

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



## Inhaltsverzeichnis

### Hauptbeiträge Seite

*Jutta Breckow, Köln*  
Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet 197

*Ilka Nadler und Sabine Mühe, Bremen*  
Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum 209

*Dieter Schweppe, Bissendorf, und Peter Jehle, Frankfurt/Main*  
Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis 217

*Alf Preus, Vesterøy (Norwegen)*  
Sprachheilwesen und Sprachheillehrerbildung in Skandinavien 225

### Aus der Forschung Seite

*Friedrich Michael Dannenbauer, München*  
Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung 234

Umschau 238

Würdigung 240

Aus der Organisation 240

Bücher und Zeitschriften 241

Vorschau 248

Hinweise für die Autoren 249

**Postverlagsort Hamburg**  
**30. Jahrgang**  
**Oktober 1985 · Heft 5**



## **Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)**

---

Vorsitzende: Anita Schwarze, 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:

Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15b, 2100 Hamburg 90, Telefon (040) 7 90 58 33

### **Landesgruppen:**

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Wolfgang Zitzelsberger, Ernst-Herrmann-Straße 17, 8720 Schweinfurt
Berlin	Dipl.-Päd. Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenberg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

---

### **Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik**

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

Redaktion (neue Anschriften) . Arno Schulze, Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn  
Telefon: Dienststelle (06421) 28 38 20  
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13  
Telefon: Dienststelle (040) 4123 3757

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 6,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 36,— DM zuzüglich 4,80 DM Portokosten.

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

### **Mitteilungen der Redaktion**

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

Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist 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 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 e.V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

---

**Beilagenhinweis:** Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Bestellzettel des Verlages Wartenberg & Söhne GmbH, Hamburg, bei.





Jutta Breckow, Köln

## Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet

### Zusammenfassung

Der Ansatz von *Van Riper/Irwin* zur Therapie von Artikulationsstörungen wird als zu enger Auslegung verleitend angesehen und deshalb erweitert durch ein Konzept, das auf der breiteren Ebene der kommunikativen Kompetenz beruht. An einem Fallbeispiel wird eine Realisationsmöglichkeit dieses Konzepts gezeigt. Aufgrund der Evaluation werden Möglichkeiten und Grenzen dieses Modells diskutiert.

### 1. Bestandsaufnahme

Obwohl *Van Riper/Irwin* die Bedeutung emotionaler Schwierigkeiten und zwischenmenschlicher Beziehungen für die Entstehung von Artikulationsstörungen erkennen, haben sie eine Therapie entwickelt, die auf dem Gedanken basiert, daß »der Mensch als eine Maschine mit eingebauten automatischen Kontrollen angesehen werden kann« (*Van Riper/Irwin*, S. 123). Ein solches Modell verleitet (besonders noch unerfahrene) Sprachtherapeuten, Interventionen nur auf das lautlich richtige Sprechen auszurichten. Das Bild vom Menschen als einer Maschine, deren Teilfunktionen an einer oder mehreren Stellen gestört sein können, kann nicht aufrechterhalten werden, wenn berücksichtigt wird, daß das Bewußtsein des Menschen eine nicht unwesentliche Rolle spielt und nicht als Teilfunktion einer Maschine angesehen werden kann. Es wird deshalb hier die Auffassung vertreten, daß der Mensch eine integrierte Ganzheit ist, deren Systeme auf den unterschiedlichsten Ebenen (z. B. Zellen, Organe, Familie, Schule, Volk ...) in wechselseitiger Beziehung und Abhängigkeit stehen (*Capra*, S. 295).

Auf diesem Hintergrund erscheint es unangemessen, sich in der Therapie bei Kindern mit Artikulationsstörungen nur der Artikulation zu widmen. Unter Artikulationsstörung wird hier die unterschiedlich verursachte Unfähigkeit verstanden, einen oder mehrere Sprachlaute dem phonologischen Regelsystem der Muttersprache entsprechend zu gebrauchen (*Knura* 1980, S. 23).

Es muß vielmehr das Kind mit der sprachlichen Auffälligkeit in Zusammenhang mit seinen anderen Lebensäußerungen und den darin enthaltenen Lebensproblemen betrachtet werden. Im verbalen und nonverbalen Verhalten des Kindes anderen Menschen gegenüber läßt sich seine kommunikative Kompetenz erkennen. Ihre Unterstützung und — wenn nötig — Förderung ist neben der Behandlung der Artikulationsstörung Aufgabe des Sprachtherapeuten.

Es soll deshalb hier dargestellt werden, wie die Therapie von *Van Riper/Irwin* verbunden werden kann mit einer breiter ansetzenden Kommunikationsförderung. Dazu wird zunächst eine Beschreibung dessen gegeben, was mit kommunikativer Kompetenz und deren Förderung gemeint ist. Danach wird kurz eine Skizzierung der Therapie von *Van Riper/Irwin* vorgelegt, damit die beiden Ansätze klarer werden. Die Beziehung, die diese Ansätze zueinander einnehmen sollen, wird deutlich gemacht, indem sie gegen eine andere Modellvorstellung von *Grohnfeldt* abgesetzt wird. Wie die dargestellte Beziehung im sprachtherapeutischen Umgang mit einem Kind mit Artikulationsstörungen konkret umgesetzt wird, soll am Fall der Heike M. gezeigt werden. Anschließend werden die Er-



gebnisse der Therapie und die entstandenen Schwierigkeiten mitgeteilt und die mögliche Verwendung der dargestellten Überlegungen in Therapie und Unterricht diskutiert.

2. *Überschaubarmachung zweier sprachtherapeutischer Ansätze: Kommunikationsförderung und Sprachtherapie*

Jedes Individuum muß sich auf der einen Seite den gesellschaftlichen Bedingungen, Regeln und Übereinkünften anpassen. Auf der anderen Seite kann es auf seine Umwelt einwirken, verändernd Einfluß nehmen.

Für diese Auseinandersetzung bietet Sprache für den Menschen eines der wichtigsten Instrumente. Sie dient dazu, Anpassung und Selbstverwirklichung durch Austausch mit der Umwelt in ein harmonisches Verhältnis zu bringen. Ein angemessener Austausch, durch den die Entwicklung der Persönlichkeit in ihrem Umweltkontext stattfinden kann, wird ermöglicht, wenn das Individuum über kommunikative Kompetenz verfügt. Der Austausch erfolgt dabei sowohl verbal als auch nonverbal. Eine einfache bildliche Darstellung soll den Austauschprozeß zwischen zwei Individuen darstellen.

Das Individuum A gibt eine Information an das Individuum B ab. B nimmt die Information auf, verarbeitet sie und reagiert, indem es eine Antwort an A abgibt. A nimmt die Antwort auf, verarbeitet sie und antwortet seiner-

seits durch Abgabe einer neuen Information. B nimmt sie auf und entwickelt bei der Verarbeitung den nächsten Gedankengang, der wieder an A weitergegeben wird, usw.

Der Auseinandersetzungsprozeß ist auch beim Spracherwerb zu erkennen: Das Individuum muß sich einerseits den Übereinkünften seiner Sprachgemeinschaft über das, was bestimmte Begriffe bedeuten, über die Regeln, nach denen Sprache aufgebaut ist, und über die richtige lautliche Realisierung anpassen. Andererseits bietet Sprache die Chance, in die Umwelt hineinzuwirken, die eigenen Bedürfnisse deutlich zu machen, damit sie befriedigt werden können. Dabei wird das Sprachsystem konzipierend und die Sprachverwendung intervenierend zum Sprachhandeln. Je besser das Individuum im Austausch mit seiner Umwelt lernt, sich des Instruments Sprache zu bedienen, um so größer wird seine kommunikative Kompetenz.

Dieses gedankliche Modell ist eine Weiterführung der Theorie von Westphal (1982), der sich darum bemüht, »... die Wissenschaft (wieder) menschlich machen« zu wollen. Unter anderem soll das dadurch geschehen, daß Einseitigkeiten vermieden werden. Westphal sieht Einseitigkeiten dort, wo Schüler als »Hirn auf Beinen« behandelt werden. Nicht nur hinsichtlich der Kognition, sondern auch hinsichtlich der Sprache müssen Einseitigkeiten bewußt vom Pädagogen vermieden werden.

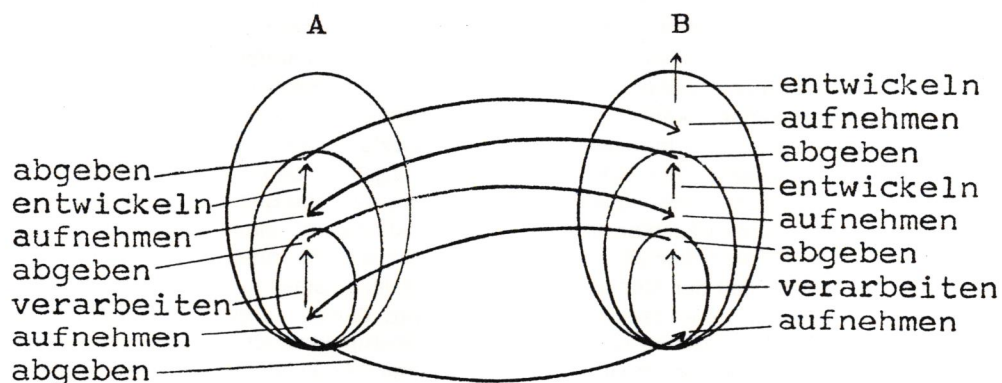


Abbildung 1: Austauschprozeß zwischen zwei Individuen A und B



Es wird hier davon ausgegangen, daß Artikulationsstörungen nicht nur auf der Ebene des Instruments Sprache von Bedeutung sind, sondern daß eine Wechselwirkung besteht zwischen der Auseinsetzung mit der Umwelt, dem sprachlichen Handeln und dem Austausch. Es ergeben sich deshalb in allen drei Bereichen Auswirkungen der Artikulationsstörung, und sie müssen bei der Behandlung mit berücksichtigt werden.

Das Ziel, kommunikative Kompetenz zu fördern, bedeutet demnach, die Auseinander-

setzung des Individuums mit seiner Umwelt so zu unterstützen, daß durch verbale und nonverbale Kommunikation ein angemessener Austausch stattfinden kann. Angemessenheit ist dann gegeben, wenn die Entwicklung der Persönlichkeit dabei vorankommt.

Einem solchen Ansatz kommen die Vorstellungen Affolters entgegen. Die Prozesse bei der Entwicklung der Sprache werden von ihr auf der Grundlage der Erkenntnisse von Piaget wie folgt dargestellt:

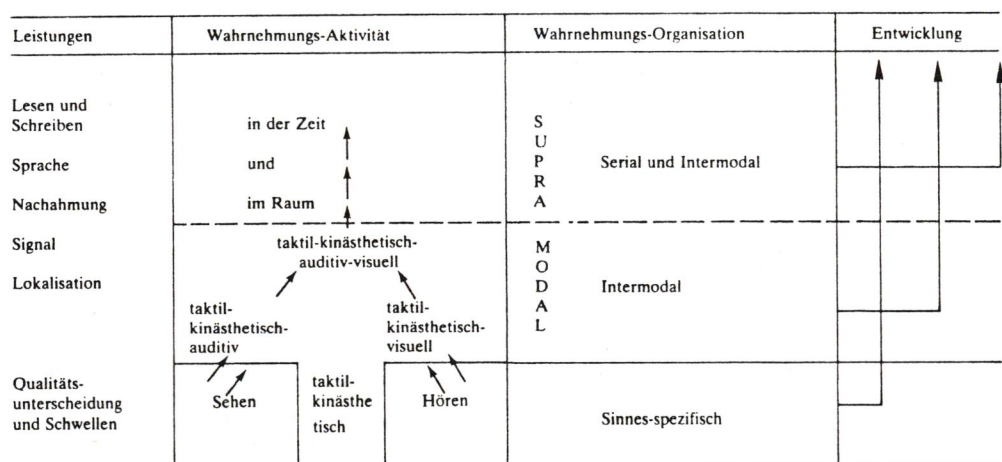


Abbildung 2: Prozesse bei der Entwicklung der Sprache (Affolter, S. 613)

Da nach Piaget jede Entwicklungsphase als eine Weiterentwicklung des vorangegangenen Stadiums angesehen wird und komplexe Funktionen (wie es die Sprache ist) sich nur normal entwickeln können, wenn die Vorprozesse ungestört durchlaufen sind, muß in der Diagnose erkundet werden, wo in der ontogenetischen Entwicklungsgeschichte Störungen aufgetreten sind. Ein »Nachbahnen« der gestörten Wahrnehmungsleistungen sollte jedoch nicht in einem isolierten Training vollzogen werden, sondern mit dem Ziel der sprachlichen Handlungsfähigkeit sollen Tätigkeiten durchgeführt werden, die für das Kind subjektiv sinnvoll sind. Konkret bedeutet das, daß ausgegangen werden sollte von komplexen Situationen, denen sich das Kind täglich gegenüber sieht. Es kann sich dabei etwa um die Interaktion des Kindes mit der Mutter in seinem häuslichen Umfeld han-

deln, um den Umgang des Kindes mit Spielkameraden oder um die Kontaktaufnahme des Kindes mit einem Erwachsenen (z. B. dem Sprachtherapeuten). Die Aufgabe des Sprachtherapeuten ist es, dem Kind solche Situationen meistern zu helfen, indem er sie strukturiert und die sprachlichen Schwierigkeiten überwinden hilft. Dadurch soll das Kind dahin geführt werden, daß es situationsangemessen kommunizieren kann.

