf die Sprechweise einwirken, sind eigentlich unabhängig von einer lerntheoretischen Konzeption entstanden und waren zum Teil schon seit Jahrzehnten bekannt. In neueren lerntheoretisch orientierten Publikationen sind sie jedoch systematischer eingeübt und auf ihre Effekte hin untersucht worden. Bei allen Verfahren besteht das Therapieziel darin, den Stotternden in eine Sprechberuhigung einzugewöhnen, um

dann allmählich Geschwindigkeit und Intonation dem Normalsprechenden anzugleichen. Dabei sollen auch die Sprechsituationen zunehmend belastender und spontaner werden (Perkins 1973).

Entsprechend einem einfachen S-R Modell soll die soziale Situation zu Normalsprechenden assoziiert werden. Hauptsächliche Verfahren sind dabei:

- rhythmisches Sprechen, z. B. im Takt eines Metronoms oder mit rhythmischen Gesten (Beech 1967, Brady 1968, 1971, Jones und Azrin 1969, Hanna und Morris 1977, Mallard 1977);
- Chorsprechen (shadowing), z. B. gemeinsames Sprechen des gleichen Textes (Frank und Bloodstein 1971);
- verlangsamtes Sprechen, z. B. Sprechen mit verzögerter Rückspielung der eigenen Stimme über Kopfhörer (delayed auditory feedback = DAF), indem eine Sprechverlangsamung durch Vokaldehnungen erzielt wird (Ryan und Kirk 1974, Burke 1975, Altrows und Bryden 1977, Resick et al. 1978);
- Geräuschüberlagerung, z. B. kann eine Geräuscheinblendung über Kopfhörer die akustische Wahrnehmung und Kontrolle der eigenen Sprache vermindern (May und Hachwood 1968, Webster und Dorman 1970, Barr und Carmel 1970, Conture 1974, Garber und Martin 1977);
- Entspannung der Sprechmuskulatur, z. B. Flüstersprache, EMG-Feedback oder Atemregulierung (Azrin und Nunn 1974, Guitar 1975, Hanna, Wilfling und McNeill 1975, Lanyon 1976, 1977, Schwartz 1976).

Bemerkenswert ist, daß diese Techniken häufig innerhalb weniger Übungsstunden zu einer radikalen Verminderung des beobachtbaren Stotterns führen. Der gemeinsame Mechanismus wird in einer Entspannung durch Vokaldehnung gesehen (Watts 1973, Brayton und Conture 1978). Große Schwierigkeiten bereitet jedoch die Anwendung in Alltagssituationen, und es ist festzustellen, daß der Übergang zu natürlichem Sprechen auf Dauer nicht gelingt: Entweder muß eine kontrollierte und unnatürliche Sprechweise immer beibehalten werden, oder nach einiger Zeit verliert sich der Effekt und Stottern in der alten Form tritt wieder auf (Webster, Schumacher und Cubker 1970, Faverly und Kamphuis 1971, Watts 1970, McCabe und McCollum 1972, Perkins et al. 1974, Silverman 1976, Öst, Göttestam und Melin 1976, Ingham und Packman 1978). Aus lerntheoretischer Sichtweise ist vor allem ungeklärt, wieso kontrolliertes Sprechen ohne Blockierungs- oder Lautwiederholungssymptome nicht zu natürlichem Sprechen führt.

(b) Techniken des operanten Konditionierens

Entsprechend dem lerntheoretischen Konzept von Stottern als eine Konsequenz falscher Bekräftigungen soll durch Anwendung bekannter Lernprinzipien der »gestotterte« Anteil beim Sprechen vermindert und der normal gesprochene Anteil erweitert werden.

Hauptsächliche Verfahren sind dabei:

- Bestrafung von Stottern, z. B. selektive Elektrostimulation als negative Konsequenz bei jedem Stotteranzeichen (Curlee und Perkins 1968, Moore und Ritterman 1973, Martin et al. 1975);
- Bekräftigung von Normalsprechen, z. B. selektive Belohnung als positive Konsequenz für immer längere stotterfreie Sprechsequenzen (Lanyon und Barocas 1973);
- negative Übung (negative practice), z. B. soll durch gehäuftes Imitieren bestimmter muskulärer Verspannungen eine Erschöpfung und Aversion gegenüber Blockierungen erreicht werden (Brutten und Shoemaker 1967).

Tatsächlich vermindern diese Techniken Stottern, der erwartete Effekt einer dauerhaften Besserung tritt aber nicht auf, zum Teil kommt es auch zu einer Verschlechterung (Siegel 1970). Die theoretische Annahme, Stottern beruhe auf einer falschen Gewohnheitsbildung,

konnte nicht bestätigt werden. Die gewisse Beeinflussung des Sprechverhaltens durch die operanten Konditionierungsverfahren kann einfacher durch einen Aufmerksamkeitseffekt erklärt werden (Daly und Kimbarow 1978, La Croix 1973). Aus lerntheoretischer Sicht bleibt vor allem ungeklärt, wieso Stottern nur zu einem begrenzten Ausmaß kontrollierbar ist und es sich im Alltag erhalten kann, obwohl negative Sanktionen erfolgen.

(c) Techniken des klassischen Konditionierens

Durch die Techniken des klassischen Konditionierens sollen innere, angstauslösende Vorgänge beeinflusst werden. Dazu gehören insbesondere die Phänomene der Wortangst (die Befürchtung und Erwartung, ein bestimmtes Wort nicht aussprechen zu können) und die Person- und Situationsangst. In der Therapie sollen diese inneren Vorgänge durch neue Konditionierungsprozesse verändert werden.

Hauptsächliche Verfahren sind dabei:

- Verminderung negativer Vorstellungen durch Aversion, z. B. werden alle gedanklichen Antizipationen von Stottermomenten mitgeteilt und unmittelbar durch Elektrostimulation negativ sanktioniert. Dementsprechend soll eine emotionale Aversion gegenüber solchen gedanklichen Antizipationen entstehen (Harris, Martin und Haroldson 1971, Berecz 1973, 1976).
- Dekonditionierung negativer Vorstellungen durch Entspannung, z. B. kann durch progressive Muskelentspannung ein entspannter Körperzustand erreicht werden, in dem dann eine Hierarchie belastender Situationen gedanklich durchgearbeitet wird (Adams 1972, Gray und England 1972, Lanyon 1969, George 1976).
- In-vivo Dekonditionierung, z. B. wird der Stotterer ermutigt, mit seiner stotternden Sprechweise gehäuft bestimmte gefürchtete Sprechsituationen aufzusuchen, um eine Adaptation zu erreichen (Sheehan 1970, Goraj 1974). In diesem Sinne ist sicherlich auch jede Gruppensituation, die offen Stottern zum Thema hat, deutbar.

Dekonditionierungsverfahren sind langwieriger, ehe sie einen positiven Effekt erzielen. Am ehesten sind ein Abbau sozialer Vermeidungstendenzen, eine Reduktion der Angst und eine Besserung der subjektiven Empfindungslage erreichbar. Stottern vermindert sich, es kann jedoch nicht vollständig eliminiert werden (Reed und Lingwall 1976). Aus lerntheoretischer Sicht ist vor allem ungeklärt, wieso Stottern vor allem in seiner Sprechsymptomatik so therapieresistent ist.

Insgesamt ist zum Stand der bisherigen Therapieerfolge bei Erwachsenen festzustellen: Die bisherigen sprechtechnischen Verfahren können Stottern verändern, aber nicht aufheben. Die Verminderung von Silbenwiederholungen oder Blockierungen führt nicht zu natürlichem Sprechen. Auch durch einfache äußere Bekräftigung oder Bestrafung ist Normalsprechen nicht erreichbar und Stottern ist nur in begrenztem Maße willkürlich kontrollierbar. Soziale Vermeidungsängste können zwar abgebaut werden, Stottern ist aber keine einfache Sprechangst, die sich durch graduelle Annäherung an die gefürchtete Situation bewältigen läßt.

Was ist Stottern?

Stottern ist nicht auf eine einfache Weise operationalisierbar und damit nicht quantitativ meßbar. Die sprechmotorischen Symptome (z. B. Verspannungen, Blockierungen, Wortvermeidungen) stehen in komplexen Zusammenhängen zu den sozialen und den emotionalen Symptomen.

Stottern ist ein System von Symptomen mit einer Entstehungs- und Entfaltungsgeschichte. Stottern hat seine Wurzeln in Sprechschwierigkeiten des Kindes und in entsprechenden Kompensationsversuchen bis zur Gegenwart. In dieser Entwicklungsgeschichte liegt der Schlüssel zur Erklärung der Symptome beim Erwachsenen:

Stottern entwickelt sich in aufeinanderfolgenden Phasen mit dem Beginn in der Vorschulzeit oder der ersten Schulzeit. In diesem Lebensalter ist die Sprache eine Widerspiegelung der kognitiven Gesamtfähigkeit und auch der emotionalen Stabilität (Rees 1972, De Hirsch 1975, Miller 1976, Bresson 1977, Prutting 1979, Bindel 1982). Das Kind erwirbt gerade erst die komplexe Dialogfertigkeit, wobei die impulshafte Mitteilung aus einer egozentrischen Perspektive nun einen interpersonellen Bezugsrahmen beachten muß. So müssen zum Beispiel Bereitschaft, Vorkenntnisse und logische Argumente des angesprochenen Erwachsenen beachtet werden. In einer ersten Phase ist Stottern eine interpersonelle Sprechunsicherheit: Ein Zweifel, eine Hemmung, eine emotionale Belastung verunsichert die Aussage des Kindes gegenüber dem Erwachsenen. Die Sprechverunsicherung tritt als semantische und syntaktische Störung auf; versucht das Kind dennoch zu sprechen, so entstehen Silbenwiederholungen bei Satz- und Wortanfängen — entsprechend dem inneren Zustand des Sprechens und des Nichtsprechenskönnens. Bei wiederholten Störungserlebnissen kommt es zu einer Erwartungsangst, die aber Stottern nur häufiger auftreten läßt (Bloodstein 1974). Noch kann sich Stottern in dieser Phase durch Zurücknahme des Kommunikationsstresses leicht zurückbilden. In einer zweiten Phase wird dies zunehmend schwieriger, weil nun automatisch operierende Tics auftreten: Unter dem äußeren Anspruch, doch besser zu sprechen, werden die Silbenwiederholungen unterdrückt, und es entstehen Blockierungen durch Muskelkontraktionen. In der Regel wird aber die verspannt und explosiv produzierte Sprechweise (... du!) von den Eltern günstiger beurteilt als die spannungslosen Silbenwiederholungen (dudu du!). Durch Anstrengung gelingt scheinbar besseres Sprechen, allerdings vollzieht sich beim Kind eine Fixierung auf das perfekte Klangprodukt. Besseres Sprechenwollen führt zu immer mehr Gewaltanwendungen und zu immer stärkeren Blockierungen, die in einer Wortangst enden und die Symptome der dritten Phase auslösen: Bei dem Anspruch, noch besser zu sprechen und die verzögernden Blockierungen zu beherrschen, entstehen die Tricks zur Blockierungsverlagerung (Verspannungen, die nicht mehr dem Artikulationsort des Wortanfanges entsprechen) und zur Blockierungsvermeidung (z. B. Zusatzlaute, Wortersetzungen, Sprechen mit Inhalation usw.). In dieser dritten Phase entsteht das vielfältige klinische Bild des Stotterns, dem dennoch die gleiche Entstehungsstruktur zugrunde liegt (Bindel 1981a).

Entsprechend seiner Entwicklungsdynamik ist Stottern nach drei Aspekten zu definieren:

- (1) Stottern des Erwachsenen ist ein sprechmotorisches Problem mit reflexhaften Verspannungen der Artikulationsorgane und/oder Tricks, solche Verspannungen zu vermeiden.
- (2) Stottern ist das ständige Motiv, richtig, d. h. vor allem akustisch perfekt, zu sprechen. Eine sprachliche Selbstkorrektur ist behindert, weil jeder Auflösungsversuch von Blockierungen mit notwendiger Sprechverzögerung und Sprechauffälligkeit mit dem inneren Zwang zum perfekten Lautprodukt kollidiert. Entsprechend führt ein innerer oder äußerer Anspruch zu flüssiger Kommunikation zu mehr Stottern, weil die Sensibilität gegenüber nicht perfektem Sprechen erhöht wird.
- (3) Stottern ist ein System sozialer Vermeidungsstrategien, denen Scham- und Schuldgefühle zugrunde liegen. Als weitere Folge ist damit der Erwerb inhaltlicher, paraverbalen oder nonverbalen Dialogfertigkeiten behindert.

Die besondere Therapieresistenz von Stottern erklärt sich vor allem durch solche Lernmechanismen, die allgemein die Resistenz gelernter Verhaltensweisen ausmachen. Zu beachten sind dabei die Lernprinzipien der Präpariertheit und des Flucht- und Vermeidungslernens: Seligman und Hagen (1972) haben dargestellt, daß organismische Gegebenheiten Grenzsetzungen für Lernprozesse vorgeben. Im Falle einer Präpariertheit können sich bestimmte Lernprozesse rasch vollziehen, im Falle einer Gegenpräpariertheit kaum oder nur sehr langsam. Damit begründet sich, daß Stottern eigentlich ein Kindheitssymptom ist, das aber bei seiner Konservierung bis ins Erwachsenenalter zunehmend

schwieriger heilbar wird. Das Kind ist ontogenetisch anfällig zur Entwicklung von Stotter-symptomen: Einerseits ist es in seiner semantischen und grammatikalischen Sprachstruktur labil, und andererseits orientiert es sich in der klanglichen Aussteuerung entsprechend interpersoneller Rückmeldung. Stottern entsteht, indem das Kind in seiner sprachlichen Mitteilung verunsichert und gleichzeitig nach korrekten sprachlich-akustischen Standards ausgerichtet wird. Andererseits kann durch Zurücknahme dieser äußeren Einwirkungen Stottern wieder vergehen (*Bindel* 1981 b). Der Erwachsene ist gegenpräpariert zur Entwicklung, aber auch zum Abbau des einmal erworbenen Stotterns. Die bewußte Tätigkeit beim Sprechen bezieht sich nur auf die Syntax und die interpersonelle Strategie, während die Lautproduktion automatisiert nach festen inneren Standards abläuft.

Dazu treten noch Verhaltensweisen, die Flucht und Vermeidung aus aversiven Situationen erlauben, und diese sind sehr resistent gegenüber Auslöschungen. Jede erfolgreiche Vermeidung bedeutet eine Selbstverstärkung, während die Angst erhalten bleibt (*Solomon* und *Wynne* 1954). Flucht und Vermeidung liegen beim Stotterer sowohl in sprachlicher wie auch in sozialer Hinsicht vor. In seiner absoluten Orientierung auf das gute Klangprodukt entstehen Flucht- und Vermeidungsmechanismen vor allem gegenüber hörbaren (nicht sichtbaren!) Sprechunregelmäßigkeiten. Es entstehen Reaktionsketten aus Blockierungen, Blockierungsvermeidungen und Blockierungsverlagerungen, die aber nie natürliches Sprechen erlauben. Bereits *Brutten* und *Shoemaker* (1967) haben auf Stottern als eine Sequenz emotionaler und operanter Abläufe hingewiesen, und *Bloodstein* (1974) hat Stottern als ein antizipatorisches Unterdrückungsverhalten bezeichnet. In beiden Fällen wurde aber die erworbene Blockierung als die aversive Stimulation angenommen, die es zu vermeiden gilt. Nach der hier vorgenommenen Definition von Stottern ist es die sprachlich-akustische Auffälligkeit jeder Art, die gefürchtet und gemieden wird. Die bekannten Stottersymptome sind dabei eigentlich nur Verdeckungsmechanismen mit einer starken Automatisierung. Neben dem Symptom auf sprachlicher Ebene entwickelt der Stotterer vor allem ab der Jugendzeit soziale Vermeidungsmechanismen, und es beginnt die gedankliche Beschäftigung mit der eigenen Problemlage. Durch den Mangel an Kommunikation erfährt Stottern eine gedankliche Überbewertung und führt zunehmend zu einem System falscher Selbsteinschätzungen, während dennoch die Rolle des unmittelbar perfekt Sprechenden gespielt wird (*Sheehan* 1970).

Mit der hier dargestellten Auffassung von Stottern ergibt sich eine Klärung der aus den bisherigen Therapieansätzen offenen Fragen:

- (1) Kontrolliertes Sprechen (z. B. nach Metronomtakt oder mit Vokaldehnungen) ist nur ein weiterer Mechanismus zur Vermeidung von Sprechunregelmäßigkeiten. So wirkt kontrolliertes Sprechen zunächst sehr rasch, weil es dem Anspruch nach perfektem Sprechen entgegenkommt, mit dem situativen Versagen verliert die Methode aber an Wirksamkeit. Darüber hinaus ist die ständige innere Kontrolle auch lästig. Kontrolliertes Sprechen kann nicht endgültig die Angst vor der Blockierung — dem Ausbleiben der Sprache — auflösen.
- (2) Stottern ist in begrenztem Ausmaß und bei mäßiger Stärke (*James* 1981) auch willkürlich kontrollierbar, weil neue Vermeidungsmechanismen ausgebildet werden können. Therapieverfahren, die nur eine Unterdrückung der hörbaren Symptome bewirken, sind aus funktioneller Sicht ineffektiv und setzen die sprachliche Fehlentwicklung fort.

Ein Therapiekonzept

Therapieziel soll das natürliche Sprechen sein und nicht eine scheinbare Sprechflüssigkeit (*Ingham* und *Packman* 1978). Entsprechend den Symptomdimensionen sind drei Therapiekomplexe zu beachten:

- (1) Abbau der sprechmotorischen Symptome
Wirklicher Abbau der sprechmotorischen Symptome des Stotterns bedeutet eine Umkehr

der Symptomentwicklung (*Bindel* 1981a) mit den Schritten (a) Aufgabe der Blockierungsvermeidungen und Blockierungsverlagerungen und der Rückkehr zu den Blockierungen, (b) Auflösung der Blockierungen und (c) Zulassung von Sprechunregelmäßigkeiten und Sprechkorrekturen. Die Blockierung ist das Hauptproblem des erwachsenen Stotterers, und zur Auflösung von Blockierungen wird eine Sprechweise mit muskulären Gegeninnervationen gelernt: Sprechen vollzieht sich normalerweise durch das Einfügen von Engstellen in die Ausatemluft. Dort, wo der Normalsprechende leicht und dosiert artikuliert, tut dies der Stotterer bei der Blockierung massiv und ungerichtet (*Zimmermann* 1980). Durch bestimmte Gegenbewegungen am Artikulationsort des Wortanfanges können die Verspannungen aufgehoben werden (*Bindel* 1983). Bei einem ersten Artikulationsort (Laute b, p, f, w, v, m) müssen Entspannungen der Lippen und des Unterkiefers eingeübt werden. Beispielsweise entsteht die Blockierung bei dem Wort ... B... all (Ball) dadurch, daß die Lippen zusammengepreßt werden und der Unterkiefer zusätzlich verspannt. Durch leichtes und lockeres Aufblasen der Backen ist die Blockierung genau gegeninnerviert und bei lockerem Ablassen der angestauten Luft entsteht ein gedehntes b, das den Anfang des Wortes B= =all bildet. Bei einem zweiten Artikulationsort (Laute d, t, l, n, s, z, ch, sch, j) muß eine Entspannung der Zunge eingeübt werden. Beispielsweise entsteht die Blockierung bei dem Wort ... d... er (der) dadurch, daß die Zunge in einem Tremor gegen den harten Gaumen gepreßt wird. Indem die Zunge flacher und entspannter leicht an die Vorderzähne des Unterkiefers angelegt wird, ist die Verspannung nicht möglich. Bei leichtem Ausatmen entsteht ein gedehntes und etwas verwaschenes d, das dann den Anfang des Wortes d= =er bildet. An einem dritten Artikulationsort (Laute h, r, g, k sowie alle Vokale) entsteht die Verspannung hauptsächlich durch eine Retraktion der Zungenwurzel, und es werden Ausatmung und Phonation blockiert. Durch entspanntes Vorlegen der Zunge ist zunächst der Halsabschluß aufzulösen und die Ausatmung zu sichern. In diese Ausatmung wird der Vokal gesprochen, und es entsteht das Wort = = Apfel.

(2) Abbau des Zwanges zum perfekten Sprechen

Hauptsächliches therapeutisches Problem ist die Überwindung des inneren Anspruches zu unauffälligem Sprechen. Der Stotterer muß sich hier aber klar zu seiner Sprechbehinderung bekennen und so sprechen, wie es in funktioneller Hinsicht für ihn selbst am besten ist. Der Stotterer muß »gutes Sprechen« aufgeben und sich und dem Dialogpartner Sprechkorrekturen zumuten. In einer mehr oder weniger langen Übergangszeit sind dabei die Wortanfänge auffälliger, zum Beispiel hörbar gedehnter zu sprechen. Der Kehlkopfoperierte muß mit instrumenteller Hilfe auch langsamer und akustisch auffälliger sprechen, aber er entwickelt keine Angst dabei, und er hat auch keine Sprechalternative. Der Stotterer hat Angst vor einem »Stottern«, und er lebt in der fortwährenden Illusion, er könne ab dem nächsten Wort unauffällig sprechen. Der Stotterer muß sich als Lernender begreifen, für den eine unmittelbar perfekte Sprechleistung nicht möglich ist.