In Abhebung davon liefern Van Riper/Irwin ein Modell für eine in »hochorganisierten, künstlichen Situationen« (Braun u. a., S. 10) durchgeführte Sprachtherapie. Ihr Ziel ist es, dem Sprachgeschädigten zu helfen, seine Artikulationsstörung zu beseitigen (Van Riper/Irwin, S. 122). Van Riper/Irwin verstehen unter Artikulationsstörung die »fehlerhafte Bildung eines spezifischen Phonems« (Van Riper/Irwin, S. 11).



Es wird davon ausgegangen, daß dieser Ansatz einen hohen Bekanntheitsgrad besitzt. Deshalb wird hier nur eine Übersicht gege-

ben über die therapeutischen Schritte und Funktionen, die *Van Riper/Irwin* vorschlagen.

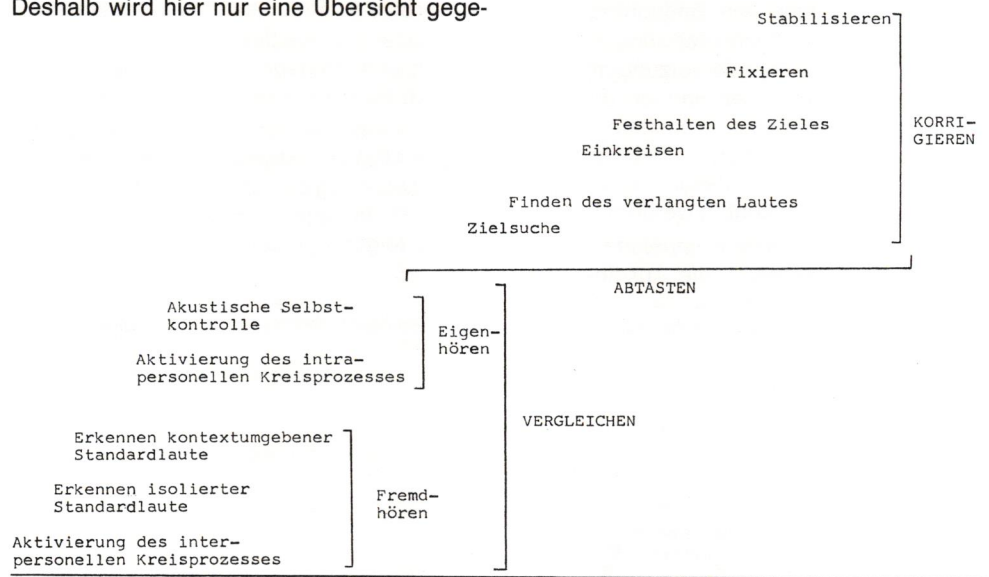


Abbildung 3: Strukturierung der Sprachtherapie bei Van Riper/Irwin

### 3. Vertiefende Kennzeichnung eines verbindenden sprachtherapeutischen Ansatzes

#### 3.1. Verdeutlichung der Beziehung von Kommunikationsförderung und Sprachtherapie

Kommunikationsförderung soll nach dem oben Ausgeführten in möglichst natürlichen Situationen geschehen und würde somit der sprachtherapeutischen Erziehung (*Braun* u. a. 1980) zuzuordnen sein, während der Ansatz von *Van Riper/Irwin* in seiner ausschließlichen Ausrichtung auf Aussprache Sprachtherapie im engeren Sinne ist.

Aufgrund der Erkenntnis von der Komplexität der möglichen Auswirkungen von sprachlichen Störungen und der notwendigen ganzheitlichen Sicht und Behandlung von Kindern mit sprachlichen Schwierigkeiten (*Knura* 1973) kann Sprachtherapie im Sinne von mechanischen Sprechübungen nicht ausreichen. Auf der anderen Seite bleibt Kommunikationsförderung unvollkommen, wenn sie sich beschränkt auf die Nutzung zufällig auftauchender Situationen, in denen die für das

Kind schwierige Lautbildung vorkommt. Es erscheint deshalb notwendig, eine Verbindung zwischen sprachtherapeutischer Erziehung und Sprachtherapie zu schaffen.

Dafür wird folgender Vorschlag gemacht: Ausgegangen wird von einer möglichst natürlichen Lernsituation, die aber vom Sprachbehindertenpädagogen bereits so vorstrukturiert ist, daß die vom Kind nicht richtig gesprochenen Laute mit hoher Wahrscheinlichkeit auftauchen. Metakommunikativ wird dem Kind gegenüber daraus die Notwendigkeit abgeleitet, hier mit sprachtherapeutischen Übungen anzusetzen. Die Funktion dieser Übungen wird dem Kind offengelegt als Hilfe, die vorherige Situation besser sprachlich bewältigen zu können. Damit diese Funktion nicht aus dem Auge verloren wird und um eine Rückmeldung über den Lernerfolg geben zu können, wird die Situation, von der ausgegangen worden ist, nach den Artikulationsübungen wieder aufgegriffen und weitergeführt.

Dieser handlungsorientierte Ansatz unterscheidet sich von dem von *Grohnfeldt* dargestellten vornehmlich durch die Art der Struk-



turierung, die auch den Aufbau der Therapie bestimmt. *Grohnfeldt* meint, daß der Erkenntnis, jede Entwicklungsstufe müsse bis zu einem gewissen Grad ausgebildet sein, um die nächstfolgende darauf aufbauen zu kön-

nen (*Piaget*), durch die Einhaltung einer hierarchischen Struktur von Lernprozessen Rechnung getragen werden soll (*Grohnfeldt* 1981, S. 30). Eine solche Hierarchie stellt er folgendermaßen dar:

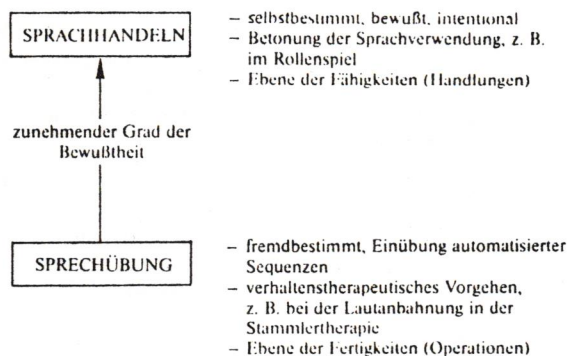


Abbildung 4: Hierarchische Struktur von Lernprozessen in der Sprachtherapie (*Grohnfeldt*, S. 29)

Mehrere Gründe sprechen dafür, aus dem Ansatz von *Piaget* andere Konsequenzen zu ziehen.

1. Kinder, die zur sprachtherapeutischen Behandlung kommen, befinden sich aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr auf der Entwicklungsstufe, in der die Vorbedingungen für die Artikulationsstörungen aufgetaucht sind. Die zu diesem Zeitpunkt zutage tretenden Schwierigkeiten werden vielmehr als ein Ergebnis von vorsprachlichen Wahrnehmungsstörungen früherer Entwicklungsstufen angesehen. Ein »Nachbahnen« der gestörten Funktionen soll für das Kind subjektiv sinnvoll sein. Das ist schwer durch einen unvermittelten Sprung in frühere Entwicklungsstadien möglich. Jeder wird einsehen, daß mit einem vierjährigen Kind nicht wie mit einem zweijährigen gesprochen werden kann, selbst wenn es auf dem lautlichen Entwicklungsstand dieses Alters steht. Dem aktuellen Entwicklungsstand des jeweiligen Kindes mit seinen spezifischen Störungen wird besser Rechnung getragen, wenn von einer natürlichen Kommunikationssituation ausgegangen wird und metakommunikativ deutlich gemacht wird, was einer Korrektur bedarf und weshalb. Die Notwendigkeit dafür wird auf diese Weise für das Kind subjektiv sinnvoll.

2. Artikulationsstörungen zeigen sich in alltäglichen Situationen, die sehr komplex sind und in denen den Kindern die unterschiedlichsten, komplizierten Funktionen auf der pragmatischen, semantischen, syntaktischen und phonologischen Ebene der Sprache abverlangt werden. *Van Riper/Irwin* konzentrieren sich von vornherein auf die phonologische Ebene. Die Isolierung der Schwierigkeit soll in ihrer Wichtigkeit nicht bestritten werden. Jeder Sprachtherapeut weiß aber, wie groß die Hürde für die Kinder ist, die neu gelernte, richtige Lautbildung auch in der Spontansprache anzuwenden. Das ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß reine Funktionsübungen nicht helfen, die komplexe Sprachleistung zu bewältigen. Zusätzlich muß die Wahrnehmung von Kommunikationssituationen durch Strukturierung unterstützt werden.

3. Die Trennung von Funktionsübungen und Kommunikationszusammenhang basiert auf einem mechanistischen Menschenbild, das meines Erachtens zukünftig nicht mehr aufrechterhalten werden kann (siehe Bestandsaufnahme). Statt dessen wird der Mensch als ein Systemganzes innerhalb eines Systems gesehen, das alle Eigenschaften seiner Untersysteme besitzt. Diese Untersysteme haben jedoch nicht die Eigenschaften der



Ganzheit (Lorenz, S. 53). »Das System höherer Integriationsebene ist danach nicht aus der niedrigeren deduzierbar, so genau man dieses auch kennen möge« (Simon, S. 31).

Diese Argumentation birgt bereits das Modell in sich, das statt der hierarchischen Strukturierung von Lernprozessen (vgl. handlungsorientierter Ansatz von Grohnfeldt) hier vorgeschlagen wird.

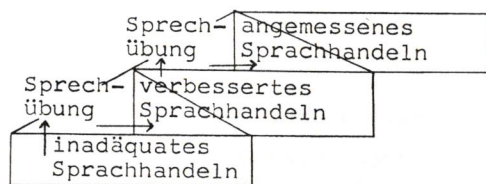


Abbildung 5: Modell zur Strukturierung kommunikationsfördernder Therapie

Die Darstellung soll deutlich machen, wie die Sprechübungen exkursartig aus dem Sprachhandeln hervorgehen und so lange in die verbesserte Form des Sprachhandelns münden, bis angemessenes Sprachhandeln erreicht ist.

Wie das konkret in der praktischen Durchführung aussehen kann, soll im folgenden an einem Fallbeispiel deutlich gemacht werden.

### 3.2. Darstellung einer kommunikationsfördernden Sprachtherapie bei Heike M.

Heike war zum Zeitpunkt der Behandlung 6;0 Jahre alt. Sie bildete stimmlose und stimmhafte S-Laute interdental und ersetzte den SCH-Laut durch ein stimmloses S (auch interdental gebildet). Diese Entstellungen kamen im An-, In- und Auslaut vor. In Situationen gesteigerter Konzentration näherten sich die entstellten Laute akustisch den Standardlauten [S], [Z] und [ʃ] an.

Hier soll nur der Abschnitt der Behandlung exemplarisch dargestellt werden, in dem Heike lernen sollte, das [ʃ] richtig zu sprechen.

Bei den Sitzungen (siehe S. 203—206) waren immer fünf bis acht Studenten und die Mutter anwesend, die auch mit in die Handlung einbezogen wurden.

An der geplanten Themenstellung wurde festgehalten, die einzelnen Therapieschritte wurden in ihrer Intensität und Länge den sich akut zeigenden Bedürfnissen und Schwierigkeiten des Kindes angepaßt. Zum Beispiel mußten die Schwierigkeiten bei der Verbindung des [ʃ] mit Vokalen oder Konsonanten häufiger wieder aufgegriffen werden, während der Einzellaute recht schnell artikuliert werden konnte.

Das Beispiel ist nicht gedacht als Darstellung einer ganz neuen Alternative zur Behandlung von Kindern mit Artikulationsstörungen, sondern als Erweiterung der Sprachtherapie als hochorganisierte, künstliche Situation. Sie ist vorrangig in den Exkursen wiederzufinden. Betont werden muß dabei, daß für die Einbettung dieser Exkurse in den Verlauf der Sitzungen die Metakommunikation von größter Bedeutung ist, d. h., die Offenlegung und Strukturierung der kommunikativen Situation wird durch das Gespräch über diese geleistet.

### 4. Evaluation und Entwicklung didaktischer Planungsstrategien

Die Kurzbeschreibung der Behandlung zeigt, daß H. nach sechs Sitzungen à 45 Minuten das [ʃ] im An-, In- und Auslaut sowie in verschiedenen Vokal- und Konsonantenverbindungen als auch in den verschiedensten Situationen richtig sprechen kann.

In den Nachbesprechungen mit den Studenten ist die Frage aufgetreten, ob es nicht zeitlich unökonomisch ist, so viel zu spielen und darauf zu warten, bis H. Wörter mit SCH benutzt. Statt dessen könnte man in kompakterer Form Sprechübungen mit H. machen, die das SCH häufiger auftreten lassen. Gerade wenn die Praxis zeigt, daß Zeit Geld ist und viele auf Behandlung wartende Kinder und das Interesse der Krankenkassen das Empfinden des Sprachheilpädagogen erhöhen, unter Zeitdruck zu stehen, scheint die vorgestellte Methode zu zeitaufwendig zu sein.

Es werden folgende Erfahrungen dagegehalten:

1. H. hatte bereits ein halbes Jahr zuvor eine Sprachtherapie begonnen, die abgebrochen



# 1. SITZUNG

Thema	Therapieschritte nach VAN RIPER/IRWIN	Interventionen
Wir fahren mit der Eisenbahn. Die Dampflok macht [S]	Fremdhören (Erkennen des isolierten Standardlautes)	Der Sprachheilpäd. (S.) spielt die Lok. Studenten und Mutter spielen die Wagen. Heike (H.) entscheidet, welche Wagen angehängt werden (nur, wer ein richtiges [S] artikuliert).
	Eigenhören	Der Zug fährt ab. H. will mitfahren. Dazu muß sie richtig [S] sagen.
	VERGLEICHEN	H. probiert und entscheidet: Ihr [S] hört sich anders an als das der anderen.
Exkurs Sprechübung	ABTASTEN Zielsuche	Am Spiegel wird H. die Schnütchenbildung gezeigt. Es wird mit Schnütchen gehaucht, ein Wattebart <sup>W</sup> zwischen Oberlippe und Nase gehalten → [S]
	VERGLEICHEN	Neue Entscheidung: Heikes [S] hört sich so an wie das der anderen.
Wir fahren nach Afrika (ganz weit weg)	Finden des verlangten Lautes	H. kann sich als Wagen an den Zug anhängen. Dabei ist es nötig, den bei der Zielsuche erarbeiteten Laut immer wieder zu finden. Die Mutter, die den vorletzten Wagen spielt, kontrolliert die [S]-Bildung bei H. und spricht ihr immer wieder das [S] vor.

Das auf S. 202 vorgeschlagene Modell ist bis zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen zur Anwendung gekommen:

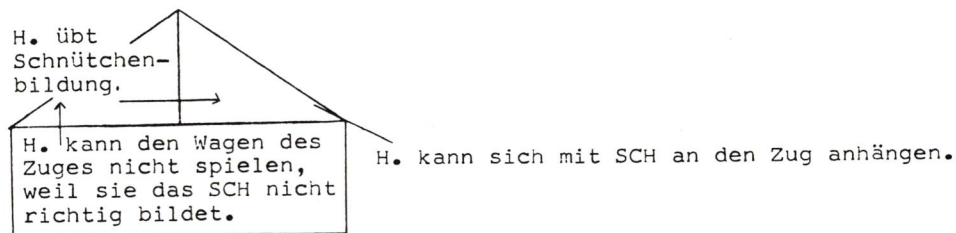


Abbildung 6: Konkretisierung des Modells aus Abbildung 5 (1)



# 2. SITZUNG

Thema	Therapieschritte nach VAN RIPER/IRWIN	Interventionen
Wir wollen Schuhe putzen	Fremdhören (Erkennen des kontextumgebenden Standardlautes)	Alle ziehen die Schuhe aus. Diese werden auf einen Haufen gelegt. H. nimmt je ein Paar Schuhe. Der Besitzer muß sich melden mit dem Satz: "Das sind meine Schuhe" H. entscheidet, ob das [ʃ] richtig gesprochen worden ist. Bei falscher Aussprache bekommt er die Schuhe nicht wieder. Sie sollen später geputzt werden.
	Eigenhören	H. erinnert sich, wem die restlichen Schuhe gehören. "Das sind Muttis Schuhe."...
	VERGLEICHEN	Der Schuhbesitzer bestätigt: "Ja, das sind meine Schuhe" H. entscheidet, ob sich ihr SCH genauso anhörte wie das der Erwachsenen.
Exkurs Sprechübung	ABTASTEN KORRIGIEREN (Einkreisen des Ziellautes)	<u>Metakommunikation</u> : Damit du das genauso sprechen kannst, üben wir noch einmal am Spiegel: Schnütchenbildung → [ʃ] → [ʃ]-[v] (Schuh)
	VERGLEICHEN	H. darf die Schuhe putzen, bei denen sie erkannt hat, daß ihre Lautproduktion von "Schuh" mit denen des S. übereinstimmt.
Wir putzen Schuhe	Festhalten des Zieles	H. begleitet ihr Tun mit Worten wie: "Ich nehm' die Schuhe." S. ergänzt: "Hier ist Schuhcreme, Schuhbürste..."

Das oben dargestellte Modell ist bis zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen zur Anwendung gekommen:

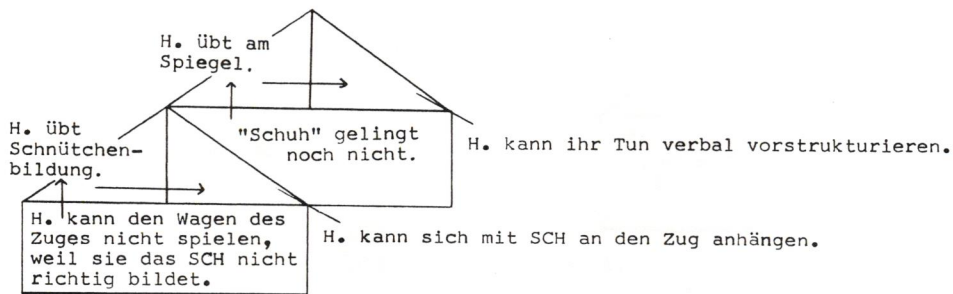


Abbildung 7: Konkretisierung des Modells aus Abbildung 5 (2)

# 3. SITZUNG

Thema	Therapieschritte nach VAN RIPER/IRWIN	Interventionen
Wir spielen Schule	Fremdhören	H. ist Lehrerin. Sie will hören, ob ihre Schüler ein richtiges [ʃ] sprechen, wenn sie erzählen, was sie alles mitgebracht haben.
	Eigenhören (Akustische Selbstkontrolle)	Sie will sehen, was die Schüler alles mitgebracht haben, was sie für den Unterricht brauchen. Sie spricht vor: Schulheft, Schulranzen, Schere, Stift
	feedback	Schüler zeigen die Gegenstände nur hoch, wenn ein richtiges [ʃ] von H. artikuliert worden ist.
	VERGLEICHEN	H. stellt fest: Die Artikulation des [ʃ] hat nicht immer geklappt.
Exkurs Sprechübung	KORRIGIEREN Festhalten des Ziels VERGLEICHEN	Die oben genannten Wörter werden wiederholt. H. wird dabei unterstützt durch Handzeichen, das an die Schnütchenbildung erinnert und durch korrekatives feedback.
Schüler schreiben und schneiden einen Stern	Fixieren	H. gibt Anweisungen an ihre Schüler: Nimm dein Schulheft! Schreib an die Tafel! Zum Schluß bestimmt sie: Die Schule ist aus.

Das oben dargestellte Modell ist bis zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen zur Anwendung gekommen:

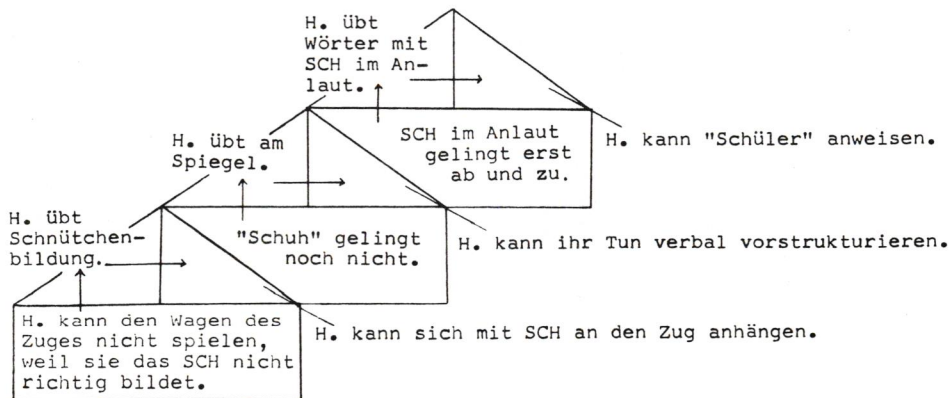


Abbildung 8: Konkretisierung des Modells aus Abbildung 5 (3)



# 4./5./6. SITZUNG

Thema	Therapieschritte nach VAN RIPER/IRWIN	Interventionen
Wir bauen einen Zoo	Fremdhören	Studenten sagen, was sie zum Basteln brauchen: Schere, Klebstoff, (Papier-) Streifen.
	Eigenhören	H. sagt, was sie braucht und was sie tun will.
	VERGLEICHEN	Sie wird ggf. durch Handzeichen auf die Notwendigkeit des Vergleichens mit dem Standardmuster aufmerksam gemacht.
Wir spielen mit den gebastelten Tieren	KORRIGIEREN Fixieren	Bei Abweichungen von [ ] korrigiert H. sich selbst.
	Stabilisieren	H. spricht [ ] nicht nur im Anlaut, sondern auch im Aus- und dann im Inlaut. Sie übt Zungenbrecher (Die Schnecke schleicht zum Schneider. Des Schneiders Schere schneidet scharf.). Sie spricht in der Spontansprache beim Spiel (z.B. als Schlangenbeschwörer, wenn alle tun müssen, was sie sagt ).

Das oben dargestellte Modell ist nun folgendermaßen auf diesen speziellen Fall übertragen worden:

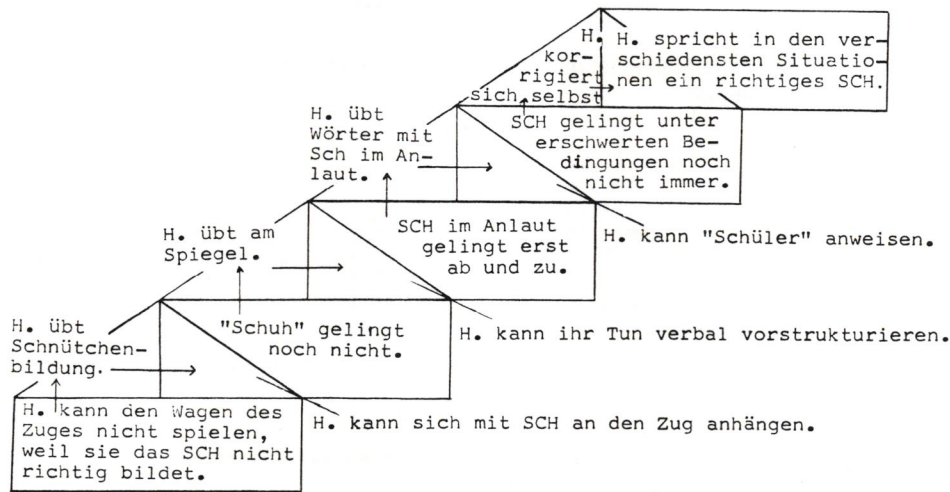


Abbildung 9: Konkretisierung des Modells aus Abbildung 5 (4)

wurde, weil sie sich den Aufgabenstellungen bei den Sprechübungen nicht stellte. Die Mutter berichtete, daß sie nun eine sehr viel *positivere Haltung* gegenüber der Sprachheilambulanz entwickelt habe und gerne zur Therapie komme.

2. Die erste Sprachheillehrerin berichtete von unregelmäßiger Teilnahme und geringer Unterstützung im Elternhaus. Nun waren Mutter und Kind deutlich *interessiert* und ließen sich aktiv in den Kommunikationsprozeß einbinden. H. achtete mehr und mehr auch zu Hause auf ihr SCH und konnte von der Mutter dabei unterstützt werden.

3. Die fünfjährige Daniela, die später mit den gleichen Prinzipien die richtige S-Bildung lernen sollte, verweigerte sich, sobald sie isolierte Sprechübungen machen sollte. Bei ihr mußte der »Exkurs« sehr behutsam aus dem Spiel heraus entwickelt werden, sehr kurz gehalten und metakommunikativ stark unterstützt werden. Sie brauchte lange Anlaufzeit, bevor sie sich den Aufgaben der Sprechübungen stellte. Bei ihr wäre eine nur auf die Bildung des richtigen S gerichtete Behandlung nach *Van Riper/Irwin* gescheitert. Statt dessen konnten die natürlichen Kommunikationssituationen im Spiel durch *reaktive Techniken* des Sprachheilpädagogen (z. B. Imitation = Wiederholen, Expansion = Ergänzen, Extension = Erweitern/vgl. *Dannenbauer*) fruchtbar gemacht werden.