(3) Abbau sozialer Vermeidungsmechanismen

Wichtig und möglich ist der Abbau sozialer Vermeidungsmechanismen. Schuldgefühle, Furcht und Scham bewirken Angst vor dem Sprechen, aber damit werden Sprechschwierigkeiten wahrscheinlicher, und darauf setzt vermehrt Stottern als Korrekturmechanismus ein. Der Stotterer muß konsequent lernen, sich selbständig zu verhalten, alle Aufgaben und Probleme selbst klären, und er muß sich einen sozialen Kontaktrahmen schaffen. Indem solcherart der Kampf mit den äußeren Widerständen aufgenommen wird, vollzieht sich auch eine Stabilisierung zu mehr Selbstvertrauen und weniger Verdeckung. Entsprechende Maßnahmen sind beispielsweise bei *Wendlandt* (1980) und *Fiedler* und *Standop* (1978) angeführt.

Stottern des Erwachsenen ist häufig eine intensive Lebensgestaltung im Dienste eines zu verbergenden Symptoms, und entsprechend haben sich die sprachbegleitenden dialogi-

schen Regulatoren entwickelt. Körperrhythmus, Blickkontakt, Mimik, Gesten haben sich so ausgebildet, daß Redeansprüche vermieden werden. Wenn aber dennoch Sprechen unvermeidbar ist, haben die Stottersymptome die kommunikative Funktion, auf aggressive Weise die Aufmerksamkeit des Zuhörers zu kontrollieren. Der Stotterer verletzt dann den dialogischen Rhythmus, beherrscht das sprachliche Feld (Crahay 1967). Ein angemessenes extraverbales Repertoire kann der erwachsene Stotterer erst langsam erwerben. In einer ersten Phase ist Sprechen nur in einer kontrollierten Dialogsituation möglich, wenn sichergestellt ist, daß der Stotterer Zeit zum Reden hat. Dabei kann sich seine sprachliche und seine sprachbegleitende Ausdrucksfähigkeit schulen. In einer zweiten Phase soll sich der Stotterer an mehr spontanen Dialogen beteiligen. Insbesondere müssen Mitteilungen und Unterbrechungen gewagt werden, ohne die Stottersymptome zu Hilfe zu nehmen. In einer dritten Phase ist natürliches Sprechen dann möglich, wenn der Stotterer aufgrund einer Serie von Erfahrungen in verschiedenen Sprechsituationen eine klare Struktur seines Verhaltens und Sprechens ausgebildet hat. Gesteuerte gruppenspezifische Erfahrungen gewinnen dann ihre große Bedeutung, wenn die sprechmotorischen Symptome bewältigt sind und Sprechunsicherheiten auf eine spannungslose Weise zum Ausdruck kommen.

Der besondere Beitrag lerntheoretischer Konzeptionen zu einer allgemeinen Theorie des Stotterns besteht in der Demonstration emotionaler und instrumenteller Anteile in der Entstehung der Symptomfolge. Lerntheorien machen aber nur allgemeine Aussagen zu universellen Lernprozessen. Sie bedürfen sicherlich dann einer Ergänzung, auch durch biologische und tiefenpsychologische Konzeptionen, wenn es um die Klärung individueller Verläufe der Persönlichkeitsentwicklung geht. Dabei ist von einem komplexen Gefüge organismischer und sozialer Strukturen auszugehen.

Literatur

- Adams, M. R.: The use of reciprocal inhibition procedures in the treatment of stuttering. *Journal of Communication Disorders* 5 (1972), S. 59—66.
- Altrows, I. F., und Bryden, M. P.: Temporal factors in the effects of masking noise on fluency of stutterers. *Journal of Communication Disorders* 10 (1977), S. 315—329.
- Andrews, G., und Ingham, R.: Stuttering: considerations in the evaluation of treatment. *British Journal of Disorders of Communication* 6 (1971), S. 129—138.
- Azrin, N., Jones, R. J., und Flye, B.: A synchronization effect and its application to stuttering by a portable apparatus. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1 (1968), S. 283—295.
- Barr, D. F., und Carmel, N. R.: Stuttering inhibition with live voice intervention and masking noise. *Journal of Auditory Research* 10 (1970), S. 59—61.
- Beech, R.: Stuttering and stammering. *Psychology Today* 1 (1967), S. 48—51.
- Berecz, J. M.: The treatment of stuttering through precision punishment and cognitive arousal. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973), S. 256—267.
- Berecz, J. M.: Cognitive conditioning therapy in the treatment of stuttering. *Journal of Communication Disorders* 9 (1976), S. 301—315.
- Bindel, R.: Therapie der sprechmotorischen Symptome. *Die Sprachheilarbeit* 26 (1981a), S. 99—102.
- Bindel, R.: Stottern als Verdeckungssyndrom und seine Therapie im Vorschulalter. *Die Sprachheilarbeit* 26 (1981b), S. 335—340.
- Bindel, R.: Entstehungsbedingungen von Stottern. In Vorbereitung 1982.
- Bindel, R.: Therapie und Selbsttherapie des Stotterns. Weinheim 1983.
- Bloodstein, O.: The rules of early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974), S. 379—394.
- Brady, J. P.: A behavioral approach to the treatment of stuttering. *American Journal of Psychiatry* 125 (1968), S. 843—848.
- Brady, J. P.: Metronome-conditioned speech retraining for stuttering. *Behavior Therapy* 2 (1971), S. 129—150.
- Brayton, E. R., und Conture, E. G.: Effects of noise and rhythmic stimulation on the speech of stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 21 (1978), S. 285—294.

- Bresson, F.: Semantics, syntax and utterance: determining a referent. *International Journal of Psycholinguistics* 4 (1977), S. 31—41.
- Brutten, E., und Shoemaker, D.: *The modification of stuttering*. Englewood Cliffs, Prentice Hall 1967.
- Burke, B. D.: Variables affecting stutterer's initial reactions to delayed auditory feedback. *Journal of Communication Disorders* 8 (1975), S. 141—155.
- Conture, E. G.: Some effects of noise on the speaking behavior of stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 17 (1974), S. 714—723.
- Curlee, R. F., und Perkins, W. H.: The effect of punishment of expectancy to stutter on the frequencies of subsequent expectancies and stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 11 (1968), S. 787—795.
- Crahay, S.: Les facteurs psychologiques dans le bégaiement. *Acta Neurologica Psychiatrica Belgica* 67 (1967), S. 946—958.
- Daly, D. A., und Kimbarow, M. L.: Stuttering as operant behavior: effects of the verbal stimuli wrong, right, and tree on the disfluency rates of school-age stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 21 (1978), S. 589—597.
- De Hirsch, K.: Cluttering and Stuttering. *Orton Society Bulletin* 25 (1975), S. 57—68.
- Faverey, H. A., und Kamphuis, R. P.: Twee therapeutische technieken ter behandeling van stotteraars: een evaluatie. *Ned. Tij. psy. grensgeb.* 26 (1971), S. 259—277.
- Fiedler, P., und Standop, R.: *Stottern*. München 1978.
- Florin, I.: Stuttering: Theoretical approaches, experimental research results, suggestions for therapy. *European Journal of Behavior Analysis and Modification* 3 (1976), S. 189—200.
- Frank, A., und Bloodstein, O.: Frequency of stuttering following repeated unison readings. *Journal of Speech and Hearing Research* 14 (1971), S. 519—524.
- Fransella, F.: Self concepts and the stutterer. *British Journal of Psychiatry* 114 (1968), S. 1531—1535.
- Fransella, F.: Stuttering: not a symptom but a way of life. *British Journal of Disorders of Communication* 5 (1970), S. 22—29.
- Garber, S. F., und Martin, R. R.: Effects of noise and increased vocal intensity on stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 20 (1977), S. 233—240.
- George, G. O.: An empirical case study of the systematic desensitization of stuttering behavior. In: Hosford, R. E., und Scott, M. C. (Eds.): *The crumbling walls*. Urbana, Ill, 1975, S. 105—120.
- Goraj, J. T.: Stuttering therapy as crisis intervention. *British Journal of Disorders of Communication* 9 (1974), S. 51—57.
- Gray, B. B., und England, G.: Some effects of anxiety deconditioning upon stuttering frequency. *Journal of Speech and Hearing Research* 15 (1972), S. 114—122.
- Guitar, B.: Reduction of stuttering frequency using analog electromyographic feedback. *Journal of Speech and Hearing Research* 18 (1975), S. 672—685.
- Guitar, B., und Bass, C.: Stuttering therapy: The relation between attitude change and long-term outcome. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 43 (1978), S. 392—400.
- Hanna, R., Wilfling, F., und McNeill, B.: A biofeedback treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 40 (1975), S. 270—273.
- Hanna, R., und Morris, S.: Stuttering, speech rate, and metronome effect. *Perceptual and Motor Skills* 44 (1977), S. 452—454.
- Harris, C. M., Martin, R. R., und Haroldson, S. K.: Punishment of expectancy responses by stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 14 (1971), S. 710—717.
- Ingham, R. J., und Andrews, G.: The relation between anxiety reduction and treatment. *Journal of Communication Disorders* 4 (1971), S. 289—301.
- Ingham, R. J., und Andrews, G.: Behavior therapy and stuttering: a review. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 37 (1972), S. 405—441.
- Ingham, R. J., und Andrews, G.: An analysis of a token economy in stuttering therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6 (1973), S. 219—229.
- Ingham, R. J., und Packman, A. C.: Perceptual assessment of normalcy of speech following stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Research* 21 (1978), S. 63—73.
- James, J. E.: Self-monitoring of stuttering: Reactivity and accuracy. *Behavior Research and Therapy* 19 (1981), S. 291—296.
- Jones, R. J., und Azrin, N. R.: Behavioral engineering: stuttering as a function of stimulus duration during speech synchronization. *Journal of Applied Behavioral Analysis* 2 (1969), S. 223—229.

- Kroll, R. M., und Hood, S. B.: The influence of task presentation and information load on the adaption effect in stutterers and normal speakers. *Journal of Communication Disorders* 9 (1976), S. 95—110.
- La Croix, Z. E.: Management of disfluent speech through self-recording procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973), S. 272—274.
- Lanyon, R. I.: Behavior change in stuttering through systematic desensitization. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 34 (1969), S. 253—260.
- Lanyon, R. I.: Effect of biofeedback-based relaxation on stuttering during reading and spontaneous speech. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45 (1977), S. 860—866.
- Lanyon, R. I., und Barocas, V. S.: Effects of contingent stimuli on stuttering. *Proceeding of the 81st Annual Conference, APA, 1973*, S. 539—540.
- Lanyon, R. I., Barrington, C. C., und Newman, A. C.: Modification of stuttering through EMG biofeedback: a preliminary study. *Behavior Therapy* 7 (1976), S. 96—103.
- Mallard, A. R.: The effect of syllable-timed speech on stuttering behavior: an audiovisual analysis. *Behavior Therapy* 8 (1977), S. 947—952.
- Martin, R., Louis, K. S., Haroldson, S., und Hasbrouck, J.: Punishment and negative reinforcement of stuttering using electric shock. *Journal of Speech and Hearing Research* 18 (1975), S. 478—490.
- May, A. E., und Hachwood, A.: Some effects of masking and eliminating low frequency feedback on the speech of stammerers. *Behavior Research and Therapy* 6 (1968), S. 219—223.
- McCabe, R. B., und McCollum, J. D.: The personal reactions of a stuttering adult to delayed auditory feedback. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 37 (1972), S. 536—541.
- Miller, M. L.: The influence of psycholinguistics on the speech pathologist's view of language acquisition. *Dissertation, University of Colorado* 1976.
- Moleski, R., und Tosi, D. J.: Comparative psychotherapy: rational-emotive therapy versus systematic desensitization in the treatment of stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44 (1976), S. 309—311.
- Moore, W. H., und Ritterman, S. I.: The effects of response contingent reinforcement and response contingent punishment upon the frequency of stuttered verbal behavior. *Behavior Research and Therapy* 11 (1973), S. 43—48.
- Mowrer, H. O.: Stuttering as simultaneous admission and denial. *Journal of Communication Disorders* 1 (1967), S. 46—50.
- Oelschlaeger, M. L., und Brutten, G. J.: The effect of instructional stimulation on the frequency of repetitions, interjections, and words spoken during the spontaneous speech of four stutterers. *Behavior Therapy* 7 (1976), S. 37—46.
- Öst, L. G., Götestam, G., und Melin, L.: A controlled study of two behavioral methods in the treatment of stuttering. *Behavior Therapy* 7 (1976), S. 587—592.
- Perkins, W. H.: Replacement of stuttering with normal speech: I. rationale. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973), S. 283—294.
- Perkins, W. H., Rudas, L., Michael, W. B., und Curlee, R. F.: Replacement of stuttering with normal speech: III. Clinical effectiveness. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974), S. 416—428.
- Peters, M.: Die lerntheoretische Betrachtungsweise. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 4 (1976), S. 104—112.
- Prutting, C. A.: Process: The action of moving forward progressively from one point to another on the way to completion. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 44 (1979), S. 3—30.
- Reed, C. G., und Lingwall, J. B.: Some relationships between punishment, stuttering, and galvanic skin responses. *Journal of Speech and Hearing Research* 19 (1976), S. 197—205.
- Rees, N. S.: A talent for language. *Journal of Communication Disorders* 5 (1972), S. 132—141.
- Resick, P. A., Wendiggensen, P., Ames, S., und Meyer, V.: Systematic slowed speech: a new treatment for stuttering. *Behavior Research and Therapy* 16 (1978), S. 161—167.
- Ryan, B. P., und Van Kirk, B.: The establishment, transfer, and maintenance of fluent speech in 50 stutterers using delayed auditory feedback and operant procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974), S. 3—10.
- Schwartz, M. F.: *Stuttering solved*. New York 1976, S. 33—72.
- Seligman, M. und Hagen, J.: *Biological boundaries of learning*. Englewood Cliffs, Prentice Hall 1972.
- Sheehan, J.: *Stuttering: Research and therapy*. New York 1970.
- Siegel, G. M.: Punishment, stuttering, and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research* 13 (1970), S. 677—714.

- Silverman, F. H.: Long-term impact of a metronome on stuttering: an interim report. *Perceptual and Motor Skills* 42 (1976), S. 1322.
- Starkweather, C. W.: A behavioral analysis of Van Riperian therapy for stutterers. *Journal of Communication Disorders* 6 (1973), S. 273—291.
- Watts, F.: The treatment of stammering by the intensive practice of fluent speech. *British Journal of Disorders of Communication* 5 (1970), S. 144—147.
- Watts, F.: Mechanisms of fluency control in stutterers. *British Journal of Disorders of Communication* 8 (1973), S. 131—138.
- Webster, R. L., und Dorman, M. F.: Decreases in stuttering frequency as a function of continuous and contingent forms of auditory masking. *Journal of Speech and Hearing Research* 13 (1970), S. 82—86.
- Webster, R. L., Schumacher, S. J., und Lubker, B. B.: Changes in stuttering frequency as a function of various intervals of delayed auditory feedback. *Journal of Abnormal Psychology* 75 (1970), S. 45—49.
- Wendlandt, W.: *Verhaltenstherapie des Stotterns*. Weinheim 1980.
- Wingate, M. E.: Stuttering adaption and learning: II. The adequacy of learning principles in the interpretation of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 31 (1965), S. 211—218.
- Zimmermann, G.: Stuttering: A disorder of movement. *Journal of Speech and Hearing Research* 23 (1980), S. 122—136.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rolf Bindel, Dipl.-Psychologe, Fachgebiet Psychologie Universität Kaiserslautern,
Postfach 3049, 6750 Kaiserslautern.



Das neue tragbare elektronische Sprachverzögerungsgerät SVG 1 eignet sich für den Einsatz in Therapie und Praxis der Sprachheilpädagogik.

Weil es nur so klein ist wie eine Zigarettenschachtel, eröffnen sich damit völlig neue Möglichkeiten für den modernen Therapeuten, der mit Stotterern arbeitet.

Geliefert wird das SVG 1 einsatzbereit mit Mikrofon und Kopfhörer. (Auch 10 Tage zur Probe.)

Konkurrenzlos günstig ist auch der Preis: 795,- DM.

Fordern Sie weitere Informationen an:

Novel Elektronik, Wolfgang Heikamp und F. Leschny,
Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6,
Telefon (02327) 7 07 64

Für unsere Arbeit mit sprach- und lernbehinderten Schülern/Vorschülern suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Logopädin/Logopäden

Wir arbeiten im Team mit gutem Betriebsklima. Die Vergütung richtet sich nach BMT/AWII (BAT); Sozialleistungen dem öffentlichen Dienst vergleichbar. Unterbringung und Verpflegung im Hause möglich.

Sprachheilzentrum Wilhelmshaven, Masurenstraße 19—21,
2940 Wilhelmshaven, Telefon (04421) 5 39 33.

Suggestion und Autosuggestion in Genese und Therapie des Stotterns

Zusammenfassung

Zur Einführung wird auf eine Fernsehsendung zurückgegriffen, die zur Leistungssteigerung bei Spitzensportlern die Suggestionen empfohlen hat. Die hier gebrachten neuen Begriffe »Psychodoping« und »psychische Vorprogrammierung« werden für unsere Belange übernommen. Jene Ausführungen aus dem Sportgeschehen werden auf den Stotterer und seinen Stottermechanismus übertragen. Zur Begründung einer Suggestionstherapie wird erörtert, daß ein großer Anteil des Stotterns lediglich auf Einbildungen beruht. Sodann wird kurz in das Wesen der Suggestion eingeführt. Hier werden drei Suggestionengesetze genannt, die in enger Beziehung zur Auslösung der Stotter-symptome stehen, aber auch zu deren Reduzierung anwendbar sind. Es folgt eine kurze Einweisung in die Anwendung der Autosuggestion für den jugendlichen Stotterer. Besonders das »Bildern« wäre für ihn angezeigt. Im letzten Teil werden einige Beispiele der Suggestionen in der allgemeinen Krankenbehandlung als auch speziell in der Therapie des Stotterns gebracht.

Suggestionsanwendung bei Spitzensportlern

Es wird immer wieder einmal auf das früher Altbewährte zurückgegriffen. So scheint auch die jahrzehntelang fast in Vergessenheit geratene bewußte Suggestionen anwendung wieder im Kommen zu sein. War sie in früheren Jahren sehr erfolgreich in der Krankenbehandlung eingesetzt, so wird sie jetzt merkwürdigerweise für das Sportgeschehen neu herangezogen. Wer hat am 21. April 1982 im ZDF von 19.30 bis 20.15 Uhr die Sendung gesehen? Sie war im »Sport-Spiegel« unter folgendem Titel angezeigt: »Menschenmaterial ‚Psycho‘ im Sport«. Hier wurde zwar der Sportler in den Mittelpunkt gestellt, aber die Sendung hätte auch für den jugendlichen Stotterer ausgestrahlt werden können, freilich mit anderen Texten und unseren Beispielen. Für diejenigen, die sich schon mit dem Wesen der Suggestion beschäftigt haben, wird die Sendung äußerst interessant gewesen sein. Verfasser möchte zunächst einiges aus der Sendung schildern, ehe er jene Ausführungen in die Parallele zum Stottern setzt.

Wenn die körperliche Belastbarkeitsgrenze bei Spitzensportlern erreicht ist und aus diesem physischen Bereich eine Leistungssteigerung kaum noch möglich erscheint, so kann zur weiteren Steigerung der Leistung der psychische Bereich dazugeschaltet werden. Mit der psychischen Kraft wird einmal die erreichte Spitzenleistung stabilisiert und zum weiteren kann sie noch um einiges erhöht werden. Für Erhalt und Steigerung der Leistung wurde der Begriff »Psychodoping« geprägt, und es wurde von einer »geistigen Hygiene« gesprochen. Zur benötigten Stabilisierung seiner im Training erreichten Leistung kann man dem Sportler nach Einleitung einer psychisch-physischen Entspannung das erforderliche Selbstvertrauen und die Selbstsicherheit mit entsprechenden Suggestionen eingeben. Für jeden Sportler ist wohl von größter Wichtigkeit, im Wettkampf jede nervöse Erregung auszuschalten und die unbedingte Ruhe zu behalten. In der Sendung wurde gezeigt, wie sich ein Sportler einem Ruhetraining unterzieht. Es gilt, eine innere Gelassenheit zu erzielen, um somit eine psychische Verkrampfung auszuschließen, die stets mit einer muskulären Verkrampfung einhergehen würde. Es ist bekannt, daß viele Sportler im Training gute Zeiten erreichen, dann aber im Wettkampf versagen. Das kann mit einem Psychodoping verhindert bzw. das gewünschte Geschehen mit der Suggestion weitgehend erreicht werden. Die Änderung der Gedankenrichtung zur Ruhe und Sicherheit kann man wohl mit Recht als »geistige Hygiene« bezeichnen.

Für die mögliche Leistungssteigerung mittels des Psychodopings wurden als Beispiele einige Spitzensportler namentlich angeführt. Ein Stabhochspringer konnte seine bisherige

Höhe um 20 cm steigern. Was aber noch wichtiger erscheint, ist, daß er mit einem Sicherheitstraining auch im Wettkampf diese Leistung halten konnte, nachdem er vorher dort seine Trainingsbestmarke nie erreicht hat. Einige Sportler konnten mit Hilfe des Psychodopings ihre Leistung in Wettkämpfen bis zu 50 Prozent steigern. Bei einem Sporttaucher war die Leistungssteigerung besonders eindrucksvoll.