Ein anderes Problem, das bei der Durchführung der beschriebenen Methode auftaucht, ist bereits angeklungen: der *Wechsel* von der Kommunikation im Spiel zum »Exkurs Sprechübung«. Besonders die jüngeren Kinder (vier bis fünf Jahre) haben Schwierigkeiten, sich aus der Spielsituation herauszureißen und den neuen, für das Kind ganz andersartigen Anforderungen des Sprachheilpädagogen gerecht zu werden. Das sind auch die Kinder, für die eine Sprachtherapie im Sinne *Van Riper/Irwins* noch nicht angemessen ist. Bei diesen Kindern muß mit viel Sensibilität die Notwendigkeit für den Exkurs *metakommunikativ* einsichtig gemacht werden. Der Wechsel vom Exkurs zurück zum Spiel ist dagegen kein Problem.

Zum Schluß sollen noch einige Überlegungen angestellt werden, was dieses Modell zu dem grundlegenden und immer noch aktuellen Problem des Lehrers an Schulen für Sprachbehinderte bezüglich des Verhältnisses von *Therapie und Unterricht* beitragen kann.

Durch die Verbindung von Kommunikationsförderung und Sprachtherapie kann die Spaltung von Unterricht und Therapie überwunden werden. *Braun* u. a. (1980, S. 9) haben mögliche Beziehungen von Sprachtherapie und Unterricht und Erziehung (isoliert, additiv, integriert, immanent) beschrieben. Das oben dargestellte Beispiel kann leicht auf andere (Unterrichts-)Themen und andere Sprachstörungen übertragen werden:

Zunächst werden allgemeinbildende Inhalte und sprachtherapeutisch wirksame Methoden gebündelt (integrierte Sprachtherapie). Diese allgemeinbildenden Inhalte werden für die Förderung kommunikativer Kompetenz und Persönlichkeitsentwicklung um so fruchtbarer, je besser es gelingt, mit diesen Inhalten Lebensprobleme der sprachbehinderten Schüler aufzuarbeiten. Ein Beispiel dafür ist gegeben worden bei der 15. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Berlin 1982 (*Breckow*). Innerhalb der 1. Unterrichtsphase erkennt der Sprachbehindertenpädagoge, an welchen sprachlichen Schwierigkeiten für eine bestimmte Gruppe von Schülern gezielte Sprechübungen notwendig werden. Er leitet metakommunikativ einen Exkurs ein (ähnlich wie in oben dargestelltem Beispiel).

In der 2. Phase handelt es sich um immanente Sprachtherapie, d. h., »die sprachtherapeutische Wirkung des Unterrichts (ist) im Unterrichtsgegenstand selbst begründet« (*Braun* u. a. 1980, S. 9). Dabei wird vorübergehend z. B. vom Thema »Im Zoo« aus die richtige [ʃ]-Bildung zum Unterrichtsgegenstand. Danach wird wieder zur integrierten Form zurückgekehrt.

Um die vielen verschiedenen Sprachstörungen in einer Klassengruppe erreichen zu können, sollte der »Exkurs Sprechübung« in jeder Stunde für eine andere Zielgruppe innerhalb der Klasse bestimmt sein. Das



heißt nicht, daß die nicht betroffenen Schüler dabei nicht mitzumachen brauchen und etwa still beschäftigt werden müßten. Es kann nicht schaden, wenn alle Schüler z. B. die richtige [r]-Bildung üben. Diejenigen, die darin keine Schwierigkeiten haben, bieten die Chance für Fremdhören und Kontrollieren. Ein andermal können diejenigen, die

stotterfrei sprechen, genauso gut Entspannung und Ruhe vor dem Sprechakt gebrauchen wie die Stotterer selbst.

Das Verhältnis von integrierter und immanenter Sprachtherapie kann ebenfalls mit dem auf S. 202 entworfenen Modell dargestellt werden:

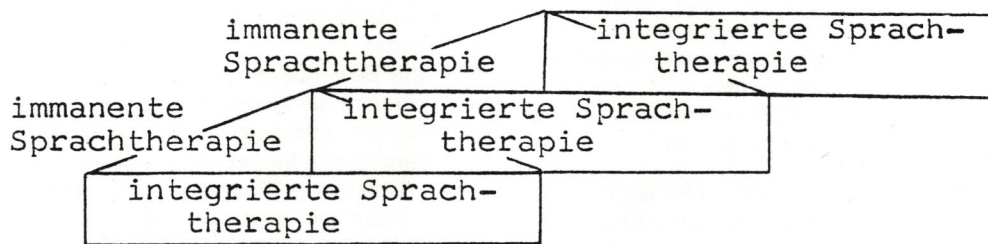


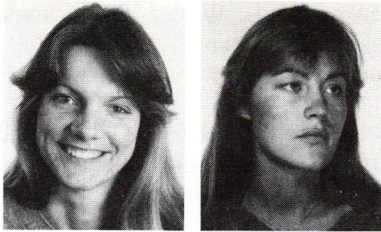
Abbildung 10: Verhältnis von integrierter und immanenter Sprachtherapie im Unterricht

#### Literatur

- Affolter, Felicitas: Auditive Wahrnehmungsstörungen und Lernschwierigkeiten. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 124 (1976), S. 612—615.
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. *Die Sprachheilarbeit* 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Breckow, Jutta: Beziehungen herstellende Strukturen als didaktisches Prinzip im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte, dargestellt an einem Beispiel einer Unterrichtseinheit im Fach Erdkunde für eine 6. Klasse. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): *Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter*. Hamburg 1983.
- Capra, F.: *Wendezeit*. Bern/München/Wien 1983.
- Dannenbauer, M.: Techniken des Modellierens in einer entwicklungsproximalen Therapie für dysgrammatisch sprechende Vorschulkinder. *Der Sprachheilpädagoge* 16 (1984) 2, S. 35—49.
- Grohnfeldt, M.: Handlungstheoretische Aspekte in der Sprachbehindertenpädagogik. In: Grohnfeldt, M., und Schoor, U. (Hrsg.): *Sonderpädagogisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik*. Berlin 1981, S. 21—33.
- Knura, Gerda: Sprachstörung als Lernstörung — Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 18 (1973) 5, S. 129—138.
- Knura, Gerda: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten*. Berlin 1980, S. 3—64.
- Lorenz, K.: *Die Rückseite des Spiegels*. München 1973.
- Piaget, J.: *Psychologie der Intelligenz*. Olten 1974.
- Van Riper, Ch., und Irwin, J. V.: *Artikulationsstörungen*. Berlin 1976.
- Westphal, E.: ... die Wissenschaft (wieder) *menschlich* machen. Oldenburg 1982.
- Wyatt, Gertrud: *Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung*. Stuttgart 1973.

Anschrift der Verfasserin:  
Dr. Jutta Breckow  
Universität zu Köln  
Frangenheimstraße 4  
5000 Köln 41

Dr. Jutta Breckow ist als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fach Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln beteiligt an der Ausbildung von Lehramtsstudenten und Diplomanden. In ihrer bisherigen Forschungstätigkeit befaßte sie sich mit Berufsproblemen von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte.



Ilka Nadler und Sabine Mühe, Bremen

## Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum

### Zusammenfassung

Viele von uns, die mit Stotternden zusammengearbeitet haben, können mit Recht behaupten, daß sie den Betroffenen dazu verholten haben, eine relativ flüssige Sprache innerhalb der Sitzungen zu erreichen. Häufig bleiben uns aber die tatsächlichen Folgen unserer Therapie über einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Praxis verborgen. Rückfälle gehören demgegenüber zur traurigen Realität verhältnismäßig vieler stotternder Menschen, die aus verschiedensten Gründen das Maß ihrer flüssigen Sprache ohne die regelmäßige Unterstützung der Therapeutin<sup>1</sup> nicht halten können. Unter dem Begriff Generalisierung, Beibehaltung, Festigung oder im amerikanischen Sprachgebrauch »maintenance« befaßten sich eine Vielzahl von Autoren mit diesem Phänomen und versuchten, in eigenen Programmen dieser Erscheinung prophylaktisch zu begegnen. Einer *Boberg* hat ein solches Programm entwickelt und in seiner Arbeit an der University of Alberta, Kanada, Erfolge nachweisen können.

### 1. Problemstellung

Die Herausforderung an jedes Therapievorhaben besteht in der Übertragung und der Beibehaltung seines erzielten Erfolges. Viele Autoren dokumentieren Maßnahmen, die sowohl den Therapieerfolg sichern als auch Rückfälle vermeiden helfen sollen. Den meisten von ihnen ist aber eine unzureichende Qualität ihrer Auswertung anzulasten. Auffallend ist die geringe Anzahl *empirischer* Untersuchungen jener Strategien, die die Sicherung des neuen Sprachverhaltens bewirken sollen (vgl. *Ingham* 1984).

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung sprechen wir von männlichen Stotternden und weiblichen Therapeuten, was dem Mehrheitsverhältnis in der Praxis entspricht.

Der Grund für diesen Mangel liegt vermutlich in der Vielzahl der methodischen Probleme, die sich den Autoren stellen. Es bestehen nach wie vor Uneinheitlichkeiten in der Feststellung der Kriterien für einen sogenannten »Therapieerfolg«. So ist es durchaus vorstellbar, daß sich eine gewinnbringende Therapie auch in Teilerfolgen ausdrückt. Für den ehemals schwer Stotternden kann klonisches Stottern bereits ein befriedigendes Endziel sein, während diese Ebene für einen anderen Stotternden erst Ausgangsbasis der Behandlung ist.

Hinzu kommen Schwierigkeiten bei den Meßverfahren:

- Welche Sprechsituationen sind ausreichend repräsentativ? Ein unangemeldetes Telefongespräch oder ein Treffen mit der Therapeutin in der Praxis?
- Wie lange sollte die Sprache untersucht und gemessen werden? Sechs Monate, ein Jahr oder fünf Jahre?
- Welche Messungen sollten durchgeführt werden? Der Prozentsatz von gestotterten Silben, das allgemeine Sprechtempo pro Minute oder das Wohlbefinden des Stotternden?

Wir möchten das »Behavioral Transfer and Maintenance Program for Adolescent and Adult Stutterers« von Einer *Boberg* (1983) vorstellen, das sowohl Maßnahmen zur Übertragung und zur Festigung des Therapieerfolgs beschreibt als auch einen Auswertungsentwurf anbietet. Die durchdachte Struktur seines Programms erlaubt die Hoffnung auf Effektivität und schafft die Basis einer wissenschaftlichen Evaluation.



## 2. Rückfallgefahren

Es gibt heute eine Vielzahl vornehmlich verhaltenstheoretisch orientierter Therapiemaßnahmen, die dem Stotternden innerhalb der Arbeit mit der Therapeutin zu einem flüssigen Sprechen verhelfen. Auch die Übertragung dieses stotterfreien Sprechverhaltens in außerklinischen Situationen kann durchaus erreicht werden. Doch sind Schaffung und Übertragung nur zwei der erforderlichen drei Stufen eines vollständigen Therapieprogramms.

Die dritte und möglicherweise wichtigste Stufe ist die Beibehaltung und Generalisierung eines befriedigenden Grades von flüssig klingender Sprache in der natürlichen Umwelt des Stotternden, nachdem er die Praxis verlassen hat. Jetzt nämlich fängt nach *Van Ripers* Auffassung erst die eigentliche Therapie an. Jetzt muß der Stotternde versuchen, seine erlernten Strategien und Verhaltensmuster auch ohne therapeutische Unterstützung anzuwenden, und er muß den verschiedensten Risiken eines Rückfalls begegnen. Warum gehören Rückfälle nun aber zur Regel, nicht zur Ausnahme von Therapien? Warum können etwa 50 Prozent der Stotternden ihren Behandlungserfolg nicht halten? Die Antworten können nur spekulativ sein. Zunächst muß davon ausgegangen werden, daß ein gewisses Maß an Schwankungen in der erzielten Sprachflüssigkeit als normal angesehen werden sollte, so wie es wohl jedem Menschen schwerfällt, das Niveau einer erlernten Fertigkeit zu jeder Zeit auf dem erreichten Stand zu halten. Auch ein professioneller Pianist übt noch jeden Tag.