In der Sendung wurde auch der Terminus »psychische Vorprogrammierung« gebraucht. Dieser Begriff aus unserer modernen Technik ist sehr treffend. Es wird in der Psyche und im Gedächtnis etwas Gewünschtes festgehalten, gespeichert, codiert, was dann im Bedarfsfall abgerufen werden kann. In der Suggestionstherapie nennt man dieses Vorprogrammieren »Bildern«. Im Entspannungszustand wird auf der Vorstellungsebene immer wieder das Bild eines gewünschten Handlungsablaufs oder eines Könnens aufgeworfen und festgehalten. Laut Suggestionengesetz wird bei vorhandener Suggestibilität und nach genügender Häufung das Vorstellungsbild verwirklicht, es wird zur Realität.

Zur speziellen geistigen Vorprogrammierung wurden die Bobfahrer angeführt. Die Abfahrt geht so wahnsinnig schnell, so daß sie während der Abfahrt nicht denken können, in dieser und jener Kurve steuern zu müssen; ein bewußtes Handeln ist hier nicht möglich. Nach vorheriger Programmierung der Kurvenfolge erfolgt die Steuerung des Bobs in hundertstel Sekunden automatisch von der Hirntätigkeit. Als Beispiel einer bildhaften Vorstellung wurde der Marathonläufer herangezogen. Nach 24 km Lauf stellt sich der erste Schwächeanfall ein. Jetzt bildet er sich ein, erst fünf km gelaufen zu haben und noch ganz frisch zu sein. Und damit, mit dieser Vorstellung, kann er tatsächlich seine Schwäche überwinden.

Zur Spitzenleistung im Sport gehört der richtige Einsatz der Muskelkraft bzw. die ökonomischste Spannungslage der zum Einsatz kommenden Muskeln. Jede Verspannung oder gar Überspannung mindert die Leistung, und jede Anspannung nicht benötigter Muskulatur geht als Kraft für die einzusetzenden Muskeln verloren. Man muß wissen, daß ein falsch eingesetzter Wille zur Steigerung der Leistung nur allzuleicht, wie paradox es auch klingen mag, eine Verspannung in die Muskulatur bringt. Als Beispiel ziehen wir den Speerwerfer heran. Er muß den Speer aus einem ganz lockeren Schultergelenk heraus werfen. Will er eine bessere Leistung erzwingen, so wird er sich nicht nur selbst verkrampfen, sondern auch sein Schultergelenk verspannen.

Auch der Radrennfahrer braucht anscheinend eine geistige Hygiene und eine entspannte Körpermuskulatur. In der Sendung war zu sehen, wie ein Radler auf einem Standgerät trainiert. Er war mit vielen Leitungsdrähten an einer Apparatur angeschlossen, und an einer Skala konnte er ablesen, wo und wie weit er sich noch verspannt. Zum Erreichen einer inneren Gelassenheit, zum Ausschalten eines verkrampfenden Wollens, sollte der Radler seine Denkrichtung ändern und an ein freudiges Ereignis, an eine schöne Musik, eine blühende Wiese oder anderes Angenehmes denken. Welch ein Zukunftsbild für die Stotterertherapie, wenn der Klient an ähnlicher Apparatur angeschlossen wäre und nun an der Skala ablesen könnte, wie weit er seine Sprechmuskulatur verspannt und sie im Training in die normale Entspannung bringt.

Seelische Gelassenheit und jedes Vermeiden einer muskulären Verspannung sind als Basis einer Höchstleistung anzusehen. Es gilt, diese beim Spitzensportler um jeden Preis zu erzielen. Um von der Überspannung abzukommen, muß der Sportler zunächst einmal die Entspannung trainieren. Dazu eignet sich besonders das »autogene Training« bzw. die konzentrierte Selbstentspannung mit anschließenden Vorsatzformeln. Der Sportler soll lernen und es trainieren, sich auf Anhieb in eine psychische und muskuläre Entspannung versetzen zu können. Sind das nicht aber auch die beiden wichtigsten Bereiche für den jugendlichen Stotterer?

In der Entspannungslage mit Bewußtseinseinengung werden dem Sportler entweder im direkten Kontakt oder per Tonband entsprechende Suggestionen gegeben. Suggestion

kann in diesem Falle einmal das Durchspielen und bildhafte Vorstellen einer Wirklichkeits-situation bedeuten; wir haben es bereits mit »Vorprogrammierung« oder mit »Bildern« be-nannt. Zum nächsten kann dem Sportler als Fremdsuggestion der Siegeswille und die Vor-stellung »Ich schaffe es!« vermittelt werden. Der Wille für eine gute Plazierung bis zum möglichen Sieg kann mit der Fremd- als auch mit der Selbstsuggestion ungemein forciert werden. Es wurde jedoch in der Sendung vor zu großer Eingebung des Siegeswillens ge-warnt, damit der Sportler seine Körperkräfte nicht bis ins Pathologische überfordert.

Wie schon weiter oben angedeutet, liegt im Einsatz des Willens zur Leistung eine gefähr-liche Klippe. Der Wille zum Erfolg darf nicht mit dem Willenseinsatz in die Muskulatur verwechselt werden, um damit eine höhere Leistung zu erzwingen. Das bewirkt gerade das Gegenteil von dem, was man erreichen will. Dieser Vorgang wird an späterer Stelle als Sug-gestionsgesetz der »verwandelten Anstrengung« näher erläutert.

Zur weiteren Forschung der geistigen Hygiene und des Psychodopings im Sportgeschehen haben sich zwei psychologische Institute der Bundesrepublik eingeschaltet. Sicherlich werden wir in naher Zukunft weitere Forschungsergebnisse erfahren, und vielleicht kann davon auch wieder etwas für die Therapie des Stotterns übernommen werden.

Im Anschluß dieser mehr theoretischen Ausführungen können wir einen Beispielfall aus der Praxis bringen. In der Illustrierten »Bunte« (Nr. 5, 28. Februar 1982, S. 28 bis 36) ist unter anderem folgendes zu lesen: »Irene Epple, das Ski-Mädchen, beim mentalen Training zur seelischen und körperlichen Regeneration. Dazu hört sie über Tonband die Stimme eines Psychologen, der ihr Selbstvertrauen einflößt ...« (S. 28 zum Bild). — »Sie nimmt langsam den Kopfhörer ab und atmet tief durch: ‚So, das reicht für heute, ... mein Akku ist jetzt wieder aufgeladen‘« (S. 29). — »Die Psyche des Menschen und sein Wille, etwas zu leisten, das ist es, was Irene Epple selbst fasziniert. Was sie sich vornimmt, das schafft sie auch. Nicht umsonst gibt es auf ihren Tonbandkassetten für das mentale Siegtraining einen Satz, der Irene Epple mehr bedeutet als alle anderen: ‚Ich kann, was ich will!‘« (S. 36).

Übertragung auf den Stotterer und die Stottertherapie

Es wird im folgenden der Versuch gemacht, die vordem gebrachten Ausführungen auf das Stottergeschehen zu übertragen. Überprüfen wir zunächst, was unter dem Begriff »Psycho-doping« zu verstehen ist. Doping heißt: Gebrauch von pharmazeutischen Präparaten mit dem Ziel der künstlichen sportlichen Leistungssteigerung über das durch Training erreichte Maß hinaus. Die letzten Leistungsreserven werden mobilisiert und die Leistungsgrenze kann nach oben verschoben werden. Unter Psychodoping können wir einerseits eine sport-liche Leistungssteigerung verstehen, die vom rein Psychischen ausgeht, ohne Verabrei-chung von antreibenden Substanzen. Andererseits können wir darunter auch eine Festi-gung der begleitenden positiven psychischen Vorgänge verstehen, die auf suggestiven Ein-gebungen und autosuggestiven Vorstellungen beruhen und des Psychopharmakons ent-behren. Nach den gebrachten Ausführungen können wir entnehmen, daß das Psycho-doping ein Verfahren ist, dem weitgehend Fremd- und Selbstsuggestion zugrunde liegt. Mit der psychischen Leistungssteigerung werden vor allem der Wille zum Sieg, das Selbst-vertrauen in die eigene Leistung und die Sicherheit des Könnens gestärkt.

Alle Bemühungen in den verschiedenen Behandlungsrichtungen des Stotterns haben letzt-endlich das Ziel, dem Stotternden Sprechsicherheit zu geben. Das sind indirekte Verfahren, die zum Ziel vorstoßen. Als direktes Verfahren könnte man das Psychodoping ansehen. Gerade der ältere Stotterer hat bitter nötig, daß er psychisch gefestigt wird, daß er sein volles Selbstvertrauen und seine Selbstsicherheit zurückerhält. In der Sprechsicherheit liegt die Überzeugung, der Glaube, die suggestive Vorstellung des Könnens. Als gegebene Konsequenz können oder müßten wir sogar die Suggestionstherapie mit in das Behand-lungsprogramm des Stotternden hineinnehmen bzw. ihn damit vertraut machen. Ein Sicher-

heitstraining per Suggestionsformeln würde die Behandlung wesentlich vereinfachen und verkürzen.

Nehmen wir nun den Begriff »geistige Hygiene« wahr. Wer hätte sie wohl nötiger als der jugendliche Stotterer? Im engeren Sinne umfaßt die geistige Hygiene eine Änderung der bisherigen Denkweise. Ließen die Gedankengänge zu einem Sprachvorhaben bisher in die negative Richtung, wie etwa: »Es ist schwer!« oder: »Ich kann nicht!«, so müssen sie in positive Gedanken des Könnens und der Zuversicht umgepolt werden. Geistige Hygiene heißt für den Stotterer, eine Kontrolltätigkeit über seine Gedanken und Vorstellungen auszuüben, dergestalt, daß er negative Gedanken zurückweist und sie nicht noch hochzüchtet, wie bisher meist geschehen. Noch wichtiger für den Stotterer als den Sportler im geistig-seelischen Bereich ist das Erlangen der inneren Gelassenheit und hier ganz besonders einer psychischen Ruhe. Er darf sich nicht so leicht in eine Erregung bringen lassen, denn diese leitet immer den Stotterakt ein.

Als nächster neuer Begriff ist die »psychische Vorprogrammierung« genannt worden, ein Verfahren, das in die Stottererbehandlung Eingang finden müßte. Wohl die meisten älteren Stotterer kennen Sprechsituationen, vor denen sie besonders unsicher sind oder Sprechangst haben. Gerade hier könnte die Vorprogrammierung der entsprechenden Situation, das suggestive »Bildern«, außerordentlich wirksam werden. Das Bildern ist für den Stotternden ein Therapiezweig, den er nach kurzer Anleitung des Therapeuten selbst durchführen kann. Die Erfolge damit können erstaunlich sein, worüber an späterer Stelle berichtet wird.

Zur bildhaften Vorstellung wurde in jener Sendung als Beispiel der Marathonläufer herangezogen. Hier bewirkte die bloße suggestive Einbildung einen erneuten Kräftezuwachs. Wäre es nicht für den Stotterer das einfachste Verfahren, sich vorzustellen und einzubilden: »Ich kann flüssig sprechen!« Als Gesamtkomplex, ohne vorherige Sprachübungsbehandlung und zusätzliche psychotherapeutische Betreuung, wird das allerdings kaum realisierbar sein. Jedoch eine bestimmte Einzelsituation kann er sehr wohl mit formelhaften Vorsatzbildungen angehen.

Wir kommen zum Thema der Muskelentspannung, auf die im Sport außerordentlicher Wert gelegt wird. Ist für die Therapie des Stotterns auch schon überall diese Erkenntnis gezogen worden? Der Stotterer müht sich ab, mit verspannter oder gar verkrampfter Sprechmuskulatur das Sprechen zu erzwingen. Es braucht hier nicht weiter erörtert zu werden, daß die zum Sprechen benötigte Muskulatur zur dauerhaften Entspannung zurückgeführt werden muß. Das kann aber nur mit einem Übungstraining erfolgen. Von einigen Therapeuten wird jedoch die Übungsbehandlung abgelehnt.

Im Thema der Muskelspannung wurde der falsche Willenseinsatz angeführt. Das typischste Beispiel dafür bietet wohl der Stotterer. Er will flüssig sprechen und schaltet den Willen ein. Um die Sprechleistung zu erzwingen, holt er Muskelkraft herbei, er strengt sich an und verkrampft damit völlig die Sprechmuskulatur. Der Sprechwille, in diese falsche Richtung gelenkt, führt immer zur Verkrampfung der Sprechmuskeln, die den normalen lockeren Sprechvorgang nicht mehr möglich machen. Der Wille, flüssig zu sprechen, ist wohl immer gegeben. Er kann jedoch niemals dann befehlswirksam werden, wenn sich zwischen Sprechabsicht und Sprechbeginn als Assoziation Sprechunsicherheit oder die Einbildung des Nichtkönnens schiebt. Es gilt, diese negativen Kräfte abzubauen und auszuschalten. Zu erreichen mit einer erleichternden Sprechtechnik und mit Suggestionsformeln, betrieben im Entspannungszustand.

Zur Einbildung im Stottervorgang

Die Einbildung nimmt in den Ursachen zur Auslösung eines Stotteranfalls einen großen Stellenwert ein. Es darf auf die Tatsache hingewiesen werden, daß in vielen Situationen das

gestotterte Sprechen lediglich von der Einbildung des Nichtkönnens bestimmt wird. Wer könnte bestreiten, daß bei älteren stotternden Kindern und besonders bei Jugendlichen ein Großteil ihrer ausgelösten Störungen auf der bloßen Einbildung beruht, vor jener Person oder jenem Personenkreis, in dieser Situation oder unter den gegebenen Umständen nicht sprechen zu können. Wohl die meisten der älteren und dabei echten Stotterer (Stotterer ohne Polterkomponente) sind von Einbildungen betreffs Sprechenkönnen sehr abhängig geworden und lassen sich mitunter von negativen Vorstellungen regelrecht beherrschen. Die Einbildung bzw. die bildhafte Vorstellung, daß die Sprechsituation »schwierig« ist, ist eine Autosuggestion, wie noch näher erörtert wird.

Ursprünglich war beim jüngeren stotternden Kind noch keine Einbildung mit im Spiel. Erst mit der Weiterentwicklung des Stotterns und dem Dazutreten der psychischen negativen Begleitfaktoren stellt sich die Einbildung des Schwierigseins und des Nichtkönnens ein. Aus der tausendfachen Wiederholung des sprachlichen Versagens mußte die ansonst unbekümmerte Sicherheit des Könnens verlorengehen und wurde mehr und mehr von der Sprechunsicherheit verdrängt. Die Sprechunsicherheit aber wird von negativen Gedankengängen genährt: »Es ist schwer, ich werde nicht können!« Wird diese Vorstellung immer wieder festgehalten, so schlägt sie vergleichsweise Wurzeln und wird zur festen Einbildung. Und wenn etwas zur Einbildung geworden ist, so wird diese gedankliche Vorstellung laut Suggestionengesetz sich immer zu verwirklichen suchen.

Jeder ältere Stotterer kennt schwierige Sprechsituationen, vor denen er Sprechangst hat. Der Sprechangst geht die Einbildung voraus, daß das Sprachvorhaben schwierig ist und nicht ohne Störung bewältigt werden kann. Die Einbildung mit der entsprechenden Vorstellung des Nichtkönnens wird deshalb so wirksam und realisiert sich augenblicklich, weil sie sehr emotional geladen ist. Eine bloße Einbildung sind die angeblich »schweren Laute« des älteren Stotternden. Sie erscheinen in ihrer geschriebenen Form, also als Buchstabe, als Bild vor dem geistigen Auge. Es gibt jedoch keine schweren Laute in unserer Sprache. Der Stotterer stößt nach besonderen Vorkommnissen darauf, hält sie in seinem Bewußtsein fest und bildet sich nun ein, daß sie schwer zu sprechen sind. Ganz auf Einbildung beruhend darf die Angst der meisten jugendlichen Stotterer vor dem Telefonieren angesehen werden. An sich müßte telefonieren eine leichte Sprechsituation sein, weil hier kein Blickkontakt aufzunehmen ist.

Zur Einbildung des Stotterers sagt *Preus* (1974, S. 78): »Das Stottern ist so ... rätselhaft, es mag sein, daß es verschwindet, wenn man sich einbildet, daß es nicht existiert.« Dieses Zitat möchten wir ergänzen: Was man sich eingebildet hat, läßt sich auch wieder »ausbilden« bzw. »wegbilden«, es kann langsam verblassen und schließlich »vergessen« werden. Am kürzesten läßt sich eine Einbildung durch eine häufig aufgeworfene Gegenvorstellung verdrängen: »Diese Macht unseres Vorstellungslebens, die der Mensch durch Ausübung einer besonderen Denktätigkeit über sich selbst hat, muß der Stotterer zur Beseitigung seines Übels ausnutzen. Gerade die Heilung dieser Sprachstörung ist ein außerordentlich günstiges Anwendungsgebiet für die Selbstsuggestion, da ja das Sprachleiden, wie wir oben gesehen haben, lediglich auf Einbildung, auf falscher Selbstsuggestion beruht. Wie bei einem Sprachleidenden die Sprachschwierigkeit erst durch die Vorstellung: ‚Ich kann nicht fließend sprechen‘ hervorgebracht wird, so wird, wie ohne weiteres einzusehen ist, die andauernde Gegenvorstellung: ‚Ich habe eine gesunde Sprache‘ auch die entsprechende Wirkung, d.h. eine gesunde Sprache im Gefolge haben« (*Schernius* o. J., S. 18).

Nach diesen Ausführungen wäre wohl ein suggestives Angehen der Einbildungen zum Stottergeschehen begründet. Hätte der jugendliche Stotterer die nötige Motivation, d.h. die erforderliche Beharrlichkeit, so könnte er, wie unser weiter oben genanntes Ski-Mädchen, auch über Tonband ein Psychotraining betreiben. Gerade er hat es dringend nötig, immer

wieder seinen seelischen Akku mit Ruhegebung und Selbstsicherheit und damit abgeleiteter Sprechsicherheit aufzuladen.

Zum Wesen der Suggestion

Es kann im Rahmen dieses Beitrags nicht viel über das Wesen der Suggestion ausgesagt werden. Aber einige wichtige Daten möchten wir doch für den uneingeweihten Leser bringen, soweit es zum Verstehen der bisher gebrachten Ausführungen erforderlich ist.

Unter Suggestion versteht man die Beeinflussung eines Menschen oder ganzer Menschengruppen. In der Werbung, der Propaganda, der Mode und besonders im Krankheitsgeschehen nimmt die Suggestion eine große Bedeutung ein. Dem engeren Wortsinn nach bedeutet Suggestion ein Einflößen von Bewußtseinsinhalten in die tiefere Schicht des Bewußtseins; es wird das Vorhandensein eines Unterbewußtseins (auch Unbewußtes) angenommen. Das Wesentliche der Suggestion liegt darin, daß eine Idee bzw. eine bildhafte Vorstellung die Tendenz hat, sich auf dem Umweg über das Unterbewußtsein zu verwirklichen. Wir unterscheiden eine Fremdsuggestion (Hetero-Suggestion) und die Selbstsuggestion (Autosuggestion).

Die Wirkung der Suggestion geht auf die Macht der Gedanken zurück. Die Gedanken bringen eine überzeugende Idee, eine Vorstellung, die von einem geistigen Bild getragen wird. Es muß nun der Glaube dazutreten, daß die bildhafte Vorstellung der unbedingten Wahrheit entspricht, und dieser Glaube darf durch keine kritischen Gegengedanken zerstört werden. Wenn die bildhaften Vorstellungen zur vollen Überzeugung geworden sind und Eingang in die Psyche gefunden haben, so sprechen wir jetzt von einer »Einbildung«. Das geprägte Wort beinhaltet, daß ihm ein geistiges Bild zugrunde liegt. Wir sprechen mit dem Bild und durch das Bild mit dem Unterbewußtsein.

Zur Umstimmung eines Menschen versteht man als Suggestion die Erweckung einer bestimmten Vorstellung in ihm, die ihn überzeugen, an die er glauben soll. Diese Fremdsuggestion erfolgt meist verbal und ist von gewissen Voraussetzungen, von der Suggestibilität des Empfangenden und von der Kraft der Persönlichkeit des Suggestors abhängig. Die Worte sollen bei der anderen Person eine Emotion hervorrufen und müssen eine bildhafte Vorstellung — das Vorstellungsbild — erwecken. Es ist wichtig zu wissen, daß nur ein emotional getragenes Vorstellungsbild die suggestive Wirkkraft in sich trägt und zur Realisierung drängt. Je größer die affektive Resonanz ist, desto schneller verwirklicht sich die Vorstellung.

Zur Stellung des Glaubens (hier ist nicht der kirchliche Glaube gemeint) innerhalb der Suggestionstheorie schreibt *Lambert* (1936): »Schöpferischer Glaube in dem hier gemeinten Sinn ist die absolute Erfüllung mit einem Gedanken, einer Idee oder einer Vorstellung, so daß dieser Gedanke, diese Idee oder Vorstellung den Menschen völlig beherrscht und durchdringt« (S. 21). — »Ich betone: Alles, was uns seelisch beeinflusst, ist Suggestion; denn in dem Augenblick, in dem wir einer seelischen Beeinflussung unterliegen, wird ein dementsprechender Glaube ausgelöst« (S. 40).

Die Suggestion hat ihre Gesetze. Das erste Gesetz lautet: »Jede Vorstellung, jeder Gedanke, der uns erfüllt, wird Wirklichkeit, wenn die Verwirklichung dieser Vorstellung, dieses Gedankens, menschenmöglich ist.« Das zweite Gesetz lautet: »Wenn Wille und Glaube im Gegensatz zueinander stehen, unterliegt immer und ausnahmslos der Wille; immer siegt der Glaube.« — »Das dritte Gesetz ist das Gesetz der verwandelten Anstrengungen« (aus *Lambert* entnommen, S. 50, 58, 62).

Das erste Gesetz kann mit kurzen Sätzen ergänzt werden: Zum Wesen der Suggestion gehört die Häufung. Wenn uns ein Sachverhalt oft genug vorgetragen wird, an dem wir zunächst zweifeln, so wird er uns schließlich doch zur Überzeugung, wir glauben daran. Wenn ich mir selbst oft genug etwas einrede, so glaube ich schließlich daran und bilde es

mir ein. Je häufiger und intensiver ich eine bestimmte Vorstellung erwecke und als Bild vor das geistige Auge bringe, mit desto mehr Suggestivkraft wird es geladen. »Anklopfen, immer wieder anklopfen!« ist das Geheimnis jeden Erfolges.

Zu diesem ersten Gesetz ließen sich unendlich viele Beispiele, besonders aus der Krankengeschichte bringen. Es ist allgemein bekannt, daß man sich eine Krankheit oder sonstige Beschwerden regelrecht einbilden kann. Ebenso jedoch können verschiedene Krankheitsbilder mit Hilfe der Einbildung zum Verschwinden gebracht werden.

Zum zweiten Gesetz sei erläutert: Der Wille und die Einbildungskraft bzw. der Glaube sind die beiden stärksten psychischen Antriebskräfte, über die der Mensch verfügt. Jedoch sie müssen als geballte Kraft zusammenwirken: »Ich will und ich kann!« Das Kann ist getragen von der Überzeugung, dem Glauben an den Erfolg. Stellt sich jedoch ein Zweifel oder die Furcht zwischen Willen und Glaube des Könnens, so wird die Kraft des Willens gelähmt.

Übertragen wir dies sogleich auf den Stotternden: Er will fließend sprechen! Aber sobald die Einbildung dazutritt und sagt: »Du kannst nicht!«, siegt immer die Einbildungskraft, wie sehr auch der Wille zum Fließendsprechen forciert wird. Der Wille zur Leistung spannt die Muskeln an, und je mehr der Stotterer das Sprechen erzwingen will, desto mehr wird er seine Sprechmuskulatur verkrampfen. »Nicht den Willen müssen Sie steigern, sondern das innere Erleben der Gewißheit des Erfolges. Davon geht eine autosuggestive Gewalt aus, die Sie zwangsläufig mitreißt« (*Fernau-Horn* 1969, S. 234).

Zum Gesetz der verwandelten Anstrengung wird als Beispiel gern der lernende Radfahrer angeführt. Weil er noch sehr unsicher ist, fährt er meisterhaft auf den Stein zu, dem er unbedingt ausweichen will. Er nimmt den Stein ganz in seine Aufmerksamkeitskontrolle, der nun wie ein Magnet wirkt und den Radfahrer an sich zieht. Zur Unsicherheit kam die Furcht mit der bildhaften Vorstellung dazu, den Stein anzufahren. Furcht und Angst sind die größten Konzentrationsmittel, leider für uns im negativen Sinn. Zu unserem Fall des Stotterns ist bei *Lambert* (1936) zu lesen: »Je mehr sich der Stotterer bemüht, fließend zu sprechen, um so mehr wird er stottern. Man stelle sich vor, daß ein junger Angestellter, welcher stottert, zum Chef gerufen wird. Er nimmt sich eisern vor, fließend zu sprechen, muß aber zu seinem Leidwesen feststellen, daß er noch schlechter spricht als gewöhnlich, ja, es kann unter Umständen vorkommen, daß er kaum einen zusammenhängenden Satz herausbringt« (S. 67).

Mit dem zweiten und dritten Suggestionsgesetz finden wir Anschluß an unsere Ausführungen zum Sportgeschehen. Sie erklären, warum der Wille nicht immer die Leistung bringt, die man von ihm erwartet, und daß sogar die Leistung umschlagen kann, wenn Unsicherheit besteht oder sich Furcht vor eventuellem Versagen dazugesellt. Furcht aber ist Glaube an das Schlimme. Für den Stotternden sind diese beiden Suggestionsgesetze von ganz besonderer Bedeutung: Der Vorsatz: »Ich will fließend sprechen!« kann nicht verwirklicht werden, sobald Mißtrauen in die eigene Leistung, Furcht vor Versagen oder Sprechangst dazukommen. Der Vorsatz: »Ich will keine Angst haben!« ist wenig geeignet, sie zu verdrängen, sondern sie wird sich nur noch stärker in das Blickfeld des Bewußtseins schieben.

Es darf wiederholt werden: Suggestion und Autosuggestion beruhen auf Vorstellungsbildern, sie liegen auf der Vorstellungsebene. Jedoch nicht jede Vorstellung ist sogleich bestrebt, sich zu realisieren. Der Sattel wird bei der Anpreisung schmackhafter Speisen kaum Begierde danach haben. Beim Hungrigen dagegen wird bei der Vorstellung einer leckeren Mahlzeit der Speichelfluß angeregt und die Begierde danach groß sein. Es muß also eine innere Bereitschaft zur Verwirklichung des Vorstellungsbildes vorliegen. Der Neurotiker, dem seine Krankheit Gewinn bringt, wird sich zunächst gegen die Vorstellung einer Gesundung sperren. Der Stotternde, der aus unterbewußter Haltung seine gestörte Sprache noch nicht hergeben kann, wird auch nicht bereit sein, eine Suggestionstherapie über eine längere Zeit zu betreiben.

Zur Anwendung der Autosuggestion

Suggestion betreiben heißt, sich selbst oder einer anderen Person einen festen Glauben an ein »Etwas« zu vermitteln, so daß es zur Einbildung wird. Die nötige Vorbedingung für das Wirken einer Suggestion ist ihre Annahme und die Umwandlung in eine Autosuggestion. So ist wohl das Wesentliche eines solchen Behandlungsverfahrens, daß wir annehmbare Vorstellungen von der Heilung vermitteln, die der Patient »nicht mehr lassen« kann, von deren Bild er sich nicht mehr trennen möchte. Das entscheidende Kriterium dieser Behandlung ist also immer, daß man den Kranken zum felsenfesten Glauben an seine Heilung bringt. Ohne diese Einbildung mit dem Vorstellungsbild des Idealzustandes können Suggestionformeln vorerst nicht wirksam werden.

Aus dem eingangs geschilderten Sportgeschehen ist auch ersichtlich geworden, daß man eine Selbstbeeinflussung betreiben kann. Über eine betriebene Autosuggestion können wir zur Einbildung eines erwünschten Könnens gelangen. Im Sport war die Leistungsfähigkeit zu stabilisieren, in unserem Falle ist der Glaube an ein störungsfreies Sprechen zu bringen. Es ist Absicht des Verfassers, darauf hinzuweisen, daß der jugendliche Stotterer mit Hilfe einer Selbstbeeinflussung sehr erfolgreich in die Beseitigung seiner Sprachstörung eingreifen kann. Wenn er sich selbst umstimmen will, sich das störungsfreie Sprechen selbst einreden bzw. einbilden will, bedarf es allerdings eines längeren durchlaufenden autosuggestiven Formeltrainings. Man kann das Stottern jedoch nicht direkt in seiner Gesamtstruktur angreifen, sondern der Komplex Stottern muß in Teilstücke zerlegt werden, und diese nun einzelnen Bilder des gewünschten Verhaltens lassen sich kontinuierlich mit dem Formeltraining oder mit dem Bildern erobern.

Mit der »bildhaften Vorstellung« ist uns eine Möglichkeit gegeben, die weit außerhalb der üblichen Stottertherapie liegt. Dieses bisher wenig angewandte Verfahren bringt dem Stotterer eine ganz speziell zugeschnittene Hilfe zur Bewältigung angeblich schwieriger Sprechsituationen. Gegen das negative Vorstellungsbild wirkt das positive, das gewünschte Bild. Wird es dauerhaft vor Augen geführt, so gewinnt es die suggestive Wirkkraft. Je plastischer es vor dem geistigen Auge erscheint, desto eher nimmt es konkrete Gestalt an und strebt zur Verwirklichung. Hat man es häufig genug vor Augen geführt, so glaubt man zuletzt in der betreffenden Situation bereits gewesen zu sein und verliert infolgedessen jegliche Scheu oder Angst davor. So kann man jede beliebige Sprechsituation im Geiste durcharbeiten und sich dadurch in den Stand versetzen, sie in der Wirklichkeit sprachlich zu beherrschen.

Eine absichtliche Selbstbeeinflussung unterstellender Art funktioniert merkwürdigerweise auch trotz kritischen Gegenwissens. So wirkt es beruhigend, sich vorwegnehmend vorzustellen und wiederholt formelhaft vorzusprechen, daß man ganz ruhig ist, obwohl man nebenher selbstkritisch weiß, daß man im Augenblick durchaus noch nicht ruhig ist. Das ist besonders für den Stotternden ein sehr gutes Rezept, der vor einem Sprachvorhaben erregt ist. Nach diesem Sich-selbst-Zusprechen wird er ruhiger, und nach häufigerer Wiederholung schleift sich dieses Ruhetraining immer mehr ein.

Die Anwendung der Autosuggestion bietet sich dem jugendlichen Stotternden zur Umwandlung seiner negativen Vorstellungswelt direkt an. Sie ist jedoch nur als Zusatztherapie, als integrierter Teil einer Komplexbehandlung zu empfehlen. Es ist erstaunlich, daß sie noch nicht mehr Eingang in die Behandlung des Stotterns gefunden und den Platz eingenommen hat, den sie ihrer Wirksamkeit gemäß einnehmen müßte. Die Suggestionstherapie mit ihren Vorsatzformeln könnte der Transfer werden, den wir so dringend benötigen und nach dem wir suchen, um das gute Sprechen aus dem Therapiezimmer in das Alltagsprechen zu übernehmen. Das eigentliche Problem einer Behandlung besteht ja wohl darin, das flüssige Sprechen im Therapiezimmer über eine längere Zeit zu erhalten und es auch im Alltag anzuwenden.

Eine Suggestionstherapie ist besonders dann erfolgreich, wenn ein eingeschliffenes Symptom überdauert, ohne noch einen wesentlichen dynamischen Hintergrund zu haben. In unserem Fall des Stotterns würde dies heißen: Wenn kein psychisches Arrangement mehr hinter der Symptomatik steht, kann eine betriebene Suggestionstherapie, im Verein mit der Übungsbehandlung zur erleichternden Sprechweise, die Symptome in kürzerer Zeit zum Verschwinden bringen. Muß aber der jugendliche Stotterer an seiner Sprachstörung festhalten, sei es aus einer neurotischen Veranlagung oder sei es, daß er ein gestörtes Sprechen zur eigenen Entschuldigung für sein Lebensversagen noch braucht, so verpuffen die Suggestionen; das Unterbewußtsein wehrt sich, die Symptomatik herzugeben.

Auch aus einem anderen Grund wird der Stotterer die begleitende Suggestionstherapie nicht aufnehmen wollen. Sie ist ein Langzeitprogramm, das über mehrere Monate konsequent durchgeführt werden muß. Der Stotternde mit geringer Motivation wird nicht die Ausdauer aufbringen, schrittweise die Suggestionen so lange zu häufen, bis sie sich jeweils realisiert haben. Darin liegt die Hauptschwierigkeit dieses Verfahrens zur Reduzierung des Stotterns.

Suggestion in der Heilanzwendung

Die Heilung von Krankheiten mittels Suggestion, besonders solchen, die auf psychischen oder funktionellen Störungen beruhen, ist uralt. Mag die Suggestionstherapie in unserer heutigen Gelehrsamkeit primitiv erscheinen, so ist dennoch nicht zu leugnen, daß ihr eine große Heilkraft innewohnt. Bei funktionellen Störungen, denen also keine organischen Ursachen zugrunde liegen, können frappierende Erfolge zu verzeichnen sein. In den Büchern über Suggestionenanzwendung (siehe Literatur) werden Beispiele von fast unglaublichen Heilungen gebracht. Die vulgäre Suggestionstherapie im Sinne *Coués* hat in den zwanziger Jahren viel von sich hören gemacht. Dann allerdings hat sie an Ansehen verloren, und es ist um sie still geworden.

Wie es scheint, kommt die Suggestionenanzwendung in der Gegenwart nicht nur im Sportgeschehen, sondern auch wieder zur Behandlung von Krankheiten zu neuem Ansehen. In der Schweiz ist zum Beispiel die *Coué-Gesellschaft* zu neuem Leben erblüht. Sie gibt eine eigene Zeitschrift mit dem Titel »Autosuggestion« heraus. Man greift wohl immer wieder auf das alte, sehr Bewährte zurück. Noch vor 30 Jahren fanden wir in der gesamten deutschsprachigen medizinischen Literatur nur sporadische Bemerkungen über die dreitausend Jahre alte Akupunktur; heute ist sie in der Bundesrepublik ein weit verbreitetes Behandlungsverfahren geworden. Als erster Autor unseres Faches der Sprachheilpädagogik/Logopädie hat *Brankel* (1955, S. 168) über Versuche mit der Akupunktur bei Stotternern berichtet. Warum sollte nun nicht auch wieder die Suggestionstherapie verstärkten Eingang in die Behandlung der Stotterer finden?

Es darf nicht verwundern, daß die Suggestionenwirksamkeit von jeher auch in der Medizin Berücksichtigung und Anwendung gefunden hat. Hier wird die Hauptkraft der Suggestion, nämlich die Einbildung, nach beiden Polen ganz besonders beachtet. Jeder Arzt ist in seinen Bemerkungen dem Kranken gegenüber sehr vorsichtig, um in ihm keine negative Autosuggestion, also keine falsche Vorstellung seines Krankheitszustandes auszulösen. Wiederum setzt man die Einbildungskraft des Kranken bewußt zu positiven Vorstellungen ein. Ein gütiger und verheißungsvoller Zuspruch des Arztes kann im Kranken hoffnungsvolle Vorstellungen erwecken und den Glauben an die Heilung bzw. Besserung bringen. Glaube aber, das wissen wir bereits, ist schöpferische Kraft.

Wie die Einbildungskraft bewußt in die Medizin eingesetzt wird, wurde uns in der Sendung der ARD am 16. April 1981 um 21.45 Uhr demonstriert. Es wurde über die »Placebo-Wirkung« in Kliniken berichtet. Placebos sind Leertabletten ohne Wirkungsanteil. Nachdem die Kranken eine Zeitlang mit wirkungsvollen Tabletten behandelt worden sind und einen guten

Heilerfolg gebracht haben, werden nun Placebos eingesetzt, wovon der Kranke natürlich nichts wissen darf. Bei den meisten Patienten bringen diese Leertabletten erstaunlicherweise dieselbe Wirkung wie die echten Tabletten. Man hat auch Versuche gemacht, daß sogleich Placebos ausgegeben wurden mit der suggestiven Zusicherung, daß dies das einzig helfende oder das wirksamste Medikament für diese Beschwerden sei. Es ist für uns nun nicht mehr geheimnisvoll, daß diese Leermedikamente mitunter gute Heilwirkungen erzielt haben. Man hat beweisen können, daß 30 Prozent der Menschen sicher und weitere 40 Prozent angedeutet auf ein in gutem Ruf stehendes Medikament, das aber ein Placebo ist, positiv reagieren. In der obigen Fernsehsendung wurden die Wörter Suggestion und Autosuggestion vermieden und nur von einem Placebo-Effekt gesprochen. Es ist aber immer die Einbildung, der Glaube an die Heilwirkung des Präparats, der einen Erfolg bringen kann.

Die Einbeziehung einer Suggestionstherapie als integrierter Teil der Stotterbehandlung haben schon in früheren Jahren viele Sprachheilbehandler als wichtig erkannt und sie in ihre Methode eingebaut. Nehmen wir zunächst einen Rückblick in die Vergangenheit und führen einige Namen an: Jens *Schernius* (o. J.) sieht den Schwerpunkt der Heilungsarbeit neben einer Übungsbehandlung hauptsächlich in der Suggestionstherapie. In seiner kleinen Schrift will er den Stotterer lehren, sich durch Anwendung der Autosuggestion mit Vorsatzformeln eine flüssige Sprache zu suggerieren. Er führt an, daß er sich selbst durch diese Methode in einigen Wochen (?) von seinem 18jährigen Stottern befreit hat. *Grebe* (1927) beschreibt in seinem Buch, wie er Stotterer mit Suggestionsformeln nach einer hypnotischen Einschläferung geheilt hat. *Trömner* (1929, S. 48) referiert: »Von diesem Standpunkt aus, daß die Grundlage des Stotterns im wesentlichen Autosuggestionen und Angst sind, liegt nichts näher als der Gedanke, das Stottern auf direkt suggestivem Wege anzugreifen.« *Gehricke* (1937) mißt in seinem sehr lesenswerten Büchlein der Autosuggestion größte Bedeutung bei. Er war selbst Stotterer und hat sich nach seiner eigenen Methode nach einjährigem Üben von seinem Sprachleiden vollständig befreien können.

Der bisher berühmteste Suggestor ist zweifellos Emile *Coué* aus Nancy in Frankreich. In seinem Buch (1937) findet sich folgendes Dankschreiben: »Der tägliche Anblick Ihrer Klinik, in der die Kranken Gesundheit, Lebensmut und Lebensfreude wiedererlangten, wirkte auf mich wie eine Offenbarung. Besonders tiefen Eindruck machte mir Ihre Heilbehandlung von Stotterern, denn ich selbst hatte sie meist durch Monate ohne Erfolg behandelt und war aufs tiefste erstaunt, da ich sie, wie durch ein Wunder, deutlich und mühelos artikulieren hörte. Und das erwies sich als dauerhaft, denn ich sprach mit ihnen, als Sie nicht mehr da waren, in der Meinung, sie würden wieder rückfällig werden, aber sie sprechen weiter fehlerlos. Dr. C..., New-York« (S. 86).

Wenden wir uns jetzt der neueren Zeit zu. Hier sind zuerst zwei anerkannte Größen unseres Faches zu nennen, die die Suggestionstherapie mit in ihr Behandlungsprogramm aufgenommen haben. Bei *Fernau-Horn* (1969) können wir lesen: »Die einzige Möglichkeit, die negative Vorstellung (des Nichtkönnens, E. R.) auszuschalten, besteht darin, daß an ihre Stelle eine positive Vorstellung des sicher gelingenden Sprechablaufs in die Seele hineingebildet wird« (S. 188). — »Der Sinn dieses gedanklichen Trainings, wie immer man es bezeichnen will, ist also der, an die Stelle einer lebhaften, bildmäßigen Vergegenwärtigung des Versagens eine solche des selbstverständlichen Gelingens zu setzen, denn, wie wiederum *Heyer* sagt: ‚Gegen Bild wirkt nur Gegenbild‘« (S. 234).

Anton *Schilling* (1965) referiert zu diesem Thema: »Die formelhaften Vorsatzbildungen werden in das autogene Training eingebaut, sobald die gelöste Aufnahmebereitschaft, der leichte hypnoide Zustand einen gewissen Grad erreicht hat. Unter diesen Voraussetzungen wirken sie bei regelmäßigem Wiederholen ähnlich wie posthypnotische Befehle. Die Vorsatzformel fällt dann ‚in die Tiefe‘, sie wird in dem konzentrativ versenkten Zustand so

intensiv assimiliert, daß sie ... ihre Wirksamkeit entfaltet. Ich rechne damit, daß eine geeignete Formel etwa zwei bis drei Wochen braucht, um wirksam zu werden« (S. 418).

Auch im verhaltenstherapeutischen Ansatz geht man auf das »Bildern« der Suggestionstherapie zurück. *Wendlandt* (1972) spricht von einer »Vorstellungs-Ebene«, in der sich der Patient den gewünschten Zustand einer sprachlichen Situation intensiv gedanklich zu vergegenwärtigen und ihn nun aber mit Worten auszufüllen bzw. zu beschreiben hat: »Eine Verbalisierung dieser Art stellt für den Patienten jeweils eine ‚Selbst-Überzeugungs-Situation‘ dar, deren positiver therapeutischer Wert in der antizipatorischen Bewältigung der kritischen Sprechsituation zu sehen ist« (S. 63). Hier wird mit anderen Worten gesprochen: Die Vorstellungsebene entspricht unserem Bildern, und Selbstüberzeugung ist eine Umschreibung unseres festen Glaubens an ein Etwas.

Der Verfasser dieses Beitrages hat der Autosuggestion zu seiner eigenen Heilung vom langjährigen Stotterleiden sicherlich viel zu verdanken. Allerdings war ich in der Anwendung der Autosuggestionen sehr konsequent und beharrlich. Neben dem »Bildern« in Tagträumen betrieb ich weit über ein Jahr lang das Formeltraining. Morgens sofort nach dem Erwachen und abends vor dem Einschlafen, wenn noch bzw. schon ein Müdigkeitsgrad vorhanden ist, sprach ich mir halblaut bestimmte Formeln zu, angezählt an einer Schnur mit 20 Knoten. Später, in meinem Beruf als Sprachtherapeut, habe ich leider die Erfahrung machen müssen, daß von meinen vielen jugendlichen Klienten nicht einer die Beharrlichkeit und Geduld aufgebracht hat, die Autosuggestion in Verbindung mit einem Entspannungstraining über eine längere Zeit zu betreiben. In einem Beitrag (*E. Richter* 1976) habe ich bemängelt, daß es um die Motivation des jugendlichen Stotterers zu seiner Heilungsarbeit schlecht bestellt ist.