Dem Wiederauftreten des zyklischen »microstutterings« (*Boberg* 1979) begegnet aber jeder Stotternde anders. Nach *Sheehan* (1983) ist Stottern trotz der Verschiedenartigkeit der Symptomatik und der Heterogenität der betroffenen Personengruppe in erster Linie ein erlerntes Verhalten, die meß- und beobachtbare Spitze eines Eisbergs. Dahinter verbirgt sich, was er den privaten Aspekt des Stotterns nennt, Konditionierungen von rigiden Verhaltensmustern, die einer starken Reiz-Reaktions-Kontrolle unterliegen. Je nach Persönlichkeit des Stotternden und Schwierigkeit

der Sprechanforderung können bestimmte Stimuli (z. B. Wörter, Situationen) bei dem einen langjährige Angstgefühle hervorrufen und zur Wiederanwendung von vertrauten Vermeidungsstrategien (z. B. Schweigen, Umschreibungen) führen.

*Conture* (1983) sieht in der generellen Rollenveränderung die größte Ursache von Rückschritten. Die jahrelange Erfahrung, als zurückhaltender, stiller Mensch zu gelten, und der Wunsch, nun die neuen kommunikativen Möglichkeiten auch in einem veränderten Selbstkonzept umzusetzen, führen häufig zu Problemen mit Arbeitskollegen, Ehepartnern und Freunden. *Boberg* (1983) berichtet von einer Stotternden, die, begeistert von ihrer neuen Sprache, ständig redete, sich in verschiedenen Vereinen und Gruppen engagierte und sich auch aus der passiven Rolle innerhalb ihrer Ehe befreite. Diese neue Situation stellte beide Partner vor große Probleme.

Grundsätzliche Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen können das Risiko eines Rückfalls von vornherein begünstigen oder verringern. Ist der Stotternde ein Problemlöser (*changer*), der motiviert und bereit ist, seine neuen Strategien auch in schwierigeren Situationen anzuwenden? Hat er ein unrealistisches Bild seiner Störung, glaubt er an ein lebenslanges stotterfreies Sprechen nach der Therapie, auch ohne etwas dafür zu tun (*lucky or false fluency*)? Für wie gravierend hält er sein Stottern selbst, wie zufrieden ist er mit seiner Sprache nach der Behandlung?

Die Anwendung von erlernten Strategien (z. B. »Ich muß langsam reden, wenn ich ...«) erfordert aber auch, daß sich der Stotternde ständig erinnern und bewußt sein muß, daß diese Maßnahme für ihn richtig, wichtig und hilfreich ist. Für einige Stotternde kann Selbstregulation eine intellektuelle Überforderung sein. Hat ein Stotternder zugleich Lernschwierigkeiten (die häufig mit Problemen der Vigilanz einhergehen), erhöht sich die Gefahr, daß bestimmte Strategien zu komplex für ihn sind.

Aber bei weitem nicht alle Rückfallrisiken liegen beim Stotternden selbst. Von entschei-



dender Bedeutung ist auch die Lebens- und Arbeitssituation des Jugendlichen oder Erwachsenen. Für viele bieten sich weder im Beruf noch zu Hause Gelegenheiten zum Sprechen und für das notwendige Feedback. Ein Lagerist hat weniger Möglichkeiten zum Üben als ein Vertreter, ein Junggeselle weniger als ein Familienvater.

Rückfälle verheerenden Ausmaßes können auch die Folge der Therapie selbst sein. Überfordert die Therapeutin den Stotternden, oder weckt sie überhöhte Erwartungen? Bereitet sie ihn ausreichend auf die normalen Schwankungen in seiner Sprache vor?

*Sheehan, Gregory, Perkins, Van Riper* und andere lehnen denn auch den Begriff »Heilung« im Zusammenhang mit dem Stottern ab und beziehen Rückfälle in ihr Therapiekonzept mit ein. Sie lehren den Stotternden, »micro-stuttering« zu erkennen, desensibilisieren ihn und lehren neue Strategien. Sie entmystifizieren somit die Störung, um ihr postuliertes Ziel, das Freisein von Vermeidung und Angst, zu erreichen. Therapieansätze, die ein modifiziertes Stottern zum Inhalt haben, sind am ehesten geeignet, dieser Quelle von Rückfällen prophylaktisch entgegenzuwirken. Ein 100 Prozent stotterfreies Sprechen anzustreben sei demnach unklug, vielmehr muß die Verantwortung für die Therapie graduell zum Stotternden selbst verlagert, muß er sein eigener Therapeut werden.

*Kidd* (1977) und *Van Riper* (1971) berichten von genetischen und neurologischen Prädispositionen bei Stotternden. Die Annahme einer physiologischen Basis für Unflüssigkeiten der Sprache dient diesen Autoren als Erklärungsmodell für besonders schwer oder kaum zu behebende Symptome. Die Generalisierung bestimmter Strategien ist für diese Stotternden vor allem in Kombination mit oben erwähnten äußeren Einflüssen offensichtlich schwieriger, und somit muß dieser Stotternde akzeptieren, daß konsequentes Üben und bewußte Selbstregulation für ihn ein lebenslanger Prozeß sein können (vgl. *Boberg* 1979).

Wir werden im folgenden beschreiben, wie *Boberg* die Stotternden in seiner Therapie

auf diese verschiedenen Quellen von Rückfällen intensiv vorbereitet.

### 3. Therapieprogramme

Einzelne verhaltenstheoretisch orientierte Autoren berücksichtigen den Aspekt der Übertragung und der Generalisierung von erlernten Strategien in Alltagssituationen des Stotternden auf unterschiedliche Weise in ihren Behandlungsprogrammen. Im wesentlichen lassen sich zwei Herangehensweisen an diese Problematik erkennen, die abhängig sind vom jeweiligen Therapieansatz.

Autoren, deren Therapien das »flüssige Stottern« betonen (*Van Riper, Sheehan, Bloodstein* u. a.), meinen, dem Auftreten von Rückfällen ins Stottern dadurch zu begegnen, daß sie Vermeidungstendenzen und Angst abbauen. Der systematische Aufbau und die Dauer der Programme sollen den Stand des flüssigen Stotterns für später sichern.

Vertreter des »stotterfreien« (fluency) Ansatzes (*Webster, Ryan, Costello* u. a.) führen aus, daß das intensive Über-Training der modifizierten Sprachproduktion den Stotternden auch unter erschwerten Bedingungen befähigt, erfolgreich zu reagieren.

Im folgenden wollen wir in Anlehnung an *Gregory* (vgl. *Gregory* 1982, S. 1—62) eine Auswahl von verschiedenen Maßnahmen zur Generalisierung von Therapieerfolgen geben. Wir übernehmen hierbei die Titel, mit denen *Gregory* die Wesensmerkmale der Konzepte der jeweiligen Autoren hervorhebt.

*Sheehan* und *Van Riper* stimmen ebenso wie *Perkins* darin überein, daß Veränderungen im Sprachverhalten in einem größeren Zusammenhang allgemeiner Veränderungen von Einstellungen und Verhalten behandelt werden müssen, damit der Stotternde wirksamer in seinen Lebensumständen handeln kann. In ihren Therapieansätzen läßt sich ihr psychotherapeutischer Hintergrund erkennen. Übertragung der Verhaltenstechniken auf alltägliche Begebenheiten sind von Anfang an der Behandlung Aufgabe des Stotternden. Bei *Sheehan* ist dies der Kernpunkt seiner aktions-orientierten »Avoidance Reduction, Role Acceptance, Role Taking«-



Therapie. In Perkins »Replacement of Stuttering with Normal Speech«-Konzept wird darauf geachtet, daß der Stotternde fähig ist, in den belastendsten Situationen normal zu klingen und die Kontrolle über sein Sprechen zu behalten. Um dies auch anhaltend zu gewährleisten, hat er verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Selbsthilfegruppen oder Hypnose, die der Therapie folgen, ausprobiert. Van Riper setzt eine Stabilisierungsphase ans Ende seiner »Identification, Desensitization, Modification«-Therapie. Hier werden die Erfolge gefestigt, eine rechtzeitige Selbstregulation entwickelt und Generalisierungsreihen entworfen, um die neue flüssige Form des Stotterns zu automatisieren.

Webster beschreibt in seinem »Precision Fluency Shaping«-Programm die Technik des parallelen Übertragungsprozesses. Kleinstaufgaben auf der Einzellaut- und Silbenebene werden in der Klinik geübt und gefestigt. Außerdem lernt der Stotternde eine geringe Anzahl von leicht unterscheidbaren Verhaltensschritten, die jeweils einzeln in außerklinischen Situationen generalisiert werden. Die Aufgaben steigern sich in ihrer Komplexität. Eine erfolgreiche Übertragung der Sprechflüssigkeit auf Alltagssituationen und ihre Beibehaltung nach Abschluß der Therapie sind laut Webster direkt davon abhängig, wie weit dem Stotternden bewußt ist, was er tut, um flüssige Äußerungen zu erzeugen.

Ryans »Systematic Programmed Instruction«- und Costellos »Time-out«-Ansatz basieren auf operanter Konditionierung mit dem Einsatz eines Verstärkervorrats. Durch den graduellen Abbau der Verstärker soll die Übertragung und Stabilisierung der neuen Sprechweise außerhalb des Behandlungsraumes erreicht werden. Ryans Therapie schließt eine gesonderte Übertragungs- und eine Generalisierungsphase ein. Zunächst werden Sitzungsformen, Zuhörerzahl, Bekanntheitsgrad der Zuhörer u. a. variiert. Im letzten Teil des Programms werden Übungen zu Hause vollzogen, die gestotterten Wörter täglich gezählt und Kontakte zur Klinik aufrechterhalten, um Sprechproben und Erfolge zu diskutieren.

Williams und Gregory, die sich nicht eindeutig in eine der zwei Ansatzweisen einordnen lassen, verbinden Elemente aus beiden Methoden in bezug auf Erhalt des Therapieerfolges. In Williams' »Speech Exploration, Increasing Easy Normal Speech«-Konzept für Kinder ist vorgesehen, daß durch Gespräche mit Eltern, Lehrern und Freunden die Unterstützung des Kindes beim Übertragungsprozeß auf Alltagssituationen gesichert wird. Die Komplexität der Sprachanforderungen, der Reaktionsmöglichkeiten und des Sozialfeldes des jungen Stotternden wird graduell gesteigert. Gregorys »Analysis and Modification of Stuttering, Building New Psychomotor Speech Patterns« lehrt den Stotternden eine Selbstausswertung seines Sprachverhaltens und stellt für Eltern und Lehrer von stotternden Kindern Videofilme bereit, die über ein angemessenes Verstärken und Reagieren auf Sprachleistungen aufklären.

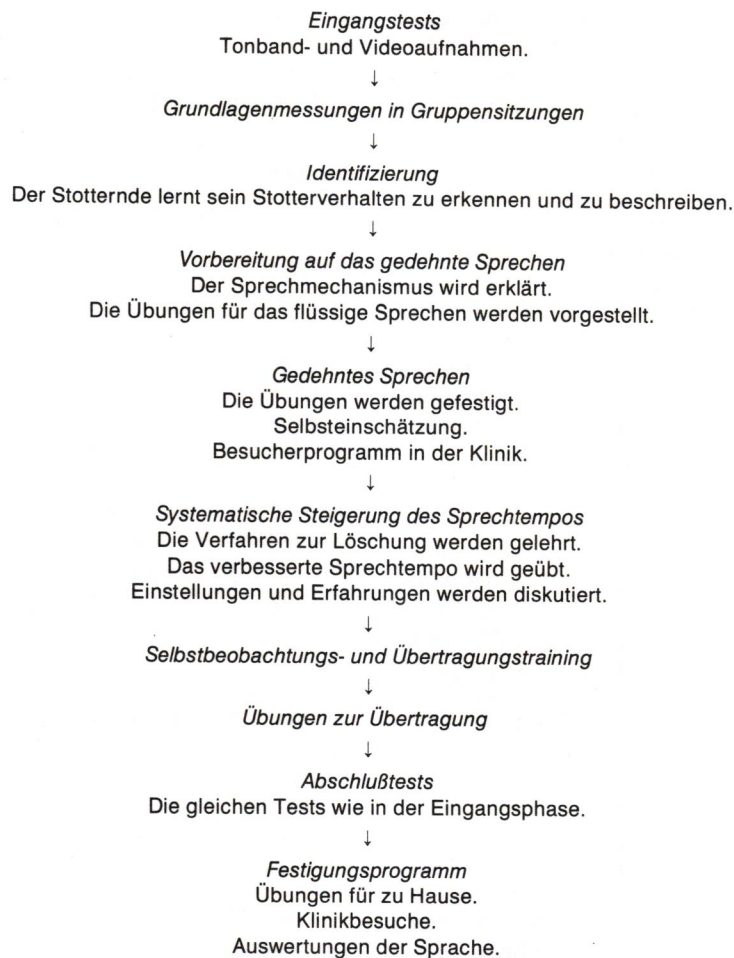
Diese gegenwärtig in den USA einflußreichsten Maßnahmen zur Übertragung und Generalisierung in der Stotterertherapie unterscheiden sich nicht nur in ihrer Ideologie, sondern auch in der Dauer und Struktur untereinander. Boberg faßt alle diese Möglichkeiten unter vier Hauptkriterien zusammen:

1. Regelmäßiger Kontakt mit der Klinik nach der Behandlung.
  2. Schwerpunkt auf Selbstverantwortlichkeit des Behandelten.
  3. Schwerpunkt auf der Notwendigkeit einer veränderten Einstellung zum Sprechen, im Selbstkonzept usw.
  4. Intensive »Auffrischprogramme« oder aber Wiederholung während des Anfangsprogramms (vgl. Boberg 1979, S. 106 ff.).
4. *Verhaltenstherapeutisches Übertragungs- und Festigungsprogramm für jugendliche und erwachsene Stotternde von Einer Boberg*

Das stationäre Intensivprogramm von Einer Boberg (vgl. Boberg 1983) richtet sich an alle Stotternden im Alter von siebzehn Jahren und älter, unabhängig vom Schweregrad der Stottersymptome. Es wird in Gruppen mit vier bis sechs Personen sieben Stunden am

Tag, sieben Tage in der Woche für die Dauer von drei Wochen durchgeführt.