Literatur

- Baudouin, Ch.: Suggestion und Autosuggestion. (Deutsch von P. Amann), Dresden 1922, neu verlegt in Basel 1972.
- Brankel, O.: Versuch einer pathophysiologischen Gesamtschau des Stotterns. *Folia phoniatica* 7 (1955), S. 153—171.
- Brauchle, A.: Hypnose und Autosuggestion. Leipzig 1937, 6. Aufl.
- Coué, E.: Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion. (Deutsch von P. Amann), Basel 1937, neu verlegt in Basel 1977.
- Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1973, 2. Aufl.
- Gehricke, J.: Das Stottern und seine Heilung. Radolfzell 1937.
- Grebe, O.: Die funktionellen Sprachstörungen und ihre Behandlung in der Hypnose. Halle (Saale) 1927.
- Lambert, F.: Suggestion als Waffe im Lebenskampfe. Dresden-Radebeul 1936, 4. Aufl., neu verlegt in Basel 1977.
- Lebzelter, G.: Angstzustände und deren Überwindung. Coué wiederentdeckt. Graz 1975, 3. Aufl.
- Preus, A.: Prinzipien der Stottertherapie nach Van Riper. *Die Sprachheilarbeit* 19 (1974), S. 69—85.
- Richter, E.: Die Problematik des jugendlichen Stotterers. *Ztschr. für Heilpädagogik* 27 (1976), S. 736—746.
- Richter, E.: Wenn ein Kind anfängt zu stottern. Ratgeber für Eltern und Erzieher. München 1981.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg 1979.
- Schernius, J.: Meine Selbstheilung von achtzehnjährigen Sprachstörungen. Berlin o. J.
- Schilling, A.: Die Behandlung des Stotterns. *Folia phoniatica* 17 (1965), S. 365—458.
- Trömner, E.: Das Stottern, die Zwangsneurose. In: Bericht 2. Vers. Dtsch. Ges. Sprach- u. Stimmheilkd. Leipzig 1929. S. 32—53.
- Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin-Charlottenburg 1972.
- Wertenbroch, W.: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns nach der Methode von Erwin Richter. Hamburg 1978.

Anschrift des Verfassers:

Erwin Richter, Sprachtherapeut, Straße der Jugend 12, DDR-7543 Lübbenau.

Gerd Jacobsen, Hamburg

Hilfe für Stotternde — entstanden aus einer Selbsthilfe —

Zusammenfassung

Dieser Beitrag über eine Stottertherapie beschreibt die Möglichkeit, mit Hilfe verschiedener Maßnahmen, die hauptsächlich bei den körperlichen und sprechmotorischen Symptomen des Stotterers ansetzen, aber dabei auch die seelischen Faktoren berücksichtigen, die individuellen Sprechschwierigkeiten der Betroffenen unter Kontrolle zu bringen. Es wird ein Katalog von in der Praxis erprobten Therapieschritten aufgestellt. Die dargestellte Therapie hat ihre Wurzel in der koordinierten Artikulationsmethode von Courtney *Stromsta*, die jedoch wesentlich verändert und erweitert wurde.

1. Einleitung

Dieser Beitrag ist eine Schilderung über die Bemühungen des Autors, sein eigenes Stottern und das Stottern von Jugendlichen zu überwinden. Der Bericht ist in einzelne Gliederungspunkte unterteilt, die zusammen gesehen ein Therapiekonzept für Jugendliche und Erwachsene ergeben. Das Ziel der geschilderten Konzeption ist nicht vollkommene Heilung vom Stottern, sondern eine weitgehende »Kontrolle des Stotterns« und damit Milderung und Besserung.

2. Die Basis der Therapie

Grundlage des Therapiekonzepts ist die »koordinierte Artikulationsmethode« von Courtney *Stromsta* (Verfahren, Lautverbindungen vorzubereiten und dann zu sprechen). Er hat über sein Konzept kaum Veröffentlichungen herausgegeben (vgl. Literaturverzeichnis). Eine genaue und umfangreiche Schilderung von *Stromstas* Gedanken und deren Abgrenzung von den therapeutischen Maßnahmen des Autors würde den Rahmen des Beitrages sprengen. Deshalb ist hier nur die Konzeption des Verfassers dargestellt, die Gedanken *Stromstas* modifiziert und mit Erfahrungen aus eigenen Therapieübungen verbindet. (Näheres über *Stromstas* koordiniertes Artikulationskonzept kann beim Verfasser angefordert werden.)

3. Die Therapieschritte zur Kontrolle des Stotterns

Das Programm in dem hier beschriebenen Umfang ist nur für Jugendliche und Erwachsene geeignet, die psychisch in der Lage und bereit sind, an ihrem Stottern zu arbeiten.

3.1. Motivation für die Therapie

Am Anfang der Therapie steht ein Gespräch, durch das die Stotternden für die Arbeit an ihrem eigenen Sprechen motiviert werden sollen. Eine Möglichkeit dafür liegt darin, einen Vergleich zwischen dem Erlernen des fließenden Sprechens und dem Erlernen der Bewegungen für die Ausübung einer Sportart zu ziehen. Ein Sportler bemüht sich, die Bewegungsabläufe, die zu einer Sportart gehören, möglichst präzise und fließend zu erlernen, da Fehlbewegungen die Flüssigkeit und Reinheit der Aktionen beeinträchtigen würden. Während der Erlernungsphase helfen sich Sportler häufig auch mit einer Verlangsamung und deutlichen Ausformung der einzuprägenden Bewegungsabläufe. Fortschritte werden durch das Sammeln eigener Körpererfahrungen, durch das Erlangen von Informationen über die auszuführenden Bewegungen sowie durch die Korrektur der Aktionen durch den Trainer erreicht.

Die Parallele zum Sprechen wird deutlich, wenn man sich bewußtmacht, daß auch die Artikulation durch Bewegungsabläufe vollbracht wird. Auch während anderer Therapiephasen

ist eine Parallele zum Sport möglich, um die Inhalte der Therapieabschnitte zu verdeutlichen oder eine Motivation für die Therapieabschnitte zu erlangen.

In dieser Therapiephase wird auch der Einsatz eines Übungshelfers zur Erweiterung der Trainingsmöglichkeiten vorgeschlagen. Die Stotternden sollen sich für dieses Amt eine Person aussuchen, zu der sie großes Vertrauen haben, so daß sie mit ihr die in der Therapie durchgeführten Übungen noch einmal durchsprechen und trainieren können.

3.2. Eine Aufnahme der Sprache der Stotterer auf Tonband zu Beginn der Therapie

Die Fixierung der Sprache auf einem Tonband zu Beginn der Therapie ermöglicht, die Anfangssymptomatik festzuhalten, um sie sich später in die Erinnerung zurückrufen zu können. Durch spätere Aufnahmen der Sprache und das Abhören der Bänder haben die Stotternden und der Therapeut die Möglichkeit, die Häufigkeit der flüssigen Gesprächsanteile zu vergleichen. So erhalten sie Auskunft über die Art und den Umfang der Fortschritte während der Therapie.

3.3. Das Kennenlernen von Anspannung und Entspannung

Die Arbeit mit Stotternden hat gezeigt, daß eines der Hauptprobleme, die mit dem Stottern zusammenhängen, die enormen Verspannungen des gesamten Körpers, insbesondere auch der Artikulationsbereiche, sind. Der Stotterer muß also dafür sensibilisiert werden, die Stellen, an denen Spannungen auftreten, zu fühlen. Weiterhin muß die Fähigkeit trainiert werden, Spannungen zurückzunehmen und einen Vergleich zwischen Gefühlen der Spannung und Entspannung vorzunehmen.

Dazu erscheint ein Entspannungstraining geeignet, welches folgende Punkte beinhaltet:

- Erzeugung von Spannungs- und Entspannungsempfindungen im Wechsel,
- Konzentration auf die Spannungsverhältnisse des gesamten Körpers wie auch auf einzelne Körperteile (wie Beine, Arme, Hände, Hals, Mund, Bauch ...),
- Wechsel zwischen hartem gestottertem Stimmeinsatz und weichem Stimmeinsatz bei der Vokalbildung,
- längere Entspannungsphasen zur Normalisierung der Atmung und zur Konzentration auf die Artikulationsabläufe (beispielsweise durch pantomimische Bildung der Zahlen von eins bis zehn).

So erhält der Stotterer Körpererfahrungen, die ihn befähigen, sich vor einem zu führenden Gespräch oder während eines Gesprächs (insbesondere während einer Stotterphase) zu entspannen, um dem Stottern vorzubeugen oder um das »flüssige Sprechen« nach Beendigung eines Symptoms vorzubereiten. In einigen Fällen erreichte ein solches Entspannungstraining eine Richtigestellung der Atemabläufe, ohne daß der Therapeut gesondert auf den Atemvorgang hinweisen mußte. Weiterhin bereiten einige Entspannungsübungen den weichen Ansatz von Lauten, insbesondere aber auch den weichen Einsatz der Stimme bei Wörtern mit Vokalanfang vor.

Das Training wird nach einiger Zeit von den Stotternden begleitend zu den Therapiesitzungen auch im Hause mit Hilfe einer Kassette durchgeführt.

3.4. Symptomwahrnehmungsübungen

Die Übungen zur Symptomwahrnehmung sollen bewirken, daß der Stotternde sein Stottern erforscht. Durch Nachbildung der eigenen primären Stottersymptome spürt er die Verspannungen, die während des Stotterns auftreten (vgl. *Wendlandts* Symptomwahrnehmungsübungen). Danach bildet er den eben gestotterten Laut entspannt nach, so daß er nach und nach für den Unterschied zwischen verspannter und entspannter Artikulation Sensibilität entwickelt.

Die erweiterten Wahrnehmungsübungen (Nachahmung des Stotterns und entspannte Bildung

der Laute) bewirken eine Übertragung der bereits erlernten allgemeinen Körperkontrolle auf die schwierigen Laute.

Weiterhin wird durch das Training der entspannten, weichen Artikulation der für die Ko-Artikulationsmethode wichtige weiche Ansatz von Lauten geübt.

Das Beobachten der Sekundärsymptomatik rundet die Symptomwahrnehmungsübungen ab. Dabei werden Füllwörter und Füllsätze notiert und deren Wirkung analysiert. Gruppenmitglieder beobachten und beschreiben die Mitbewegungen. Hierbei könnte auch eine Videoanlage eine große Bedeutung haben, da der Stotterer die Sekundärsymptomatik nach Beendigung des Redeflusses auf dem Bildschirm beobachten und analysieren kann. Das Vermindern oder Abstellen der Mitbewegungen und Grimassierungen wird durch das Entspannungstraining erreicht, da es dem Stotterer die Spannungsabläufe in seinem Körper transparent werden läßt und er somit nach und nach lernt, seinen Körper zu beherrschen.

Die Benutzung der Füllwörter und Füllsätze verliert ihre Bedeutung als »Zeitgewinner« und »Klippenumsegler«, wenn der Stotterer spürt, daß die Ko-Artikulationsmethode ihm bei der Aussprache der schwierigen Wörter hilft.

3.5. Pausen aushalten

Mit dem Stottern ist immer auch eine zeitliche Verzögerung verbunden. Die Übungen zum Pausenaushalten härten den Stotternden gegen das Hastgefühl ab, das er während des Stotterns empfindet. Gleichzeitig fördert die bewußte Unterbrechung des Redeflusses die Bereitschaft, die Stottersymptome abzubauen oder eine Pause im Sprechvorgang zu machen, um sich im Sinne der Ko-Artikulationsmethode auf das Aussprechen eines schwierigen Wortes vorzubereiten.

Die therapeutische Vorgehensweise richtet sich nach dem Störungsbild des zu behandelnden Stotterers. Es hat sich als sinnvoll herausgestellt, die Übungen bei mündlichen Äußerungen zu beginnen, die dem Stotterer am leichtesten fallen (z. B. zuerst Vorlesen und danach freies Sprechen oder umgekehrt). Nach jedem Wort sagt ein Gruppenmitglied leise: »Eins — zwei«. Dadurch bekommt der Stotterer die notwendigen Impulse für die Unterbrechung bzw. die Fortsetzung des Redeflusses. Nach einigen Versuchen erhält der Zähler die Anweisung, zunächst zu zählen, dann aber mit dem geflüsterten Zählen aufzuhören. Der Stotterer soll nun versuchen, das Tempo eigenständig zu halten.

Beim nächsten Schritt wird der Wechsel zwischen schnellem und langsamem Sprechtempo geübt. Als anfängliche Hilfe kann eine Kenntlichmachung der langsamen Passagen durch die Vereinbarung eines Handzeichens oder durch das Unterstreichen einiger Textteile erfolgen.

Nachdem die Technik des »Pausenaushaltens« auch bei mündlichen Äußerungen geübt worden ist, die dem Stotterer schwerer fallen, werden jetzt Situationshierarchien erarbeitet, die die Anwendung des Gelernten in Sprechsituationen außerhalb des Therapieraumes vorbereiten. Eventuell notwendige Durchführungserleichterungen für die Stotterer liegen in dem Vormachen der Übung durch den Therapeuten, in der Herabsetzung der Pausenlänge und in der Reduzierung der Anwendung auf kurze Gesprächsteile.

Der nächste Therapieabschnitt besteht in der bewußten Unterbrechung des Redeflusses bei der Befürchtung, stottern zu müssen, oder während des Stotterns. Diese Maßnahme hilft einigen Schülern schon, die Symptommhäufigkeit bzw. -schwere herabzusetzen.

3.6. Die Ko-Artikulationsmethode (theoretischer Teil)

Artikulatorisches Stottern ist ein »Stehenbleiben« auf einem Laut oder einer Lautverbindung. Der Stotterer macht nicht die für das Aussprechen der Lautverbindung notwendige Artikulationsbewegung. Er bringt entweder keine hervor, oder er »geht in die falsche Richtung«.

Die Ko-Artikulationsmethode basiert nun darauf, dem Stotterer die für die zu sprechende Lautkombination notwendige Artikulationsbewegung und Phonation bewußtzumachen und einzuüben.

Wenn ein Wort »Tor« mit Konsonantenbeginn ausgesprochen werden soll, wird der erste Vokal im Wort gesucht. Diesen phoniert der Sprecher zur Vorbereitung auf die auszuführende Artikulationsbewegung mit weichem Stimmeinsatz und deutlich ausgeprägter Mundstellung. Er bildet dann den ersten Laut weich an und läßt ihn in einer starken und kräftigen Bewegung in den Vokal hinübergleiten.

»Tor«

Bei der Vorbereitung der Bewegungsrichtung, also der Phonation des Vokals, muß man zwischen den Artikulationsweisen von offenen und geschlossenen Vokalen, Umlauten und von Diphthongen unterscheiden. Treten Konsonantenverbindungen am Anfang des Wortes auf, z. B. »Grube«, so ist auch der erste Vokal des Wortes (/u:/) für die Bewegungsrichtung entscheidend. Bei Wörtern mit Vokalbeginn wird der Anfangsvokal mit weichem Einsatz vorgebildet, um die Bewegungsrichtung in den betreffenden Vokal zu spüren (/a:/).

Das Wort »aber« wird danach mit dem weichen Einsatz der Phonation (vergleichbar mit einem sanften Stöhnen) begonnen. Die hinzukommende Bewegung des Mundes in die Vokalstellung läßt den Vokal erklingen. Der Rest des Wortes folgt unmittelbar. In der koordinierten Artikulationsmethode *Stromstas* wird immer der zweite Laut eines Wortes berücksichtigt (mal, grün, aber; vgl. *Krifka* 1980, S. 7, *Richter* 1980, S. 11 f.).

Die Beobachtung des Autors bei sich selbst und bei anderen stotternden Jugendlichen zeigte ihm, daß bei fast allen fortgeschrittenen Stotterern Doppelkonsonanten als »Laut-einheit« gestottert werden. Außerdem beinhaltet die Bewegung in den Vokal die stärkere Ausprägungsmöglichkeit der Artikulationsbewegung als der Übergang zwischen zwei Konsonanten. Bei Wörtern mit Vokalbildung stellte sich heraus, daß die Symptomatik des schweren Stotterns nicht in dem Übergang zwischen Vokal und Konsonant liegt, sondern in dem Aussprechen des Vokals selbst.

Stromstas Sichtweise hat sicherlich Berechtigung für die Therapie des »core behaviour« (*Stromsta* 1979) des Stotterns. Bei der Behandlung des fortgeschrittenen Stotterns reicht nach Meinung des Autors eine Therapiebeschränkung auf die anfänglichen Stottersymptome nicht aus. Entscheidend für eine Verbesserung des Redeflusses sind Maßnahmen gegen das fortgeschrittene Stottern, die am ausgeprägten Stottersymptom ansetzen.

3.7. Die koordinierte Artikulationsmethode (praktischer Teil)

Länger andauerndes Stottern verursacht häufig eine Verarmung oder eine starke Verfälschung der Artikulationsbewegungen. Diese Erscheinungen erschweren die Einführung der Ko-Artikulationsmethode, da sie auf der Wiedereinübung der korrekten Artikulationsabläufe basiert. Es hat sich daher als sinnvoll herausgestellt, Artikulationsübungen in das Therapieprogramm einzubauen, die die Ko-Artikulation vorbereiten. Diese können darin bestehen, daß einfache, gut vom Mund ablesbare Silben wie ma, mo, le, li ... oder Silbenzusammensetzungen wie mama, moma, lila, loli ... pantomimisch mit deutlichen Artikulationsbewegungen gebildet werden. Ein Gruppenmitglied bekommt die Aufgabe, als »Zuschauer« die Silben bzw. die Silbenzusammensetzungen vom Mund des »Formers« abzulesen.

Aufbauend auf den vorher eingeübten Fähigkeiten sind die Stotternden jetzt in der Lage, die Grundgedanken der Ko-Artikulationsmethode zu verstehen und auszuprobieren. Sie bekommen folgende gültige Informationen, wie die Ko-Artikulation auszuführen ist: »Wenn wir ein Wort mit Konsonantenbeginn aussprechen wollen, überlegen wir uns, wie der erste Vokal im Wort heißt. Diesen sprechen wir mit weich eingesetzter Phonation vor. Wir bilden den ersten Laut sanft an und lassen ihn in einer starken und kräftigen Bewegung in den Vokal hinübergleiten. Bei Wörtern mit Vokalbeginn bilden wir den Anfangsvokal mit weichem Ein-

satz vor. Das Wort beginnen wir mit dem weichen Einsatz der Phonation. Die hinzukommende Bewegung des Mundes in die Vokalstellung läßt den Vokal erklingen.«

Die Durchführung der Einübung beginnt mit Wortgruppen, in denen alle Wörter mit einem Konsonanten anfangen, der im vorderen, besser sichtbaren Bereich des Mundes gebildet wird. Dies hat Bedeutung bei einer Kontrolle durch einen Spiegel. Bei den gewählten Wortgruppen folgt auf den Konsonanten ein Vokal. Es kommen keine Doppelkonsonanten vor. Die Wörter, in Spalten geordnet, sind so ausgesucht, daß alle in einer Spalte stehenden mit dem gleichen Konsonanten anfangen und daß in ihnen jeder Vokal einmal vorkommt (z. B. Mal, Mut, Miete, Mehl, Mond). Dies erleichtert den Stotternden das Erlernen der Technik, da sie sich vor einem neuen Wort nur auf einen anderen Vokal zu konzentrieren brauchen, also auf eine neue Bewegungsrichtung. Die Bildung des Konsonanten bleibt gleich und ist den Stotternden schnell vertraut. Die anfänglich auftretenden Anspannungen im Mundbereich während der Artikulationsbewegungen werden verursacht durch die hohe Konzentration, die zunächst benötigt wird. Die leichten Verspannungen verschwinden durch Kontrollgespräche und den immer größer werdenden Geschicklichkeitsfaktor. Der nächste Schritt besteht dann in der Ko-Artikulation von Wörtern aus Wortlisten, in denen die Anfangskonsonanten der Wörter wechseln. Eine zusätzliche Erschwerung liegt in Listen, deren Glieder mehrere Konsonanten am Anfang haben. Neue Bewegungsformen müssen bei Wortaufzählungen eingeübt werden, deren Wörter nach dem Anfangskonsonanten geschlossene Vokale oder Diphthonge aufweisen.

Die nach einiger Zeit eingeführte Reduzierung der phonetischen Präparation auf die nur noch pantomimische Vorbereitung bedeutet eine Annäherung an die angestrebte Automatisierung der Technik. Die pantomimische Bildung der schwierigeren Lautgruppen ist auch außerhalb des Therapieraums eine unauffällige Sprechvorbereitungshilfe, die Bewegung, die bei der Bildung eines Wortes ausgeführt werden muß, ko-artikuliert auszuführen.

Nach dem Üben an Wortlisten wird die Technik beim Zeitungslesen angewendet. Dabei werden die mit einem Vokal beginnenden Wörter noch nicht mit der Ko-Artikulationsmethode gelesen, da erst der Konsonant(en)-Vokal-Übergang weiter trainiert werden soll. An dieser Stelle erfahren die Stotternden von der Möglichkeit, die Ko-Artikulation nicht nur am Anfang eines Wortes anzuwenden, sondern auch an einer schwierigen Stelle innerhalb eines Wortes. Auf der Grundlage einer gut entwickelten Konsonant(en)-Vokalbewegung und eines langen Übungszeitraumes für das Entspannungstraining vollzieht sich die Ko-Artikulation des Vokals später leichter.

Die Einführung der Ko-Artikulation bei Wörtern mit Vokalanfang bietet sich an folgenden Beispielen an:

der	—	er	Bohne	—	ohne
Hund	—	und	mir	—	ihr
Hals	—	als			

Die Stotternden bereiten erst die Artikulationsbewegung des Vokals für das links stehende Wort pantomimisch vor (e) und sprechen es dann aus (der). Dann wiederholen sie die pantomimische Vorbereitung und sprechen ohne Artikulation des Konsonanten das Wort (er) aus. Damit haben sie das rechts stehende Wort gesprochen.

Der weiche Einsatz des Vokals entsteht bei diesem Vorgang fast automatisch. Es hat sich gezeigt, daß die Ausführung dieser Übung für die Stotternden kein Problem ist, wenn sie vorher einen gewissen Grad an Geschicklichkeit im Umgang mit der Ko-Artikulationsmethode erreicht haben. Die zu lesenden Texte können jetzt vollständig mit der neuen Sprechtechnik gelesen werden. Stotternde, die die pantomimische Vorbereitung während des Vorlesens verwirrt, dürfen nach einiger Zeit die Präparierung nur gedanklich vollziehen. Haben sie das Stadium erreicht, in dem sie sich die Methode im großen und ganzen zu eigen gemacht haben, lernen sie, die Ko-Artikulation bei der Spontansprache anzuwenden.

Als Übungsmöglichkeiten bieten sich u. a. an:

- leicht zu beantwortende Fragen,
- erfundene Geschichten, deren einzelne Sätze von verschiedenen Stotternden ausgedacht und gesprochen werden.
- Nacherzählen von kleinen Geschichten (Papa, Charly hat gesagt; Rätselkrimis oder Geschichten mit Suchbildern),
- Themenlotto: Die Stotternden überlegen sich Überschriften zu interessanten Themen. Diese werden jeweils auf einen kleinen Zettel geschrieben. Durch Ziehen eines Zettels erhält der Stotternde das Thema, über welches er sprechen soll. Nach Beendigung des kleinen Vortrages zieht dieser die nächste Überschrift.

Eine generelle Anwendung der Ko-Artikulationsmethode bei jedem Wort ist während der Einübungsphase sinnvoll, da so eine Einschleifung der angestrebten Bewegungsabläufe bei fast allen Lautkombinationen erreicht wird. Langfristig muß aber angestrebt werden, daß die Anwendung der Ko-Artikulationsmethode auf die Augenblicke reduziert wird, in denen eine Stottergefahr besteht oder das Stottern sich schon eingestellt hat, da die übertriebenen Artikulationsbewegungen für die Redegewandtheit hemmend wirken können. Ziel ist es also, für jeden Stotterer das richtige Ko-Artikulationsmaß zu finden, das es ihm ermöglicht, nahezu flüssig zu sprechen. Dabei kommen drei Komponenten ins Spiel, die ihm verdeutlicht werden müssen. Die erste Komponente ist die Vorbeugung. Durch prophylaktische Anwendung der Ko-Artikulationsmethode bei der Angst zu stottern kann ein Stottern unter Umständen von vornherein vermieden werden. Die zweite Komponente besteht in der Kontrolle des auftretenden Stotterns. Der Stotterer beendet die Blockierung, er entspannt sich und ko-artikuliert die gestotterte Lautkombination. Die dritte Komponente besteht in der psychischen Belastung. Verschiedene Sprechsituationen bedeuten für Stotterer unterschiedlich hohe psychische Belastungen. Er lernt, das Ko-Artikulationsmaß in Sprechsituationen, deren Bewältigung ihm schwerfällt, zu erhöhen. In anderen, für ihn »leichten Situationen« lernt er, das Ko-Artikulationsmaß zu senken.

3.8. Die Anwendung der Ko-Artikulationsmethode

Diesem Kapitel muß je nach »Stotterertyp« und Therapiesituation unterschiedliche Bedeutung beigemessen werden. Es gibt Stotterer, die einer schrittweisen Aufteilung der Anwendung in Situationshierarchien sowie der Durchführung von Rollenspielen nicht oder nur in geringem Umfang bedürfen. Andere Stotterer brauchen in dieser Therapiephase eventuell sehr ausgeprägte Hilfe. Im Rahmen der Arbeit an einer Schule für Sprachbehinderte erfolgt eine partielle Anwendung häufig schon früher (etwa Vorlesen während des Unterrichtes mit Benutzung der Ko-Artikulationsmethode während der Einübungsphase) als bei ambulant durchgeführten Therapien.

Ist eine schrittweise Aufgliederung der Anwendungsphase erforderlich, teilt sich die Therapie in Übungen innerhalb und in Übungen außerhalb des Therapieraumes auf.

Die Alltagssprechsituationen des Stotternden werden gesammelt und von ihm nach dem Schwierigkeitsgrad geordnet. Es entsteht eine »Treppe«, deren »Stufen« Sprechsituationen sind. Die Bewältigung der einzelnen Situationen beginnt mit dem mehrmaligen Spielen der leichtesten Gegebenheit (z. B. Gespräch mit dem Übungshelfer, vgl. Kapitel 3.1.). In diese Rollenspiele können nach und nach erschwerende Umstände eingebaut werden (z. B. unvorhergesehenes Wartenmüssen oder unfreundliche Zuhörerreaktionen).

Der nächste Schritt besteht in dem mehrmaligen Aufsuchen der Situation außerhalb des Therapieraumes. Zunächst ist der Therapeut selbst aktiv, tritt dann aber von Mal zu Mal mehr in den Hintergrund und überläßt somit dem Stotternden die Aktivität. Zuletzt sucht der Stotternde allein die Sprechsituation auf und berichtet hinterher dem Therapeuten von seinen Erlebnissen. Wenn der Therapeut das Gefühl hat, daß der Stotternde gelernt hat, die

eingübte Sprechsituation ohne therapeutischen Beistand zu bewältigen, beginnt er mit ihm, die nächst schwerere Sprechaufgabe zu trainieren. Die »Treppenstufen der Sprechsituationstreppe« dürfen nicht zu hoch sein. Zu hohe Stufen erhöhen die Gefahr des Stolperns und des damit verbundenen Fallens auf eine niedrigere Stufe.

Die gemeinsame Erstellung und Erarbeitung der Sprechsituationen sollten für den Stotternden so transparent gemacht werden, daß er die Überlegungen und Vorgehensweisen versteht und gedanklich nachvollziehen kann. So kann er nach Beendigung der Therapie bei Bedarf eigenständig Situationshierarchien erstellen und die darin enthaltenen Aufgaben lösen.

3.9. Die Tonbandaufnahme der Sprache am Ende der Therapie

Durch die Aufnahme der Sprache auf ein Tonband am Ende der Therapie entsteht eine realistische Vergleichsmöglichkeit der Symptommhäufigkeit und -schwere vor und nach der Behandlung, da die Artikulationsweise der Stotternden in diesem Stadium der Sprache eines Normalsprechenden sehr ähnelt. Erst zu diesem Zeitpunkt kann ein Abschätzen des Therapieerfolges in ehrlicher Form stattfinden. Die Beurteilung des Erfolges außerhalb des Therapieraumes ist nur abschätzbar durch die Beobachtung des Betreuers und durch die Erfahrungsberichte der Stotterer über die Erlebnisse, die sie außerhalb des Therapieraumes mit der Ko-Artikulationsmethode gemacht haben.

3.10. Nachsorge

Eine Nachsorge erreicht vielleicht, daß die Stotternden die so wichtige Bereitschaft zum Weitermachen nicht aufgeben. Weiterhin ist das Therapieende nicht so abrupt, wenn die Klienten in regelmäßigen Abständen die Gelegenheit erhalten, über ihre Arbeit am Sprechen zu berichten und Fragen über Schwierigkeiten zu stellen. Außerdem kann der Therapeut während der Treffen im Rahmen der Nachsorge einzelne hilfreiche Übungen mit den Stotternden wiederholen oder Korrekturen von Fehleinschleifungen vornehmen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Åfeldt, L.: Stromstas Therapie ist einfach. *Der Kieselstein* (1979) 15, S. 8—10.
Grönholm, Ann-Marie: Therapiebericht aus USA. *Der Kieselstein* (1979) 15, S. 11—14.
Kellner, J.: Referat über Van Ripers Therapiemethode. Unveröffentlichtes Manuskript.
Krifka, M.: Zur Koartikulationswoche. *Der Kieselstein* (1980) 6, S. 6—10.
Richter, E.: Meine Gedanken zur Methode von Stromsta. *Der Kieselstein* (1980) 6, S. 11—14.
Stromsta, C.: Eine spektrografische Untersuchung von Unflüssigkeiten, die von Eltern als Stottern angesehen wurden. *Der Kieselstein* (1979) 15, S. 5—7.
Stromsta, C.: Tonbandmitschnitt seines Seminars vor dem Stotterer P-Club von Schweden. Stockholm 1978.
Van Riper, Ch.: *The Treatment of Stuttering*. New Jersey (USA) 1973.

Anschrift des Verfassers:

Gerd Jacobsen, Buchenallee 10, 2000 Hamburg 54.

Mir reicht es nicht,

in meiner sprachtherapeutischen Praxis so für mich allein hinzuwurschteln, und auch Supervision und Bücher können das nur zum Teil auffangen — deswegen möchte ich mich mit anderen (niedergelassenen oder angestellten) Kolleginnen und Kollegen in einem Gesprächskreis über Fragen, die aus der eigenen Arbeit entstehen, austauschen und auch weiterbilden. Raum Pfalz.

Schriftliche oder telefonische Kontaktaufnahme:

Brigitte Karrach, Heidenburgstraße 10, 6730 Neustadt, Telefon (06321) 66601.

Sprachentwicklungsdiagnostik bei Vorschulkindern mit den »Reynell Developmental Language Scales«

Zusammenfassung

Die »Developmental Language Scales« (Reynell 1977) werden zur Sprachentwicklungsdiagnostik im Vorschulalter empfohlen. Sie verdienen eine deutsche Standardisierung. Eine Untersuchung an einer klinischen Gruppe von 27 Kindern zeigt, daß sie Kinder mit rezeptiven und expressiven Retardierungen differenzieren. Die Untersuchung sprachentwicklungsauffälliger Kinder sollte zumindest durch einen nicht sprachgebundenen Intelligenztest ergänzt werden, um über Prognose und Therapieplanung gesicherte Aussagen machen zu können.

1. Einleitung

Sprachentwicklungsverzögerungen sind in vielen Fällen für die Bezugspersonen in Familie und Kindergarten der Grund, ein Vorschulkind einem Fachmann zur näheren Untersuchung vorzustellen. Sie können Teil einer umfangreichen pathologischen Störung sein (geistige Behinderung, Gehörlosigkeit, Cerebralparese) oder eine spezifische Kommunikationsstörung bilden (Dysarthrie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, elektiver Mutismus, Autismus). Häufig müssen sie jedoch als spezifische Sprachentwicklungsstörung klassifiziert werden. Dieser Begriff gilt für jene Kinder, deren Gesundheit, Begabung und häusliche Umgebung dem Durchschnitt entspricht. Zu unterscheiden sind die Formen der Dyslalie, der expressiven und der rezeptiven Entwicklungsdysphasie (Ingram 1972).

In Prävalenzstudien an dreijährigen Kindern finden z. B. Stevenson und Richman (1976) eine Rate von 6,8 Prozent, Silva (1980) eine Rate von 8,5 Prozent Sprachentwicklungsverzögerungen. Meist treten rezeptive und expressive Defizite gepaart mit einer intellektuellen Retardierung auf (Silva 1980). Zur sicheren Differenzierung wird allerdings von Rutter (1972) der Einsatz eines non-verbale Intelligenztestverfahrens empfohlen. Sprachentwicklungsverzögerte Kinder scheinen nicht nur in sprachgebundenen, sondern auch in non-verbale kognitiven Fähigkeiten schlechter abzuschneiden als die Normalpopulation, wenn auch der Rückstand im nicht-sprachgebundenen Bereich geringer ist (Sheridan 1973, Fundudis et al. 1979).

Die Untersuchungsverfahren, die in der Bundesrepublik Deutschland zur Diagnostik einer Sprachentwicklungsverzögerung im Vorschulalter zur Verfügung stehen, sind von sehr unterschiedlicher Qualität (Brack 1982). Das »Preschool Language Manual« wurde von Wurst (1978) zwar in deutscher Sprache vorgelegt, jedoch nicht neu standardisiert. Es erlaubt in Form eines Staffeltests die Einschätzung der verbalen Verständnis- und Ausdrucksmöglichkeiten im Kindergartenalter. Artikulation, Wortschatz, Verständnis für Oberbegriffe und Umgang mit Mengen und Zahlen werden vermengt, so daß eine differenzierte Analyse unmöglich ist.

Gegen die Konstruktion und Aussagekraft des »Landauer Sprachentwicklungstests für Vorschulkinder« von Götte (1976) sind bereits vielerorts Vorbehalte angemeldet worden (u. a. Egg 1978, Sarimski 1982). Am »Psycholinguistischen Entwicklungstest« von Angermaier (1974) werden ein überholtes linguistisches Modell und ein Überwiegen von perzeptiven und Intelligenzleistungen kritisiert. Dagegen prüft der »Heidelberger Sprachentwicklungstest« (Grimm und Schöler 1978) ausschließlich sprachgebundene Fähigkeiten in breiter Aufächerung, ist jedoch am unteren Ende des angestrebten Entwicklungsbereichs zwischen drei und neun Jahren oft zu schwierig und zu wenig differenziert.

Vor diesem Hintergrund wurden die »Developmental Language Scales« (Reynell 1977) vom Verfasser übersetzt und in einer Einrichtung zur Diagnostik und Förderung retardierter Vor-

schulkindern (Zentrum für Pädagogische Frühförderung und Beratung Erftkreis e.V.) erprobt. Neben den klinischen Erfahrungen sollen Daten mitgeteilt werden zur Häufigkeit der Sprachentwicklungsverzögerung und Korrelation mit der non-verbalen Intelligenz bei 27 Vorschulkindern.

2. *Reynell Developmental Language Scales*

Im Rahmen ihrer Arbeit an einem englischen Zentrum für mehrfachbehinderte Kinder entwickelte *Reynell* Skalen zur getrennten Überprüfung des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion bei Kindern zwischen einem und sechs Jahren. Die Prüfung des Sprachverständnisses geschieht durch Aufträge, die das Kind mit Spielzeuggegenständen ausführen soll. Es soll Gegenstände zeigen oder in eine beschriebene Beziehung zueinander bringen. Eine sprachliche Reaktion ist nicht erforderlich. Um die Sprachproduktion einzuschätzen, werden Spontansprache, Worterklärungen und Bildbeschreibungen nach semantischen und syntaktischen Aspekten bewertet.

Die Anordnung von 67 Items der Sprachverständnisskala folgt der Entwicklung des verbalen Verständnisses von den ersten Stufen der selektiven Reaktion auf bestimmte Wortkombinationen in vertrautem Kontext (Mutter: »Papa kommt.« — Kind schaut prompt zur Eingangstür.) zu komplexer werdenden Interpretationen von Sätzen mit mehreren Bestimmungstücken (»Stell alle Pferde und das große rosa Schwein auf das Feld!«). Auf der höchsten Stufe führt die Interpretation der sprachlichen Aussage über die konkrete Situation hinaus und wird zu einem Instrument des Denkens (»Mary und Bobby gehen zur Schule. Wer bleibt bei der Mutter?« — Das Kind zeigt unter den vorgelegten Figuren auf das Baby.).

Die Skala zur Überprüfung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit ist in drei Teile gegliedert, die jeweils einen eigenen Aspekt der Sprache zu erfassen suchen. Sie sind nicht als aufeinanderfolgende Stufen einer Entwicklung gedacht. Der erste Teil richtet die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf die semantisch-syntaktische Struktur der Spontansprache des Kindes. Es wird bewertet, welche Entwicklungsschritte ein Kind bereits bewältigt hat: präverbale Äußerungen, Ein- und Mehrwortsätze, Gebrauch von Pronomen, Präpositionen, von verschiedenen Zeitformen usw.

Der zweite Teil versucht, die semantischen Fähigkeiten des Kindes näher zu erfassen. Es soll anhand von Objekten und Bildern zeigen, welche Gegenstandsbezeichnungen, Mehrzahlformen und Verben es bereits beherrscht. Anschließend soll es die Bedeutung von sieben Wörtern erläutern, die vertraute Gegenstände, Tätigkeiten und Eigenschaften bezeichnen.

Die dritte Teil der Skala überprüft die Fähigkeit des Kindes, bedeutungsvolle Sätze selbst zu konstruieren, um Inhalte zu vermitteln. Zu drei Bildern aus der alltäglichen Umwelt soll das Kind sich möglichst ausführlich äußern. Bewertet wird, wieviel voneinander abgrenzbare semantische Einheiten es in einem Satz kodiert und wieviel vollständige Sätze es formuliert.

Den Rohpunkten für jede der beiden Skalen sind Altersäquivalente und Standardwerte zugeordnet, die an 1318 Kindern erhoben wurden. Die Split-half-Reliabilität liegt für das Alter zwischen 1;6 und 5;6 Jahren bei der Sprachproduktion, zwischen 2;0 und 5;6 Jahren beim Sprachverständnis über 0.90. Es handelt sich zweifellos um ein zuverlässiges Maß der sprachlichen Entwicklung.

3. *Ergebnisse*

Die folgenden Daten stützen sich auf die Durchführung der »Developmental Language Scales« an 27 Kindern von drei bis sieben Jahren, die im »Zentrum für Pädagogische Frühförderung und Beratung Erftkreis e.V.« 1980 und 1981 mit Verdacht auf einen kognitiv-sprachlichen Entwicklungsrückstand vorgestellt wurden. Zur gleichen Zeit wurden die

Kinder mit der »non-verbale Intelligenztestreihe 2½ bis 7« (Snijders und Snijders-Oomen 1977) untersucht.

Tabelle 1: Chronologisches, mentales und sprachliches Entwicklungsalter in Monaten, Intelligenzquotient in Punkten, n = 27 (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	chronologisches Alter	mentales Alter	IQ	Sprachverständnis	Sprachproduktion
\bar{x}	59.67	51.36	90.1	43.26	45.70
s	10.47	8.76	20.1	8.60	10.79

Abbildung 1: Chronologisches und mentales Entwicklungsalter, Häufigkeitsverteilung, n = 27

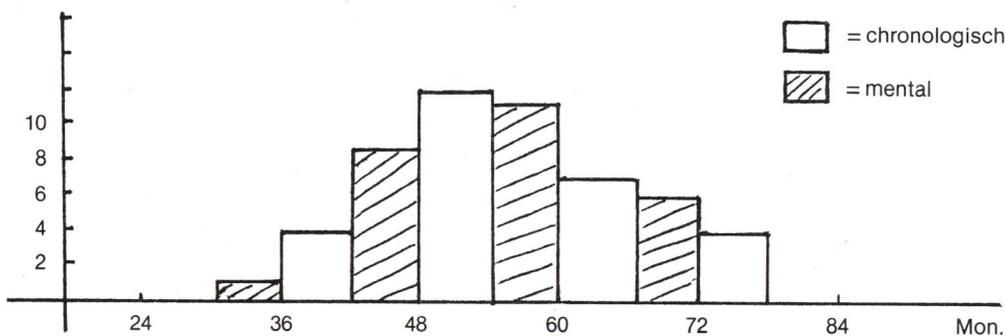


Abbildung 2: Rezeptives und expressives Sprachentwicklungsalter, Häufigkeitsverteilung, n = 27

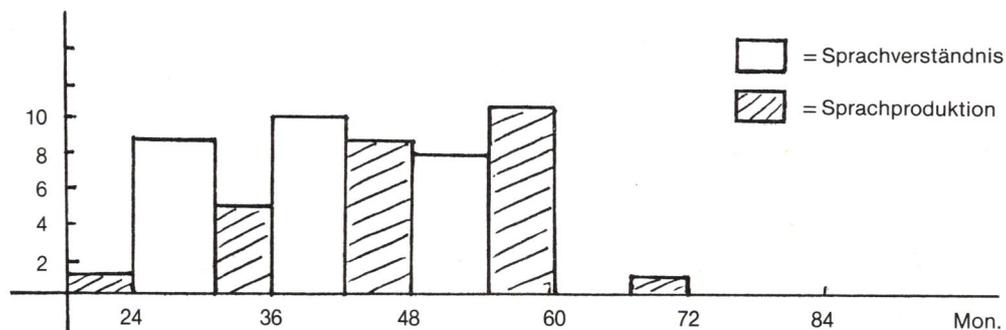


Tabelle 2: Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen von mehr als 1 Standardabweichung (= PR 16) bzw. mehr als 2 Standardabweichungen (= PR 2.2), n = 27, absolute und prozentuale Werte

	IQ		Sprachverständnis		Sprachproduktion	
	> 1 s	> 2 s	> 1 s	> 2 s	> 1 s	> 2 s
Zahl	11	4	19	13	15	9
%	40	15	70	48	40	33

Unter 27 Kindern finden sich 19 Kinder (70 Prozent) mit bedeutsamer Retardierung im Bereich des Sprachverständnisses, 13 Kinder (48 Prozent) mit schweren Rückständen. Elf Kinder (40 Prozent) zeigen eine Retardierung in der Sprachproduktion, neun (33 Prozent) in schwerem Ausmaß. Eine intellektuelle Retardierung liegt bei elf Kindern (40 Prozent) vor, schweren Grades bei vier Kindern (15 Prozent). Interessanterweise finden sich vier Kinder mit einer Verzögerung der Entwicklung des Sprachverständnisses, die ansonsten unauffällig sind. Nur zwei Kinder zeigen eine isolierte expressive Störung. Bei der Mehrzahl der sprachentwicklungsauffälligen Kinder (13) liegt eine Störung in beiden Bereichen vor, davon sind neun Kinder auch intellektuell verzögert. Alle Kinder mit einer kognitiven Retardierung sind auch in ihrer Sprachentwicklung verzögert. Es gibt jedoch insgesamt zehn Kinder, die in einem oder beiden Sprachbereichen retardiert sind, ohne allgemein auffällig zu sein.