Folgendes Diagramm veranschaulicht die Schritte des gesamten Therapieprogramms:



Die Audio- und Videoaufnahmen werden zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes von mehreren Beispielen erstellt. Dazu gehören: das Lesen von Wörtern, Sätzen und Texten sowie Gespräche mit einem Fremden am Telefon und mit der Therapeutin. Mit Hilfe elektronischer Geräte werden von diesen Aufnahmen Messungen vorgenommen, die die Grundlage für spätere Auswertungen bilden. Gezählt werden alle gestotterten und nichtgestotterten Silben in einer bestimmten Zeiteinheit, welche prozentual auf eine Minute umgerechnet und dem Sprechtempo —

Silben pro Minute (SpM) — gegenübergestellt werden. Anschließend lernt der Stotternde das Auftreten von Stotterverhalten selbst zu erkennen, während er spricht. Er erlangt die Fähigkeit, Laute in leichter, entspannter Weise einzuleiten, und wird mit anderen Übungen zum flüssig klingenden Sprechen, z. B. Satzbetonung und leichtes Berühren der Lippen bei Labiallauten, vertraut gemacht. Sein Sprechtempo wird in mehreren Sitzungen auf 60 SpM reduziert. Wenn er weniger als 1 Prozent Stotter-symptome aufweist und die Kriterien des



Selbstausswertungstests erfüllt, wird das Sprechtempo wieder systematisch auf  $190 \pm 20$  SpM gesteigert. Auch lernt er das Löschen von Fehlern, indem er im Augenblick des Stotterns stoppt und das Wort mehrmals flüssig wiederholt. Er reguliert seine eigene Sprache und variiert das Sprechtempo.

Während der drei Wochen werden außerdem viele Stunden mit Gruppendiskussionen über emotionale Themen verbracht. Ebenso wird in Gesprächen eine positive Einstellung zur Übertragung des Erlernten gefördert. Wenn der Stotternde in der Lage ist, mit einer normal klingenden Sprache in einem normalen Sprechtempo mit weniger als 1 Prozent Unflüssigkeiten in der Klinik zu reden, geht die Therapie in die Übertragungsphase über.

#### 4.1. Übertragung

Der Stotternde wird mit einem tragbaren Kassettenrecorder und einem Mikrofon mit An- und Ausschaltknopf ausgerüstet, die er versteckt oder offen einsetzen kann. Er soll zwölf Standard- und zehn Spezialaufgaben erfüllen und dabei jeweils fünf Minuten lange Sprachbeispiele aufnehmen. Hierbei wird der Stotternde angehalten, nur seine eigene Sprache mitzuschneiden, was sowohl die Analyse erleichtert als auch die Bereitschaft von Fremden zu einem Gespräch erhöht. Eine Übung gilt erst dann als beendet, wenn die Sprachbeispiele ein normales Tempo und weniger als 2 Prozent Unflüssigkeiten aufweisen und von dem Stotternden richtig ausgewertet wurden. Die nach Schwierigkeit gestaffelten zwölf Standardaufgaben lauten:

1. Gespräch mit Klinikmitarbeitern: Im Schonraum der Klinik übt der Stotternde noch einmal sein Sprechtempo zwischen 100 und 200 SpM zu variieren.
2. bis 4. Meinungsumfragen: Der Stotternde erklärt jeweils einem/r Fremden außerhalb der Klinik, daß er an einem Therapieprogramm teilnimmt, und stellt eine Reihe von Fragen zum Thema Stottern.
5. bis 6. Gespräche mit Fremden auf der Straße: Das Thema soll sich aus der Situation ergeben.

7. bis 8. Telefongespräche: Auch hier sollen die Beispiele nur die eigene Sprache des Stotternden umfassen. Erfahrungsgemäß sind mehrere Anrufe bei Firmen und Geschäften aus den gelben Seiten des Telefonbuches nötig, um die geforderte Länge von fünf Minuten zu erfüllen.

9. bis 11. Einkaufsgespräche: Der Stotternde sucht Geschäftsleute (Autohaus, Reisebüro usw.) auf und führt ein möglichst reales Verkaufsgespräch, das er mit ihrer Einwilligung aufnimmt.

12. Vorstellungsgespräch: Der Stotternde sucht ein Stellenangebot seines Berufs- und Interessensfeldes heraus und bewirbt sich in einem persönlichen Gespräch darum.

In der Mitte des Standardprogramms beginnt die Übung von zehn besonderen Aufgaben. Diese werden individuell bestimmt, je nachdem, in welchen Situationen der Stotternde die meisten Schwierigkeiten verspürt, z. B. »ein Telefongespräch annehmen« oder »eine Mitarbeitersitzung leiten«. Auch hier gelten die gleichen Erfüllungskriterien wie bei den Standardaufgaben.

Die physisch und psychisch sehr anstrengenden Übertragungsübungen können erfahrungsgemäß nur drei bis vier Stunden am Tag durchgeführt werden, um noch effektiv zu bleiben. Die restlichen drei oder vier Stunden an diesen Tagen werden für Übungen und Gespräche in der Klinik genutzt.

#### 4.2. Generalisierung

Die Festigung der flüssig klingenden Sprache ist ebenfalls ausdrücklich erwähnter Teil des Therapieprogramms, auch wenn diese Phase nach den drei Wochen und außerhalb der Klinik durchgeführt wird. Dieser Abschnitt der Behandlung basiert auf der Einsicht, daß nur sorgsam und systematisch geplante Maßnahmen über einen langen Zeitraum den Erfolg eines neuen Sprechverhaltens sichern.

Das Festigungsprogramm besteht aus einer Reihe verabredeter Klinikbesuche und aus Übungsreihen für zu Hause. Die Besuche schließen ein fünftägiges Treffen, Abendbesuche und Auffrischwochenenden mit ein.

Um den Stotternden zur Selbstregulation und stetigen Übung nach dem Klinikaufenthalt zu motivieren, werden in den Diskussionsrunden die Erklärungsmodelle der nicht sichtbaren Aspekte der Therapie vorgestellt. Der Gewinn dieser Gespräche mit Illustrationen, Demonstrationen und Aktionen kann nicht getestet werden, wird aber von dem Autor aus eigener Erfahrung als sehr wichtig für die Generalisierungsphase gehalten. Es verschafft dem Stotternden Einsicht in das Konzept der gesamten Therapie.

Im folgenden werden die anzusprechenden Prinzipien, die dem Festigungsprogramm zugrunde liegen, kurz dargestellt. Jede Therapeutin sollte ihre eigene Art der Präsentation und Erläuterung dieser Punkte finden. Wichtig ist, daß alle eventuellen Quellen von Rückschlägen (Gefühle, Einstellungen, Reaktionen von/auf Umwelt) angesprochen und behandelt werden.

1. Die in den Therapiewochen erlangte Flüssigkeit darf nicht in eine Euphorie des Stotternden münden, die ihn glauben macht, daß er »geheilt« sei und von nun an nicht mehr zu üben braucht.
2. In einem bestimmten Grade werden wahrscheinlich Rückschläge nach dem Verlassen der Klinik auftreten. Der Stotternde muß auf diese Situation vorbereitet sein.
3. Das Maß an Flüssigkeit wird schwanken. Diese Wellen sollten vom Stotternden als etwas Typisches erwartet und nicht als Fehlschlag gewertet werden.
4. Der Stotternde muß die Fähigkeit entwickeln, mit gelegentlichem Stottern, besonders bei Streß, Müdigkeit und Aufregung umzugehen und die Konzentration auf die erlernten Strategien zu lenken.
5. Der Stotternde lernt, sein Sprechen den verschiedenen Situationen anzupassen. Erwartet er Schwierigkeiten in einer Situation, soll er sein Sprechtempo in einer Variationsbreite von 110 bis 200 SpM verlangsamen können. *Boberg* gibt die Analogie zu einem Autofahrer, der bei schlechten Straßenverhältnissen in einen niedrigeren Gang schaltet.

6. Der Stotternde muß sich realistische Ziele setzen und diese seinen Familienmitgliedern und Freunden mitteilen. Er soll sich nicht unter den Druck eines Perfektionismus setzen und sich selbst Fehler gestatten. Der Autor regt den Stotternden zu einer Erwartung von 97 oder 98 Prozent flüssig klingendem Sprechen an.

7. Der Stotternde sollte die Initiative für die Schaffung einer ihn unterstützenden und mithelfenden Umgebung ergreifen. Er kann nicht erwarten, daß seine Freunde u. a. ohne Anleitung wissen, welche Unterstützung oder Verstärkung sie geben können.

8. Der Stotternde muß sich und seine Familie allmählich auf einen Wechsel in seiner Rolle vorbereiten.

9. Der Stotternde muß auf eine für ihn positive Veränderung des Lebensstils hinwirken. Er wird angehalten, Vereinen, Diskussionsgruppen u. a. beizutreten und eventuell neue soziale Kontakte zu schließen.

#### 4.2.1. Das Festigungsprogramm für zu Hause

*Boberg* legt bei der Gestaltung des Festigungsprogramms für zu Hause Wert darauf, daß jeder Stotternde ein individuelles Programm hat, das seinen speziellen Bedürfnissen gerecht wird. Entsprechend den unterschiedlichen Möglichkeiten und Wünschen des einzelnen kann er zwischen drei Programmen wählen. Plan A erfordert ungefähr eine Stunde pro Tag, Plan B etwa 40 und Plan C etwa 20 Minuten. Grundlage dieser Auswahlmöglichkeit ist die Auffassung des Autors, daß es sinnvoller ist, ein kurzes Programm zu erfüllen, als sich bei zu aufwendigen Planungen einem permanenten Zeitdruck ausgesetzt zu fühlen. Bei der Entscheidung kann die Therapeutin behilflich sein.

Der Stotternde benötigt einen Kassettenrecorder und eine Armbanduhr mit integrierter Stoppuhr. Nach jeder der folgenden Aufgaben analysiert der Stotternde die Bandaufnahme und trägt das Ergebnis in sein Festigungsprotokoll ein.

Plan A — tägliche Sprechübungen:

1. Jeden Morgen und jeden Abend sollte der Stotternde zwei Minuten bei 100 Silben pro



Minute auf das Tonband sprechen. Anschließend je zwei Minuten bei 200 SpM. Jegliche Anzeichen von Anspannung und Anstrengung bedeuten ein Wiederholen der Übung.

2. Die ersten zwei Gespräche am Tag sollten bei ungefähr 120 SpM begonnen und langsam auf ein normales Sprechtempo angehoben werden.

3. Ein genaues Protokoll der Anzahl seines Stotterns soll für jeden Tag angefertigt und in ein Diagramm eingetragen werden. Darüber erhält er die Möglichkeit, Veränderungen seiner Sprache über einen Zeitraum beobachten und wertschätzen zu können.

4. Ein fünfminütiges Gespräch mit einem Familienmitglied oder Freund wird ebenso mitgeschnitten und analysiert.

5. Mit fünf persönlichen Aufgaben pro Tag, die der Stotternde als besonders schwierig erachtet, wird ebenso verfahren.

#### 4.2.2. Zusatztreffen

Ein bis drei Monate nach Verlassen der Klinik wird der Stotternde zu ergänzenden Treffen eingeladen. Hier erhält er ein zusätzliches Training in den verschiedenen Techniken, die er in der ersten Phase des Programms geübt hat und die der Schaffung einer flüssig klingenden Sprache dienen. Die Betonung liegt allerdings auf den Selbstbeobachtungs- und Selbstregulationsstrategien, die er von nun an zu Hause üben und festigen muß.

#### 4.2.3. Abendbesuche und Auffrischwochenenden

Sofort nach dem Intensivprogramm kehrt der Stotternde für wöchentliche Abendbesuche in die Klinik zurück. Nach vier dieser Treffen wird ein monatlicher Rhythmus festgelegt und nach vier Monaten beendet. Auffrischwochenenden in vierwöchigen Intervallen finden über ein ganzes Jahr statt. Diese beginnen am Samstagmorgen und enden am Sonntagnachmittag. Es sind verkürzte Versionen des Intensivprogramms und dienen der Übung aller erlernten Strategien. Die Stotternden nehmen an Debatten teil, diskutieren ihre Erfahrungen im außerklinischen Umfeld und arbeiten an der Verbesserung ihrer Selbstregulationsmaßnahmen.