Tabelle 3: Korrelationen zwischen mentalem, rezeptivem und expressivem Sprachentwicklungsalter, $n = 27$

	Mentales Alter	Sprachverständnissalter	Sprachproduktionsalter
mentales Alter	—	0.80	0.52
Sprachverständnissalter	0.80	—	0.59
Sprachproduktionsalter	0.52	0.59	—

Es findet sich eine hohe Korrelation zwischen non-verbaler kognitiver Fähigkeit und Sprachverständnis, eine mittlere Korrelation zur Sprachproduktion. Die beiden sprachlichen Bereiche korrelieren ebenfalls in mittlerem Ausmaße miteinander. Alle Korrelationskoeffizienten sind signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau.

4. Diskussion

Die praktischen Erfahrungen im Einsatz der Developmental Language Scales (Reynell 1977) zeigen, daß mit diesem Verfahren der Entwicklungsstand der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses im Vorschulalter zuverlässig und differenziert erfaßt werden kann. Die Attraktivität des Materials und die kindgerechte Art der Durchführung lassen den Test auch für entwicklungsverzögerte Kinder mit geringer Aufmerksamkeitsspanne und hoher Ablenkbarkeit geeignet erscheinen. In diesen Merkmalen und der Aufgabenbreite für das Entwicklungsalter unter vier Jahren ist der Test dem »Heidelberger Sprachentwicklungstest« oder anderen Verfahren überlegen. Kritisch anzumerken ist jedoch die Vermengung heterogener Aspekte der Sprachproduktion zu einem Maß. Semantische und syntaktische Fähigkeiten werden nicht getrennt, phonologische und pragmatische Aspekte der Kindersprache bleiben unberücksichtigt. Die Sprachverständnisskala zeichnet sich dagegen durch ihren systematischen Aufbau und die strenge Beschränkung auf die Prüfung des semantischen Verständnisses aus.

Die Befunde an der relativ kleinen klinischen Stichprobe korrespondieren mit den Ergebnissen von Silva (1980), der in einer großen Querschnitt- und Längsschnittstudie die »Developmental Language Scales« erprobte. Neben Vorschulkindern mit allgemeiner Retardierung finden sich in diesem Alter Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsverzögerung in folgender Häufigkeitsordnung: 1. Kinder mit Defiziten des Sprachverständnisses und der Sprachproduktion, 2. Kinder mit rezeptiver Retardierung der Sprachentwicklung, 3. Kinder mit expressiver Sprachretardierung. Unter den Kindern, deren Entwicklung in beiden verbalen Bereichen bedeutsam hinter der Altersnorm zurückbleibt, ist der Anteil von intellektuell verzögerten Kindern besonders groß. Für diese Gruppe ist die Entwicklungsprognose für das Schulalter ungünstig (Silva 1980).

Die höhere Korrelation zwischen Sprachverständnis und non-verbaler Intelligenz gegenüber der Sprachproduktion entspricht Ergebnissen von *Silva et al.* (1977). Die Autoren setzten dort den HAWIK u. a. Tests ein. Die Korrelation der beiden verbalen Skalen war jedoch bei *Silva et al.* (1979) etwas höher als in der Eichstichprobe von *Reynell* (1977) und der hier vorgelegten Untersuchung.

Literatur

- Angermaier, M.: Psycholinguistischer Entwicklungstest. Weinheim 1974.
 Brack, U.: Psychologische Sprachdiagnostik im Vorschulalter. Sprache — Stimme — Gehör 6 (1982), S. 20—26.
 Egg, K.-J.: Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV). Darstellung und Kritik. Sprache — Stimme — Gehör 2/3 (1978), S. 117—119.
 Götte, R.: Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV). Weinheim 1976.
 Grimm, H., und Schöler, H.: Heidelberger Sprachentwicklungstest. Braunschweig 1978.
 Fundudis, T., Kolvin, I., und Garside, R.: Speech Retarded and Deaf Children: Their Psychological Development. New York 1979.
 Reynell, J.: Developmental Language Scales. Windsor 1977.
 Rutter, M.: The effects of language delay on development. In: Rutter, M., und Martin, J.: The Child with Delayed Speech. London 1972.
 Sarimski, K.: Mobile pädagogische Frühdiagnostik und Förderung bei Vorschulkindern mit umschriebenen Leistungsschwächen. Zeitschr. f. Heilpäd. 33 (1982), S. 361—369.
 Sheridan, M.: Children of seven years with marked speech defects. Br. J. Dis. Comm. 8 (1973), S. 9—16.
 Silva, P., Bradshaw, J., und Spears, G.: A Study of the concurrent and predictive Validity of the Reynell Developmental Language Scales. Windsor 1979.
 Silva, P.: The Prevalence, Stability and Significance of Developmental Language Delay in Preschool Children. Dev. Med. Child Neurol. 22 (1980), S. 768—777.
 Sniijders, J., und Sniijders-Oomen, N.: Nicht-verbale Intelligenztestreihe S.O.N. 2½ bis 7. Groningen 1977.
 Stevenson, J., und Richman, N.: The prevalence of language delay in a population of 3-year-old children and its association with general retardation. Dev. Med. Child Neurol. 18 (1976), S. 431—441.
 Wurst, F.: Sprachprüfung für Kleinkinder. Wien 1978.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Klaus Sarimski, Kinderklinik des Marien-Hospitals,
 Hospitalstraße 44, 5160 Düren-Birkesdorf.

<h1 style="margin: 0;">Gratis</h1> <h2 style="margin: 0;">Handbuch für Lehrer</h2> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Auf insgesamt 160 Katalogseiten präsentieren wir Ihnen ein umfassendes Programm „Didaktischer Materialien“, z. B. Wortschatzübungen, Bilder-geschichten, Logopädie, Lese-Rechtschreib-Nachhilfe, Sinnesschulung, Rechnen und vieles mehr!</p> <h3 style="margin: 0;">Farbdruck „Der Jahresbaum“</h3> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Wunderschöne Zeichnung über die vier Jahreszeiten, A 4 Format!</p>	<div style="float: right; font-size: x-small;">134/6-83</div> <h1 style="margin: 0;">Coupon</h1> <p style="font-size: x-small; margin: 5px 0;">Ja, senden Sie mir sofort das kostenlose Handbuch für Lehrer '83 und den kostenlosen Farbdruck „Der Jahresbaum“.</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ, Wohnort: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Ausschneiden und einsenden an:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">Schubi®</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Huesmann + Benz Verlag Postf. 36, 7703 Rielasingen, Tel. 07731/27270</p>
--	---

Aus der Praxis

Oswald Lang, Offenburg

Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 3, S. 122—123

Sprachheilpädagogik und Freinet-Pädagogik (Versuch eines Hinweises, zur gegenseitigen Kenntnisnahme)

Kein Mensch weiß gegenwärtig so richtig, was Sprachheilpädagogik eigentlich ist und will, was Erziehung, Unterricht und Therapie dabei zu tun haben. Dies gilt besonders auch für den unterrichtlich-didaktischen Bereich. Ich will hier ganz bewußt keine Belege anführen oder Literatur referieren. Ich will nur einige Probleme aus der Unterrichtspraxis und nachgehende Gedanken aufschreiben.

Die Kinder in unseren Schulen für Sprachbehinderte leiden zum überwiegenden Teil nicht nur an einem sprachlichen Defekt einer bestimmten diagnostischen Kategorie, sondern meist auch noch an Begleitsymptomen, z.B. Konzentrationsschwäche. Man kann mit einem gewissen Recht sagen, viele Kinder in unseren Sprachheilschulen seien mehrfach behindert. Dabei besteht das Postulat, möglichst Grundschule und Durchgangsschule zu sein, dabei mit nur geringfügig mehr als in der Grundschule zur Verfügung stehender Wochenstundenzahl ohne Zeitverlust gleichzeitig die Therapie erfolgreich zu betreiben und im Unterrichtsstoff zügig voranzuschreiten. Die Schüler sind oft sehr unterschiedlich, oft nur schwer zu einer Klassengemeinschaft zusammenzufassen und auf gemeinsamem Stand zu unterrichten. Die Synthese der Widersprüche ist noch nicht gefunden, der Lehrer »springt noch im Viereck«, aus dem er den berühmten Kreis machen soll.

Die Lösungsansätze bieten meist in der einen oder anderen Dimension der Arbeit gute Hilfen, aber gleichzeitig bleiben dabei andere berechnete Anliegen unberücksichtigt. Die immanente Therapie ist noch nicht weit genug fortgeschritten.

Auf der einen Seite sind es vorwiegend lineare Programme, die der Lehrer seinen Schülern anbietet und mit ihnen durchführt. In gewisser Weise besteht dabei ein Subjekt-Objekt-Verhältnis. Der Autor des Programms bzw. der Lehrer als dessen Vermittler ist das handelnde Subjekt, der Schüler das zu behandelnde, behandelte Objekt.

Auf der anderen Seite stehen kommunikativ orientierte Vorstellungen mit eher offenen Situationen, beide bzw. alle beteiligten Personen sind selbst handelnde Subjekte. Im Vordergrund des pädagogischen Bemühens steht hier der Dialog. Dialog ist Ziel und Mittel. Dialog ist Form und Inhalt. Dialog ist Prozeß und Ergebnis. Aufbau und Entwicklung sind nicht systematisch und stufig geplant, sondern ergeben sich situativ, aus Fragen und Antwort. Die Vordergrund-Symptomatik der jeweiligen Sprachbehinderung spielt dabei keine Hauptrolle.

Meiner Meinung nach steht der Dialog im Zentrum des Unterrichts an der Schule für Sprachbehinderte. Es geht dabei um die Form: Hören und Sprechen von Lehrer und Schülern sind aufeinander bezogen. Es geht um den Inhalt: Alle Gesprächspartner bringen Themen zur Sprache, die sie persönlich interessieren. Es geht um das Mittel: Der Dialog kann nur im Dialog gelernt werden. Der gestörte Dialog ist die bessere Lernsituation zum Erwerb von Dialogfähigkeit als das ordentliche Nachsprechen von vorgegebenen Sprachstücken. Es geht um den Prozeß und das Ergebnis: Bei einer heftigen Auseinandersetzung, ob die Klasse jetzt einen Lerngang und wohin und warum machen soll oder will, kann der Lerngang nachrangig sein, wichtiger wird der Dialog, der Austausch verschiedener Meinungen, das Ringen in der Gruppe im gemeinsamen Gespräch.

Zur Charakterisierung der Freinet-Pädagogik soll der Spruch »Den Schülern das Wort erteilen« dienen. Benannt nach ihrem Begründer, dem französischen Reformpädagogen

Célestin Freinet, strebt sie einen schülerzentrierten Unterricht an. Die Schüler bestimmen selbst ihre Arbeiten, wählen sich ihre Lernobjekte aus, diskutieren im Klassenrat über gemeinsame Unterrichtsphasen, berichten über ihre individuellen Lernfortschritte und -erfahrungen. Ein wichtiges Mittel ist die Druckerei, um die Bedeutung der persönlichen Gedanken, schriftlich geformt und im Druck multipliziert, zu erfahren.

Um Schüler zu Selbstverantwortung für ihr Lernen und zur Dialogfähigkeit zu führen, bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit ihnen. Häufig haben sie gelernt, mit vorgefaßten Stoffen konfrontiert zu werden, zu denen kein persönlicher Bezug besteht, und diese abzulehnen, oder sich bei einem Gespräch eher durch Störungen hervorzutun als durch konstruktive Beiträge. Daher ist der Weg zur Dialogfähigkeit ein beschwerlicher und steiniger, gepflastert mit Konflikten und mißlungenen Dialogen.

Ich halte das Ziel für wichtig und lohnend. Ein sprachtherapeutisch erfolgreich behandelter Artikulationsfehler, ein gebesserter Dysgrammatismus ist kein Grund für Freudentänze, wenn das Kind nicht auch lernt, von seiner Sprache verantwortlichen, menschlichen, dialogischen Gebrauch zu machen.

Ich kann keine Erfolgsmeldung abgeben über freinetisch orientierten Unterricht in der Sprachheilschule. Ich stehe mitten in der Auseinandersetzung — Schüler werden durch das Angebot der Offenheit zunächst stark verunsichert — und bin heftig an einem Dialog mit Kollegen interessiert.

Für alle die Kolleginnen und Kollegen, die sich näher über die Freinet-Pädagogik informieren wollen, möchte ich anstelle einer Literaturliste nur den Hinweis auf die unregelmäßig erscheinende Zeitschrift »Fragen und Versuche« der Freinet-Bewegung in Deutschland geben, zu beziehen über die Pädagogik-Kooperative, Körnerwall 8, 2800 Bremen.

Anschrift des Verfassers:

Oswald Lang, Sonderschullehrer, Turnhallestraße 21, 7600 Offenburg.

Umschau

Fachklinik Schloß Dehrn geschlossen

Stationäre Behandlung Sprachbehinderter jetzt in Falkenstein

Am 31. März 1983 hat der Landeswohlfahrtsverband Hessen als zuständiger Träger die Fachklinik für Stimm- und Sprachkrankheiten Schloß Dehrn bei Limburg an der Lahn geschlossen.

Zurückgehende Patientenzahlen sowie die defizitäre Haushaltsslage des Landeswohlfahrtsverbandes führten zu diesem Schritt. Konsolidierungsversuche zur Rettung der Klinik sowie massive Proteste von seiten des Personals und kommunalpolitischer Gremien hatten keinen Erfolg.

Der Auftrag zur stationären Behandlung von stimm- und sprachkranken Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wurde deshalb der Taunusklinik Falkenstein in Königstein/Taunus übertragen, wo neben Kranken, die an multipler Sklerose oder verwandten neurologischen Krankheitsbildern lei-

den, sowie cerebral geschädigten Kindern nun in einer besonderen Abteilung auch stimm- und sprachkranke Kinder und Erwachsene stationär behandelt werden. Dafür stehen 30 Betten zur Verfügung.

Therapiert werden hier insbesondere massive Sprachentwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, Dyslalie, Dysarthrie, Palatolalie, Rhinolalie, Dysgrammatismus und Stimmstörungen unterschiedlicher Genese, Aphasien sowie Stottern und Poltern. Die Behandlung dauert zwischen einem und sechs Monaten; nach einer Basistherapie können auch weitere Klinikaufenthalte von kürzerer Dauer folgen. Den schulpflichtigen Patienten steht eine angegliederte Schule für Kranke zur Verfügung.

Für die sprachbehinderten Kinder im Lande Hessen bleibt zu wünschen und zu hoffen, daß diese klinische Einrichtung ihren Stellenwert aufgrund erfolgreicher heilpädagogisch-medizinischer Ar-

beit finden und festigen kann, damit über einen längeren Zeitraum dieses notwendige zusätzliche Therapieangebot für diejenigen sprachbehinderten Kinder und Jugendlichen erhalten bleibt, bei denen eine ambulante Betreuung nicht den notwendigen und gewünschten Erfolg erbracht hat.

Hartmut Jacobs

Betrifft: Änderung

Im Verzeichnis der Einrichtungen für Sprachbehinderte in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, Hamburg (Verlag Wartenberg) 1982, Teil VI — Hessen, Abschnitt 5, Klinische Einrichtungen, ist anstelle der genannten Fachklinik Schloß Dehrn nunmehr folgende Anschrift aufzunehmen: Landeswohlfahrtsverband Hessen, Taunusklinik Falkenstein, Abteilung Fachklinik für Stimm- und Sprachkrankheiten, Debusweg 4, 6240 Königstein 2/Taunus. Telefon (06174) 20 12 21.

Sprachtherapie und Therapiematerial in den USA

Darüber möchte die Sprachtherapeutin R. Allmayer-Beck (6540 Kirkville Rd., # 156, E. Syracuse, New York 13057, USA) in diesem Sommer (Juli bis anfangs September 1983) während ihres Aufenthaltes in Europa in Vorträgen und Beratungsgesprächen informieren. Frau R. Allmayer spricht fließend deutsch, französisch und englisch. Interessenten erhalten weitere Unterlagen bei der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik (SZH), Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern, Telefon (041) 23 18 83, oder können sich direkt an Frau Allmayer wenden.

Kurse in Neurolingupädie zur Sprachanbahnung bei Säuglingen und Kleinkindern

Die deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation veranstaltet gemeinsam mit der »Aktion Sonnenschein« vom 31. Oktober bis 11. November 1983 in München einen zweiwöchigen Lehrgang in Neurolingupädie für Fachkräfte (Ärzte, Psychologen, Logopäden, Hörgeschädigtenpädagogen, Audiologieassistenten), die sich mit der frühen Sprachanbahnung hörgeschädigter und entwicklungsgestörter, aber auch mehrfach behinderter Säuglinge und Kleinkinder befassen.

Die Kurse beschäftigen sich mit den theoretischen und praktischen Grundlagen der frühen Sprachanbahnung bei Säuglingen und Kleinkindern mit Hörschädigungen, Entwicklungsdysphasien und Mehrfachbehinderungen. Hierbei

werden internationale Erfahrungen berücksichtigt, indem die durch ihre langjährige, erfolgreiche Tätigkeit bekannten Sprachpädagogen aus den Niederlanden (Dr. A. van Uden) und der Schweiz (S. Schmid-Giovannini) ihre Mitarbeit zugesagt haben.

Der Kurs findet im Rahmen eines Lehrgangs statt, der mehrere Teilkurse (à zwei Wochen) umfassen wird. Nach Abschluß aller Teilkurse wird ein Zertifikat über die theoretischen und praktischen Kenntnisse in der Sprachanbahnung bei Säuglingen und Kleinkindern ausgehändigt.

Interessenten können nähere Angaben über den Aufbau und Inhalt des Kurses anfragen bei: Dr. Martin Diestelmann, M. A., Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 129, 8000 München 2.

9. Jahreskonferenz der Leiter der stationären Sprachheileinrichtungen

Die Leiter der stationären Sprachheileinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland trafen sich zu ihrer 9. Jahreskonferenz am 5. und 6. Mai 1983 im Sprachheilzentrum Calw-Stammheim. Als Gäste anwesend waren außerdem Herr Oberschulrat Aschenbrenner, Herr Legl von der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Herr Regierungsschuldirektor Bickel vom Oberschulamt Karlsruhe, Herr Nunnenmann vom Landessozialamt Baden und Herr Schmid vom Referat Behindertenhilfe des Diakonischen Werkes Württemberg.

Herr Bickel gab im Auftrag des Ministeriums für Kultus und Sport eine informative Darstellung der einzelnen Zweige der sonderpädagogischen Förderung für behinderte Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg. Herr Dr. Seibel, der Leiter des Sprachheilzentrums Calw-Stammheim, stellte die Organisationsform der Heimsonderschule für Sprachbehinderte mit ihren verschiedenen Abteilungen vor. Durch ein besonders gestaltetes sonder- und sozialpädagogisches Umfeld können hier für Therapie, Unterrichtung und Erziehung schwer sprachbehinderter Kinder günstige Bedingungen geschaffen werden.

Bei der Aussprache wurden unterschiedliche Themen von den Konferenzteilnehmern angeschnitten:

- Kostenregelungen in den einzelnen Bundesländern, Probleme bei in zeitlicher Abfolge wechselnden Kostenträgern
- Kooperation mit ambulanten Diensten, Logopäden und vertrauensärztlichen Stellen
- Formen der Nachbetreuung
- Zusammenarbeit mit Eltern in stationären Einrichtungen

- Zusammenwirken von Lehrern und Erziehern
- Berufsbildende Maßnahmen für sprachbehinderte Jugendliche.

Ein Referat mit dem Thema: »Sind Teilleistungsstörungen schnell zu überwinden?« stand im Mittelpunkt des inhaltlichen Teils der Konferenz. Herr Dipl.-Psychologe Graichen von der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Tübingen gab dabei einen Überblick über neuropsychologische Erklärungsansätze im Bereich kindlicher Sprachstörungen. Dabei wurde deutlich, daß eine Diagnostik, die verstärkt neuropsychologische Erklärungsmodelle heranzieht, eine genauere Beschreibung der komplexen Stö-

rungsbilder, die über die Systeme der Sprachbenutzung im engeren Sinne hinausgehen, ermöglicht.

Die Überwindung der symptomorientierten Betrachtungsweise über die Erschließung funktionaler Zusammenhänge erfordert demzufolge aber auch einen ganzheitlichen pädagogisch-therapeutischen Ansatz. Mit beeindruckenden Videodemonstrationen gab Herr Graichen einen Einblick in seine katamnesticen Untersuchungen.

Die nächste Konferenz der Leiter soll im Mai 1984 in der Fachklinik für Stimm- und Sprachkrankheiten (Taunusklinik Falkenstein) in Königstein/Taunus stattfinden.

Seibel

Aus der Organisation

Betrifft: Freiberuflich tätige Sprachheilpädagogen

Für freiberuflich tätige Sprachheilpädagogen ergeben sich spezielle Probleme, die für beamtete oder angestellte Kollegen nicht so sehr von Belang sind. In der Landesgruppe Niedersachsen hat sich eine »Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Sprachheilpädagogen« konstituiert, in der diese Probleme erörtert werden sollen. Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es, einen Referenten in den Lan-

desvorstand zu entsenden, der die besonderen Belange freiberuflich tätiger Kollegen vertritt.