Zu Beginn des Wochenendes werden mehrere Telefongespräche, die der Stotternde mit Fremden führt, aufgenommen. Unangekündigte und mitgeschnittene Anrufe des Klinikpersonals beim Stotternden zu Hause oder am Arbeitsplatz sollen berücksichtigen, daß das Sprechverhalten im Schonklima der Klinik häufig anders als in unerwarteten Situationen ist. Damit besteht für den Stotternden und die Therapeutin Gelegenheit einer systematischen Überprüfung und Auswertung der Sprache.

#### 5. Diskussion

Wie *Boberg* sind auch wir der Auffassung, daß die Beibehaltung von Therapiezielen geplant sein muß und sich nicht von allein ergibt. Die Vorgabe konkreter Übungsschritte (z. B. das Festigungsprogramm zu Hause) erscheint dabei sinnvoller als die bloße Absicht des Stotternden, täglich üben zu wollen.

Ein Programm zur Generalisierung von Therapieerfolgen sollte folgende Überlegungen mit einbeziehen:

- Welche Art von Verhalten ist nötig, um Stottern erfolgreich zu modifizieren?
- Inwieweit kann die Umwelt an einem Therapieerfolg mitwirken?
- Wie intensiv kann die Fähigkeit zur Selbstregulation des Stotternden ausgebildet werden (vgl. *Ingham* 1984, S. 27)?

Bis jetzt konnte empirisch nicht nachgewiesen werden, welchen Anteil ein spezielles Programm an der Generalisierung eines Therapieerfolges tatsächlich hat. Ein derart aufwendiges Programm wie das von *Einer Boberg* läßt zudem die Frage offen, wer zeitlich und finanziell in der Lage sein wird, es in Anspruch zu nehmen.

Dennoch kommt seinem Konzept unserer Meinung nach eine herausragende Bedeutung zu:

- Es gibt eine detaillierte Struktur vor.
- Es berücksichtigt in besonderer Weise die möglichen Quellen von Rückschlägen.
- Es betreut den Stotternden — ein Jahr und länger — über jenen Zeitraum hinaus, in dem Rückfälle am häufigsten auftreten.

- Es setzt seinen Schwerpunkt auf die Selbstverantwortlichkeit des Stotternden.
- Es bietet Kriterien zur Auswertung der Effektivität an.

Es wäre wünschenswert, wenn auch andere Autoren ihre Maßnahmen, die die Beibehal-

tung ihrer Therapieziele sichern sollen, ebenso explizit darstellen, um sie einer Untersuchung zugänglich zu machen. Im Interesse des Stotternden sollte es unser vorrangiges Ziel sein, das Risiko eines Rückfalls so gering wie möglich zu halten.

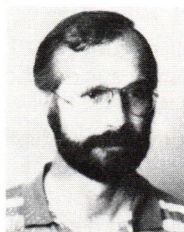
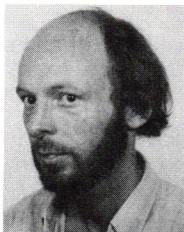
#### Literatur

- Boberg, E.: Intensive adult therapy program. *Seminars in Speech, Language and Hearing* 4 (1980), S. 365—373.
- Boberg, E., Howie, Pauline, and Woods, L.: Maintenance of fluency: A review. *Journal of Fluency Disorders* 4 (1979), S. 93—116.
- Boberg, E.: Behavioral transfer and maintenance programs for adolescent and adult stutterers. *Speech Foundation of America* 19 (1983), S. 41—62.
- Conture, E.: The general problem of change. *Speech Foundation of America* 19 (1983), S. 13—28.
- Gregory, H. (Hrsg.): *Controversies about stuttering therapy*. Baltimore, MD 1982.
- Ingham, R.: *Generalization and maintenance in the treatment of stuttering*. Unveröffentlichtes Manuskript. Sydney, Australien 1984.
- Kidd, K.: A genetic perspective on stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 2 (1977), S. 259—269.
- Sheehan, J.: Relapse and recovery. *Speech Foundation of America* 19 (1983), S. 87—107.
- Van Riper, Ch.: *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, N. J. 1971.

#### Anschrift der Verfasserinnen:

Ilka Nadler und  
Sabine Mühe  
Horner Straße 101  
2800 Bremen 1

Ilka Nadler und Sabine Mühe sind Sonderschullehrerinnen mit den Schwerpunkten Sprach- und Lernbehindertenpädagogik. Gegenwärtig sind sie nach einem längeren Studienaufenthalt in den USA in einer privaten sprachheilpädagogischen Praxis tätig.



Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 5, S. 217—224

*Dieter Schweppe, Bissendorf, und  
Peter Jehle, Frankfurt/Main<sup>1</sup>*

### Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis

#### Zusammenfassung

In einem Fortsetzungsartikel zum Monterey-Sprechtrainingsprogramm (vgl. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 17—21, und 30 (1985), S. 117—126) wird zu einigen Gesichtspunkten der praktischen Arbeit mit dem Programm Stellung ge-

<sup>1</sup> Wir bedanken uns bei Prof. Ryan für die offene Diskussion verschiedener Fragen und bei Dipl.-Päd. Dirk Randoll für die Durchsicht des Manuskripts.

nommen. Die strenge Programmierung des therapeutischen Vorgehens und die unserer Ansicht nach zu starke Zentrierung auf den Sprechakt unter weitgehender Ausklammerung weiterer Verhaltensbereiche erscheint uns besonders problematisch. Nach der Darstellung weiterer Aspekte werden Ergänzungs- und Korrekturvorschläge zur Programmgestaltung gemacht, wobei es jedoch sehr darauf ankam, bewährte Prinzipien und Komponenten dieses gut evaluierten Therapieprogramms beizubehalten.



## 1. Einleitung

Das Monterey-Fluency-Programm zur Behandlung des Stotterns wurde von *Ryan* und *Van Kirk* (1971) entwickelt und in einer autorisierten Übersetzung und Bearbeitung von *Schweppe* und *Wortmann* (1982) für den deutschsprachigen Raum adaptiert (siehe auch *Jehle* und *Schweppe* 1982 in dieser Zeitschrift und *Schweppe* 1984). Das Programm wurde inzwischen in mehreren Untersuchungen evaluiert (*Ryan* und *Van Kirk* 1974 a und 1974 b und *Ryan* und *Van Kirk* 1983; siehe die Zusammenfassung von *Ryan* 1981 und die Besprechung von Ergebnissen von *Jehle* 1985).

Die Evaluationsdaten der oben erwähnten Studien zeigen, daß das Programm zum Aufbau und Transfer fließenden Sprechens effektiv ist; die Wirksamkeit des Erhaltungsprogramms konnte dort nicht ausdrücklich aufgewiesen werden. Zwar ist die erreichte Sprechflüssigkeit nur bei wenigen Klienten merklich zurückgegangen, d. h. nicht erhalten geblieben, jedoch konnte die relative Stabilität der Sprechflüssigkeit der übrigen Personen nicht eindeutig der Wirkung der Erhaltungsmaßnahmen zugeschrieben werden. Weiterhin ist zu bedenken, daß die Daten zur Erhaltung der Sprechflüssigkeit nicht in Alltagssituationen, sondern »nur« in der Therapiesituation erhoben worden sind. Belastend für die Interpretation der Ergebnisse und für die Annahme einer generellen Wirksamkeit des Programms ist jedoch insbesondere der hohe Ausfall an Versuchspersonen im Laufe aller Phasen des Therapieprogramms. Leider werden von den Autoren kaum Informationen mitgeteilt, die Aufschluß über Anlaß des Ausscheidens dieser Personen geben könnten.

Außerhalb der USA wurde das Programm unserer Kenntnis nach vor allem in England und im deutschsprachigen Raum angewendet. In England wurden zwei Trainerinnen, in Deutschland ein Trainer (der Erstverfasser) ausgebildet. Mit einer gewissen zeitlichen Verschiebung wurden in England und Deutschland mehrere Ausbildungskurse durchgeführt. Im Mai 1983 fand in London der erste Nachbetreuungskurs für Therapeu-

ten statt, an dem der Zweitverfasser teilgenommen hat. Im deutschsprachigen Raum wurden drei Trainingskurse und ein Nachbetreuungskurs (Januar 1984) abgehalten.

Äußerlich gesehen dienten die beiden Nachbetreuungskurse in England und im deutschsprachigen Raum den gleichen Zwecken, nämlich den Therapeuten weitere Instruktionen zur Anwendung des Programms zu vermitteln und Probleme, Erfahrungen und Ergebnisse der bisherigen Anwendung des Programms zu diskutieren. Der tatsächliche Verlauf der beiden Tagungen zeigte jedoch eine Reihe von Unterschieden in der Anwendung und Stellungnahme bzw. Weiterbeschäftigung mit dem Programm, was sich auch in den Diskussionsverläufen der beiden Tagungen gezeigt hat.

Im folgenden Beitrag geht es nun darum, die Erfahrungen mit dem Programm und die Stellungnahme dazu aus dem deutschsprachigen Raum darzustellen. Damit diese Darstellung besser nachvollzogen werden kann, werden in aller Kürze der Ansatz des Programms und die Ausbildungsmaßnahmen beschrieben.

## 2. Die Konzeption des Programms und der Ausbildung

### 2.1. Die Konzeption des Programms

Das Modell, auf dem das Therapieprogramm beruht, besteht aus drei Komponenten (*Ryan* 1980, S. 4 ff.):

1. Dem Sprechakt mit fließenden und gestotterten Äußerungen als wichtigster Komponente,
2. Einstellungen des Klienten zu sich selbst und zu seinem Sprechen und
3. Angst des Klienten.

Die Therapie setzt bei fließenden und bei nicht-fließenden Äußerungen des Klienten an, Einstellungen und Ängste sind nur in Ausnahmefällen Gegenstand der Therapie; die Autoren gehen aufgrund von Forschungsergebnissen davon aus, daß Einstellungen zur eigenen Sprechproblematik und Ängste durch die erfolgreiche Veränderung des Sprechens allmählich verändert werden (*Ryan* 1980, S. 7). Das Programm ist durch

eine starke Strukturierung des Therapieablaufs gekennzeichnet und enthält folgende vier Phasen (zur näheren Beschreibung siehe *Jehle und Schweppe 1982*):

- I. *Grundratenphase*
- II. *Aufbauphase*
- III. *Transferphase*
- IV. *Phase der Aufrechterhaltung*

Die Sprechaufgaben (Lesen, Monolog, Unterhaltung) sind jeweils hierarchisch aufgebaut, das gesamte Programm wird entsprechend den Prinzipien des programmierten Lernens durchlaufen: Die erfolgreiche Bewältigung einer Sprechaufgabe ist Voraussetzung für den Übergang zur nächsten Aufgabe.

#### 2.2. Zur Ausbildung im Monterey-Fluency-Programm

Der Zugang zum Therapieprogramm erfolgt über einen Trainingskurs für Therapeuten. Seitdem eine deutsche Version des Therapieprogramms verfügbar ist (*Ryan und Van Kirk 1982*), haben in der Bundesrepublik drei Kurse mit 41 Therapeuten stattgefunden. Im englischsprachigen Raum erfolgt die Ausbildung in einem Block von vier Tagen und umfaßt die Einführung in den Aufbau des Programms, die Beschreibung aller relevanten Therapeutenverhaltensweisen, die praktische Einübung in eine Reihe dieser Verhaltensweisen sowie eine kurze praktische Einweisung im Kontakt mit Klienten<sup>2</sup>. In Deutschland werden für diesen Kurs fünf Tage angesetzt, es bleibt mehr Raum für eine Einführung in die Logik des Programms und für die Diskussion einiger kritischer Punkte in der Anwendung des Programms. Eine umfangreiche Arbeit (durch die Programmautoren nicht näher spezifiziert) mit dem Programm ist Voraussetzung zum Besuch eines sogenannten Trainerkurses, in dem ein Therapeut zur Ausbildung anderer Therapeuten im Monterey-Fluency-Programm ausgebildet wird.

<sup>2</sup> Die Ausbildung des Zweitautors wurde teilweise durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft finanziert.

#### 3. Die Anwendung des Programms im deutschsprachigen Raum

Die Entwicklung des Programms war ursprünglich vor allem für die Verwendung in der ambulanten Behandlung gedacht. Diese Behandlungsform mit dem Monterey-Programm ist in den USA und in England auch vorherrschend. Im deutschsprachigen Raum wurde das Programm dagegen bisher vorwiegend in der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Dieser Schwerpunkt der stationären Verwendung dürfte allmählich durch einen ambulanten Einsatz des Programms ergänzt werden, wenn die Therapeuten aus den nachfolgenden Trainingskursen damit zu arbeiten begonnen haben.