Hierzu ist es wichtig, die Zahl der freiberuflich arbeitenden Sprachheilpädagogen festzustellen (dabei sind natürlich auch Kollegen und Studenten angesprochen, die eine freiberufliche Tätigkeit in Betracht ziehen).

Interessierte Kollegen werden gebeten, sich unter folgender Kontaktanschrift zu melden: Holger Lakies, Dobro 14, 3139 Jameln, Telefon (05864) 230.

Bücher und Zeitschriften

Müller, R.G.E.: Psychologie für Lehrer. Orientierungs- und Arbeitshilfen für den Schulalltag. Düsseldorf (Schwann-Verlag) 1983. 176 Seiten. Kartonierte 24 DM.

Der bekannte Psychologe, der über Jahrzehnte als Lehrer und Hochschullehrer sehr praxisbezogen und praxisverbunden gearbeitet und geforscht hat, legt jetzt wertvolle Arbeitshilfen für die Lehrertätigkeit vor. Aber bereits für den Pädagogik-Studenten gibt es sehr informierende Hinweise, beispielsweise über den Gegenstand und die Aufgaben der Psychologie, über zahlreiche Probleme der Pädagogischen Psychologie und ihr Theorie-Praxis-Verhältnis. Der gegenwärtige Stand der entwicklungspsychologischen Forschung wird sehr klar aufgezeigt, und man ist erstaunt über die rege Arbeitstätigkeit und die interessanten Ergebnisberichte dieses oft geradezu abqualifizierten Zweiges der Psychologie.

Die praktischen Ratschläge beziehen sich hauptsächlich auf die Primarstufe (Schulreife, Intelli-

genz, Lern- und Leistungsmotivation, Sprache und Sprechen, Sozialisation, Lernbehinderungen u. a.) und die Sekundarstufe I (Pubertät, Jugendgruppen, Verhaltensänderung, Berufsfindung). Es finden sich aber auch Aussagen zur Sekundarstufe II (Reform der gymnasialen Oberstufe, Gesamtschule, Berufsschule u. a.) und sogar zur Erwachsenenbildung (Physische Leistungsfähigkeit und Alter, Altersveränderungen, Unterricht bei Erwachsenen u. a.).

Insgesamt kann so besonders lobend und empfehlend zu dem Buch gesagt werden, daß die Ausführungen Müllers ohne weiteres auch der gesamten Rehabilitationsarbeit dienen können, wenn man besonders die berufliche Eingliederung und Fortbildung sieht, die ja schon in der Primarstufe grundgelegt werden muß (siehe z. B. die Aussagen zur Orientierungsstufe, zum Übergang zu weiterführenden Schulen, Einstellungen und Interessen im Jugendalter, Berufsfindung u. a.).

Arno Schulze

Seidmann, P.: Tiefenpsychologie. Ursprung und Geschichte. Stuttgart (Kohlhammer-Verlag) 1982. 202 Seiten. Kartoniert 39,80 DM.

Die Bücher und Aufsätze über die Tiefenpsychologie sind heute unübersehbar. Immer wieder regt das »in der Parteien Haß und Gunst« verzerrte Bild dieser psychologischen Richtung zu ständig neu oder bloß modifiziert gewendeten Überlegungen an. So sollte man meinen, es ist eigentlich kaum noch Neues zu entdecken und zu sagen. Bei den meisten Publikationen dieser Art ist das wohl auch nicht der Fall, oft handelt es sich tatsächlich nur noch um einen »Neuaufguß« von längst Bekanntem.

Der Rezensent ist sicher allzu praxisbeschränkt, um den geistreichen Abhandlungen auch des vorliegenden Werkes etwas mehr als gehobene Unterhaltung abzugewinnen: Er hat im Laufe seiner Berufsgeschichte schon allzu häufig ähnliche Gedankenspiele gelesen, z. B. wie hier über die Zusammenhänge griechischer Geistesgeschichte und Tiefenpsychologie (Freud und Herakles, Dämon, Sophokles, Plato und Empedokles). Auch zum Gegensatz Freud und Jung ist immer wieder geschrieben worden, obwohl doch dieser Gegensatz wie andere sogenannte Gegensätze sich längst als Scheingegensätze erwiesen haben (es sind mehr Ergänzungen zu Freud!) und etwa in der Neopsychoanalyse von Harald Schultz-Hencke weitgehend eingeschmolzen wurden.

Den Sinn der Ausführungen von Seidmann findet man unter anderen wahrscheinlich gut auf Seite 156, wo gesagt wird: »Vieles in der modernen allgemeinen Tiefenpsychologie hat, soweit sie die techné, 'Technik', die praktische Methode betrifft, in der Sokratik ihren sichtlichen Anfang und Ursprung: manches nicht. Überlieferung und Neubeginn, Fundament und Innovation verbinden sich in den modernen Verfahren.« Und am Schluß, Seite 163, heißt es: »Die Grundidee der Tiefenpsychologie sollte von ihren dialogischen Ursprüngen und Anfängen her neu zum Leuchten gebracht werden.«

Für diese »Erleuchtung« ist für den tiefenpsychologisch orientiert praktisch arbeitenden Rehabilitationspädagogen und erst recht für den so wirkenden Sprachheilpädagogen der Weg durch dieses Buch eher ein Umweg und vom Buchpreis her auch viel zu teuer.

Arno Schulze

A. R. Luria: Sprache und Bewußtsein. Studien zur Kritischen Psychologie, Band 31. Verlag Pahl-Rugenstein, Köln 1982. 376 Seiten. 20 DM.

L. S. Tsvetkova: Aphasietherapie bei örtlichen Himschädigungen. Gunter Narr-Verlag, Tübingen 1982. 348 Seiten. 68 DM.

Das Jahr 1982 brachte einige für die Sprachbehindertenpädagogik bedeutende Bücher aus dem Rahmen der sowjetischen Forschung, die hier vorgestellt werden sollen. Der 1978 verstorbene A. R. Luria ist dem bundesdeutschen Publikum vor allem durch seine neuropsychologischen und -physiologischen Überlegungen zu den Aphasien bekannt. Dieser hier vorliegende Band vereinigt nun 16 Vorlesungen des Autors, die den Anspruch einer zusammenhängenden Darstellung der Ergebnisse der sowjetischen Psychologie zu dem Thema »Sprache und Bewußtsein« erheben. In Anlehnung an die schon bei Wygotski zu findenden Grundlagen entwickelt Luria zunächst den Rahmen für seinen Ansatz, der hier deshalb so ausführlich zitiert sei, weil er häufig unterschlagen wird: »Um die komplizierten Formen des bewußten Lebens des Menschen zu erklären, muß man über die Grenzen des Organismus hinausgehen, die Quellen dieser bewußten Tätigkeit und des kategorialen Verhaltens nicht in den Tiefen des Gehirns und nicht in den Tiefen des Geistes suchen, sondern in den äußeren Lebensbedingungen des gesellschaftlichen Lebens, in den sozial-historischen Formen der menschlichen Existenz« (S. 16).

Der Kern der Arbeit widmet sich einem Problem, das in der hiesigen Sprachbehindertenpädagogik ein Schattendasein führt und linguistisch in den Bereich der Semantik-Lexik gehört. Das Wort, für Luria das grundlegende Element der Sprache, wird zum Gegenstand seiner Ausführungen. Mit den Wörtern und ihren systematischen Verbindungen erhält der Mensch die Fähigkeit, Gegenstände, Handlungen, Eigenschaften und Beziehungen zu bezeichnen und unabhängig von der anschaulichen Wahrnehmung zu agieren. Aus diesem Verständnis heraus hat das Wort eine doppelte Funktion im Sinne der Gegenstandsbezogenheit, der Bezeichnung eines Gegenstandes und der Bedeutung als Grundlage der Verallgemeinerung bzw. als Werkzeug des Denkens und als Werkzeug der verbalen Kommunikation. Luria nimmt die Wygotski-Leontjewsche Unterscheidung von Bedeutung und Sinn an, womit Kategorien für die Untersuchung der Entwicklung der Wortbedeutung in der Ontogenese gegeben sind. Für diesen Bereich der Begriffe und semantischen Felder stellt Luria zahlreiche diagnostische Möglichkeiten vor. Hochinteressant werden in diesem Zusammenhang die Überlegungen zur Funktion des Wortes als ein Mittel zur Steuerung der höheren psychischen Prozesse, also in den Wahrnehmungen und den Handlungen eines Individuums. Von dieser Basis aus erweitert Luria das Blickfeld und wendet sich der Verbindung von semantischen und

syntaktischen Strukturen zu, um schließlich Wort, Satz und Text in seine Betrachtungen einzubeziehen. Damit ist er bei der sprachlichen Äußerung angelangt, die er in ihrer dialogischen und monologischen Form in der mündlichen und schriftlichen Sprache analysiert, wobei er sich schwerpunktmäßig mit dem Verstehen von sprachlichen Produktionen beschäftigt. Bei diesen Prozessen des Verstehens wird die Unterscheidung von der Bedeutung als äußerer, allgemeiner Erscheinung und dem Sinn als einem tiefergehenden Verständniszugang zu einer sprachlichen Äußerung wieder relevant.

Den Abschluß des Buches bilden die bekannten, kurz und präzise zusammengefaßten Einteilungen des Autors in die drei funktionellen Haupteinheiten der Zerebralorganisation und ihre Bedeutung für die Sprachpathologie.

An dieser Stelle nun setzt das zweite erwähnte Buch von der Luria-Schülerin Tsvetkova ein, die sich mit den Problemen aphatischer Störungen auseinandersetzt. Ihr Ausgangspunkt ist gerade das Einteilungsschema der Aphasien von Luria, das folgendermaßen zusammengefaßt werden kann:

- A — unterer Teil des prämotorischen Bereichs (Broca) = kinetische und dynamische Aphasie
- B — retrozentraler Bereich = kinästhetische Aphasie
- C — temporaler Bereich (Wernicke) = sensorische und akustisch-mnestische Aphasie
- D — temporal-parietal-occipitaler Bereich = semantische und amnestische Aphasie

Diesem theoretischen Vorspann schließen sich rund 300 Seiten Praxis der Aphasietherapie an, die lehrbuchartig in einer überzeugenden Übersichtlichkeit präsentiert wird. Drei Teilabschnitte werden als Gliederung gewählt, die sich in die Darstellung der Störung und der Restitution a) der phonisch-expressiven Sprachperformanz, b) der phonisch-rezeptiven Sprachperformanz und c) der graphisch-expressiven und graphisch-rezeptiven Sprachperformanz unterteilen.

Alle Kapitel gliedern sich in eine allgemeine Störungscharakteristik, in die Vorstellung der Methodik der Rehabilitation als Stufenprozeß und in die Analyse von Fallbeispielen.

Das Buch wird somit für jeden in der klinischen Sprachtherapie Tätigen bedeutsam, es enthält aber auch für die im Rahmen der Schule für Sprachbehinderte arbeitenden Kollegen interessante Anregungen. Für die Einschätzung dieser Publikation von Tsvetkova kann man sich so voll den Worten des Herausgebers, Günter Peuser, anschließen, der im Vorwort schreibt: „Tsvetkovas

Buch stellt damit eine im deutschen Schrifttum kaum anzutreffende ideale Verbindung von hohem theoretischen Niveau, allgemeinverständlicher Darstellung und Praxisrelevanz dar.«

Möchte man diese Arbeit zumindest in jeder Lehrerbücherei einer Schule für Sprachbehinderte stehen sehen (der hohe Verkaufspreis wird private Anschaffungen nicht gerade fördern), so gilt für Lurias Publikation »Sprache und Bewußtsein« die Empfehlung, daß sie jedem Lehrer für Sprachbehinderte zur Pflichtlektüre werden möge. Die Sprachbehindertenpädagogik hat durch diese beiden Werke zweifellos zwei kaum zu unterschätzende Höhepunkte für ihre theoretische und praktische Forschung erhalten.

Axel Holtz

Aleksej Alekseevic Leont'ev: Psychologie des sprachlichen Verkehrs. Pragmalinguistik Band 27. Beltz Verlag 1982. 191 Seiten, 34 DM.

Nach »Sprache — Sprechen — Sprechfähigkeit« (1971), »Psycholinguistik und Sprachunterricht« (1974) und »Psycholinguistische Einheiten und die Erzeugung sprachlicher Äußerungen« (1975) liegt hier die vierte Buchpublikation des sowjetischen Linguisten und Psychologen A.A. Leont'ev in der Bundesrepublik Deutschland vor. Im Vergleich zu den früheren Arbeiten wird das Blickfeld radikal erweitert, wenn der Autor seine Kenntnisse in beiden Disziplinen versucht zusammenzuführen zu einer materialistischen Theorie der menschlichen Kommunikation. Die Theorie der Sprechfähigkeit wird konfrontiert mit dem Marxschen Verkehrsbegriff, zweifellos ein neuer Versuch, Kommunikationsprozesse zu analysieren. Der Verkehr kennzeichnet hier die spezifische Wechselwirkung von Menschen, deren zentrales Medium eben die Sprache ist. Auch Leont'ev geht von der Arbeitstätigkeit aus, in der der Mensch in Beziehung zur außermenschlichen Natur tritt, die ihn aber auch zu Wechselwirkungen untereinander führt. Genau in diesem Kontext wird die sprachliche Verkehrstätigkeit relevant, in der der Austausch der Menschen, ihr Verkehr, auf ein bei Lebewesen einmalig hohes Niveau gehoben wird. Von hier aus entwickelt sich auch die Sprache aus ihrem Eingebundensein in die Arbeitstätigkeit zu einem relativ selbständigen Handlungssystem, zur Sprechfähigkeit. »Unsere erste und grundlegende These lautet, daß die historische Entwicklung der Verkehrsform vom Verkehr, der in irgendeiner anderen Tätigkeit integriert ist, weitergeht zum Verkehr als einer Tätigkeit, zur Verkehrstätigkeit« (S. 38).

Der Verkehr ist somit sozial orientiert, aber auch, dies wird vor allem pädagogisch relevant, persönlich, im Sinne der Herausbildung und Verände-

rung der einzelnen Persönlichkeit. Entsprechend der Struktur der Tätigkeit spricht Leont'ev a) von dem Motiv, sprachlich zu verkehren, b) von der sprachlichen Intention, c) von der inneren Programmierung der sprachlichen Handlung, d) von der Realisation des inneren Programms (Semantik und Grammatik) und e) von der lautlichen Realisation der Äußerung.

Auffallend ist hier die Unterschlagung der Kontrollphase der Tätigkeit, ein nicht ganz einsichtiges Manko. Für Leont'ev werden vielmehr die Orientierung, die Bedingungen und die Parameter der Verkehrstätigkeit interessant, die er eingehend analysiert (Gesprächspartner, Gesprächssituation usw.).

Den Schluß des Buches bildet ein Aufsatz mit dem Titel »Tätigkeit und gesellschaftlicher Verkehr«, der als Anhang zu verstehen ist.

Die Arbeit Leont'evs ist ohne Frage primär theoretischer Natur. Dies kann nicht anders sein, wenn man berücksichtigt, daß es sich hier um einen ersten Versuch handelt, eine Kommunikationstheorie im Rahmen der Kategorie der Tätigkeit, speziell der Verkehrstätigkeit, zu formulieren. Hierfür enthält das Buch neben Schwachstellen hochinteressante Anregungen, die auf ihre Bedeutung für die Verkehrstätigkeit in der Schule (für Sprachbehinderte) überprüft werden müßten. Gerade dieser Aspekt scheint mir eine lohnende Aufgabe für Kollegen in Theorie und Praxis, die sich dem Tätigkeitskonzept verpflichtet fühlen; eine erfreuliche Realität, die ja auch in der Sprachbehindertenpädagogik hier und da vorkommen soll.

Axel Holtz

Reimer Kornmann, Hans Meister und Jörg Schlee (Hrsg.): **Förderungs-Diagnostik**. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten. G. Schindele Verlag, Heidelberg 1983. 266 Seiten. Kartoniert. 30 DM.

Das vorliegende Buch ist Ergebnis eines von der Stiftung Volkswagenwerk unterstützten Symposiums »Förderdiagnostik in der Sonderpädagogik: Konzept und Realisierungsmöglichkeiten«, das unter der Beteiligung von rund 30 Lehrern, Hochschullehrern und Wissenschaftlern 1981 in Heidelberg stattgefunden hat.

Da fast alle Teilnehmer, die nicht nur aus dem engeren Arbeitsbereich der Sonderpädagogik stammen und die die gesamte Breite psychologischer und sonderpädagogischer Diagnostik zum Teil exemplarisch repräsentieren, mit einem Papier in diesem Band vertreten sind, spiegeln die Beiträge die große Spannweite der unterschiedlichen, gelegentlich gar widersprüchlichen An-

sätze, der Grenzen und Möglichkeiten sonderpädagogischer Diagnostik wider.

Theoretische Grundlagen förderdiagnostischer Ansätze werden von Kautter, Kobi, Krämer, Möckel und Rödler diskutiert, kritisch beleuchtet von Hilbeschmidt, Kretschmann, Schlee, Schröder und Wocken. Die 14 folgenden Beiträge sind konkret an Praxis und Unterricht orientiert und befassen sich mit Fragestellungen, Aufgaben, Methoden und Anwendungsbereichen der Förderdiagnostik, darunter vier Erfahrungsberichte. Auch wenn einleitend in Frage gestellt wird, ob im Zusammenhang mit der Ausbildung von Sonderschullehrern und der Vermittlung förderdiagnostischer Erkenntnisse überhaupt ein in sich geschlossenes Curriculum angestrebt werden sollte, weil dies möglicherweise wichtigen Prinzipien der Förderdiagnostik selbst widersprechen würde, befassen sich zwei Beiträge von Meister und Schoor bedenkenwerterweise mit der »Didaktik der Förderdiagnostik« und den Möglichkeiten des Austausches bei der Vermittlung von wesentlichen Elementen eines förderdiagnostischen Konzepts. Lobenswert der Versuch, die Diskussion und ihre Ergebnisse anhand von Protokollen aus den verschiedenen Arbeitsgruppen darzustellen; leider sind diese Protokolle etwas zu knapp und kurz gehalten.

Wer sich ernsthaft mit dem Thema der sonderpädagogischen Diagnostik auseinandersetzen will, wird an diesem Buch nicht vorbeigehen können, auch wenn und gerade weil er weiß, daß hier keine fertigen Rezepte geboten werden (konnten). Das macht auch insbesondere die sogenannte »Dissensen-Liste« mit Thesen und Anti-Thesen zu einzelnen Fragen der Förderdiagnostik deutlich. Sie zeigt die Bereiche auf, an denen in der Zukunft intensiv weitergearbeitet werden muß und für die dieses Buch eine wichtige inhaltliche Ausgangsbasis bereitstellt.

Nicht nur amüsant schließlich ist eine von Schlee zusammengestellte, unvollendete Liste von über 70 »aufgespießten« Begriffen, die in irgendeiner Weise den Terminus Diagnostik/Diagnose verwenden. Sie illustriert augenfällig die in allen Bereichen grassierende Begriffsinflation und vermag zugleich das Aussagegewicht manchen, zu dogmatisch verwendeten Begriffs zu relativieren. Um die abschließend von Schlee gestellte Frage »Wissen wir noch, über was wir reden?« zu beantworten: Nach dem Lesen des Buches weiß man um einiges genauer, worüber man nicht redet bzw. was man nicht weiß. Und das ist schon ein großer Schritt, und zwar nicht nur ein wissenschaftlicher Fort-Schritt!

Klaus K. Urban

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern Wolfgang Zitzelsberger, Lucas-Cranach-Weg 32, 8726 Gochsheim
Berlin Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen Prof. D. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg August Bergmann, Schlehenweg 22, 2110 Buchholz
Hessen Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland Dipl. Päd. G. Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein Ingeburg Steffen, Gartenstraße 25, 2302 Flintbek
Westfalen-Lippe Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Redaktion Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis
Marburg/Lahn), Telefon (064 22) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9, Sonderpädagogik
Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13
Telefon: Dienststelle (040) 41 23 39 56

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne GmbH · Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 5,50 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 33,— DM zuzüglich 4,80 DM 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, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Die Autoren erhalten für ihre Beiträge ein Honorar von 10,— DM je angefangene Druckseite. Darüber hinaus werden den Verfassern 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und sind spätestens mit der Korrekturrückgabe 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.

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt

Wartenberg & Söhne GmbH
Druckerei und Verlag
Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50

HERRN WSS 005690 *0002*
KLAUS WITTMANN
BLEIBTREISTR. 45
D 1000 BERLIN 12

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag
anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße
und pünktliche Belieferung gewährleistet werden

Wartenberg & Söhne GmbH
Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

Diplom-Pädagogin

(mit dem Schwerpunkt
Sprachbehindertenpädagogik);
1. Staatsexamen für das Lehramt
für Sonderpädagogik (Sprach- und
Lernbehinderte); Erfahrung in der
Arbeit als Ambulanzleiterin
sucht Tätigkeit im Raum Osnabrück.

Angebote unter Chiffre Nr. 01/03 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Diplom-Pädagogin

(Schwerpunkt Sprachheilpädagogik)
sucht Betätigungsfeld im Raum
Hannover.

Angebote unter Chiffre Nr. 02/03 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Studentische Arbeitsgruppe sucht, weil vergriffen, mehrere Exemplare:
G. Homburg: Die Pädagogik der Sprachbehinderten.

Angebote unter Chiffre Nr. 03/03 SP an den Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.