Die hier darzustellenden Erfahrungen und Schlußfolgerungen sind vorwiegend im Rahmen des stationären Programmeinsatzes gewonnen worden. Das bedeutet, daß dort mit dem Programm zumindest teilweise unter anderen Bedingungen gearbeitet wurde, als sie von den Programmautoren ursprünglich angenommen worden sind. Die meiste Praxiserfahrung wurde bisher im Sprachheilzentrum Werscherberg in der stationären Therapie gemacht. In etwa 4 1/2 Jahren wurden über 100 Fälle behandelt. In den beiden bisher durchgeführten Nachbetreuungskursen (London und Schilling) wurden jedoch Probleme bei der Programmverwendung auch von ambulant arbeitenden Therapeuten vorgetragen, die sich mit Erfahrungen der stationär arbeitenden Therapeuten decken. Die in diesem Beitrag mitzuteilenden Erfahrungen sind sowohl durch die Verwendungssituation (vor allem stationäre Behandlung) wie auch durch Merkmale des Programms selbst bedingt. Es geht uns bei den daraus entwickelten Schlußfolgerungen sowohl um eine Anpassung (Adaption) des Programms an die Bedingungen, die sich hauptsächlich aus der stationären Verwendung ergeben, als auch um die grundsätzliche Infragestellung und um die Verbesserung einzelner Aspekte des Programms.

Dem liegt unsere Einschätzung zugrunde, daß die durchgehende Programmierung des Therapieverlaufs (mit allen Sprechaufgaben,



Klienten- und Therapeutenaktivitäten) im Programm von *Ryan* und *Van Kirk* sehr weit »getrieben« worden ist. Dieser Grad der Programmierung würde eine Homogenität der Symptomatik des Stotterns und der Person des Stotternden voraussetzen, die mit einiger Sicherheit nicht anzutreffen ist. Trifft diese Annahme zu, dann ist zu erwarten, daß mit diesem Programm eine Reihe von Klienten, aber auch Therapeuten, nicht erreicht werden kann. Die Adaptions- und Verbesserungsvorschläge werden daher vor allem auf eine stärkere Individualisierung des Therapieprozesses hinzielen, die eine höhere Flexibilität des Programms erfordert. Es liegt uns sehr daran, zu verdeutlichen, daß wir um eine Abwägung von Prinzipien (die für das Programm konstituierend sind und die als bewährt gelten können) und von Prinzipien und Merkmalen des Programms (die problematisch und korrekturbedürftig sind) bemüht sind. Es geht darum, Vorteile des Programms zu sichern und für nachteilige Elemente Verbesserungen bzw. Anpassungen zu formulieren und zu erproben.

#### 4. Diskussion einiger »kritischer« Gesichtspunkte des Therapieprogramms

Wegen der Knappheit des Raumes ist es hier nur möglich, einige Gesichtspunkte stellvertretend darzulegen; daß nur »kritische« Gesichtspunkte besprochen werden, liegt an der speziellen Fragestellung dieses Beitrages, nicht an der Qualität des Programms oder daran, daß die Reaktionen der Therapeuten einseitig gewesen wären.

Vor dem Hintergrund dieser Bedingungen ergaben sich folgende wichtige Gesichtspunkte:

a) Diagnose: Die im Programm vorgesehene Diagnose (ausschließlich auf die Ausprägung der Sprechsymptomatik bei verschiedenen Sprechaufgaben in der Therapiesituation bezogen) wurde generell als zu kurz und zu begrenzt angesehen, insbesondere im Vergleich zum gewohnten diagnostischen Vorgehen in der bisherigen Praxis der Therapeuten. Es herrschte allgemeine Übereinstimmung, daß die aus dem Programm gewonnenen Informationen eine ungenügende

Basis zur Therapieentscheidung, zur Prognose von Therapieerfolg und Therapie-schwierigkeiten liefern.

b) Probleme während aller Programmphasen: Den Therapeuten ist es durchweg schwergefallen, konsequent zu stoppen. Noch größere Probleme bereitete die Einhaltung der sogenannten 40-Minuten-Regel, die besagt, daß ein Klient bei Schwierigkeiten (Unflüssigkeiten) an einer einzelnen Sprech-aufgabe so lange üben soll, bis er eine »erfolglose« reine Sprechzeit von 40 Minuten erreicht hat; danach sieht das Programm die Anwendung von leichteren Zwischenaufgaben vor, nach deren Erledigung der Klient zur bisher noch nicht bewältigten Sprech-aufgabe zurückgehen soll (40 Minuten reine Sprechzeit können im Extremfall mehrere Therapiesitzungen umfassen).

c) Übergang vom Aufbau- zum Transferprogramm: Der Übergang an dieser Stelle bedeutet für viele Klienten eine Überforderung. Der Schritt von der Therapiesituation mit ihren spezifischen Sprechaufgaben in die Alltags-situation mit den dort geforderten Sprechaufgaben und Verhaltensweisen des Klienten erfolgt zu plötzlich.

d) Transfer: Die im Programm vorgesehene Hierarchie erschien vielen Klienten und Therapeuten zu starr, die Hierarchisierung erfolge zu einseitig auf der zeitlichen, statt auch auf der situativen Dimension. (Dies gilt insbesondere für die vorgegebenen Schritte des Zusatzprogramms.)

e) Übergang von der Transfer- in die Erhaltungsphase: In der Vorgehensweise an dieser Stelle wird ein Bruch in der Logik des Therapieprogramms gesehen, und zwar erfolgt die therapeutische Arbeit in der Transferphase überwiegend in alltäglichen Lebens-situationen, während die Arbeit im Erhaltungsprogramm überwiegend in der Therapiesituation stattfindet. Dieser Schritt zurück in die Therapiesituation wurde als Nachteil der Programmgestaltung genannt.

f) Erhaltungsprogramm: Das Erhaltungsprogramm ist nach unserer und der meisten Therapeuten Ansicht unzureichend gestaltet; in der vorliegenden Fassung gleicht es eher einem »angefügten« als einem konstitu-



ierenden Bestandteil des Gesamtprogramms. Klienten, die in der Zeit der Erhaltungsphase zunächst nur wenige Probleme haben, vermittelt es eher den Eindruck der Unverbindlichkeit dieses Programmteils. Dies widerspricht aber dem tatsächlichen Stellenwert, den wir und die von uns angesprochenen Therapeuten der Erhaltungsphase zumessen. Im einzelnen wurden folgende Gesichtspunkte genannt:

- Die zeitlichen Intervalle zwischen den einzelnen Treffen im Erhaltungsprogramm wachsen eventuell zu schnell an.
- Die Tätigkeit im Erhaltungsprogramm konzentriert sich zu stark auf die Erhebung von Sprechproben, die zudem noch in der Therapiesituation und nicht, wie im Transferprogramm, in täglichen Lebenssituationen erhoben werden.
- Durchzuführende Erhaltungsmaßnahmen werden nur in Abhängigkeit vom Ergebnis der Sprechprobe in der »wohltrainierten« Therapiesituation und von Berichten des (eventuell therapiemüden oder sich bereits entlassen fühlenden) Klienten angesetzt.

Bei den Einwänden zum Erhaltungsprogramm wird — was bezüglich aller obigen Gesichtspunkte zu berücksichtigen ist — besonders deutlich, daß die Entwicklung von Verbesserungen relativ leicht ist, jedoch die Einführung und Durchsetzung in der Praxis (beim Klienten) auf vielerlei Hindernisse stoßen kann.

##### 5. Stellungnahme und Überarbeitungsvorschläge

Im folgenden Abschnitt werden nun einige im Laufe der 4 1/2jährigen Anwendung des Programms in Werscherberg entwickelte und im nachhinein noch erarbeitete Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge zum Monterey-Programm besprochen.

###### 5.1. Zur Modellvorstellung

Unser genereller Vorschlag bezüglich der Modellvorstellung besteht darin, das dreigliedrige Modell des Stotters, das *Ryan* und *Van Kirk* (1971) entworfen haben (siehe oben

Kapitel 2.1), tatsächlich in die Therapie umzusetzen und, wenn es im Einzelfall angezeigt ist, Einstellungen, Ängste und soziale Kompetenz des Klienten therapeutisch direkter anzugehen, als das nach dem Programm vor allem in der Transferphase vorgesehen ist. In der Transferphase wird dies beim Bewältigen der verschiedenen Situationsaufgaben implizit zwar bereits getan, aber im Einzelfall kann die über die Sprechunflüssigkeit hinausgehende Verhaltensproblematik einer Person so schwerwiegend sein, daß die Intervention der Transferphase nicht ausreichend ist oder daß diese Problematik schon den Einstieg in das Aufbauprogramm erschwert oder gar unmöglich macht.

Die sich daraus eventuell ergebende Erweiterung der Sprachtherapie um psychotherapeutische Anteile kann im Einzelfall sowohl parallel beim Aufbau des fließenden Sprechens als auch blockweise zwischen einzelnen Therapieschritten oder -phasen erfolgen.

###### 5.2. Erweiterte Diagnostik

Der diagnostische Vorgang zu Beginn der Therapie muß unserer Ansicht nach erweitert werden, um notwendige Informationen über den bisherigen Verlauf und Stellenwert der Sprachstörung sowie Informationen über Therapiemotivation und über mögliche Widerstände in der Therapie zu erhalten. So ist es im Verlauf der Therapie nicht nur wichtig, ob, sondern wie ein Klient die einzelnen Schritte bewältigt. Es geht u. a. um die Fragen, wie der Klient mit Erfolg und Mißerfolg umgeht, wie sich wichtige konkrete Ereignisse aus seiner Umwelt auf seine Sprache auswirken usw. Dies erfordert umfangreiches diagnostisches Vorgehen vor der Therapie, aber auch — zumindest während der ersten Sitzungen — ein intensives Beobachten der Reaktionen des Klienten auf die Durchführung der Therapie im Sinne einer fortgesetzten therapiebegleitenden Diagnostik.

###### 5.3. Korrekturen am Programm

— Ein erster Vorschlag betrifft den Übergang von der Aufbau- in die Transferphase, der für viele Klienten zu plötzlich erfolgt. Hier ist zu überlegen, ob das Problem mit folgen-



dem Zwischenschritt im Sinne einer zusätzlichen Übungsphase gelöst werden kann: Die Klienten werden stärker, als im Programm vorgesehen, in die Selbst-Beobachtung und -Kontrolle ihres Sprechverhaltens eingewiesen, indem sie ein 16-Stunden-Selbstbeobachtungsprogramm durchlaufen, bei dem sie zunächst eine Stunde lang die Sprechunflüssigkeiten registrieren, bei Unterschreiten eines bestimmten Kriteriums (z. B. vier Sprechunflüssigkeiten pro Stunde) den Beobachtungszeitraum um eine Stunde verlängern, wobei sie von dieser zweistündigen Beobachtungszeit wiederum nach Unterschreiten des Kriteriums von vier Sprechunflüssigkeiten pro zwei Stunden zur nächsten Beobachtungszeit von drei Stunden übergehen können usw.

— Die 40-Minuten-Regel, die uns wie gesagt zu starr und auch zu lange erscheint, sollte folgendermaßen überarbeitet werden: Bei relativ kurzen Sprechaufgaben wird die Übungszeit auf jeden Fall kürzer angesetzt als bei längeren Sprechaufgaben; die konkrete Festlegung der gesamten Übungszeit bis zum Übergang auf das Zusatzprogramm erfolgt mit Blick auf den Einzelfall. Jedoch sollte vor einer Verkürzung der Zeit folgendes bedacht werden: Der Klient sollte (wie schon bei der Einführung in das Programm) nochmals darüber informiert werden, daß der entscheidende Zweck aller Sprechaufgaben darin besteht, zu üben, und nicht, sie möglichst schnell zu »erledigen«; eine Verkürzung der Zeit schon nach einer oder zwei Sitzungen sollte nicht erfolgen, da ein Klient einen »schlechten Tag« (oder Woche) haben kann und deshalb das Programm im allgemeinen nicht geändert werden sollte. Die Motivierbarkeit des Klienten oder seine Bewertung von Mißerfolg sind jedoch zu berücksichtigen.

— Hierarchisierung innerhalb der Transferphase: Hier sollte stärker, als im Programm vorgesehen, eine Differenzierung nach individuell relevanten Situationen mit gleichem Gewicht wie nach der im Programm bereits vorgegebenen Hierarchie erfolgen (die Differenzierung nach dem zeitlichen Umfang der Übungen könnte beibehalten werden). Im

Programm ist zwar der Schritt h) für »Restaufgaben« vorgesehen, dieser Schritt gibt jedoch der notwendigen Individualisierung nicht das angemessene Gewicht.

— Erhaltungsphase: In der Erhaltungsphase, die sich regulär auf etwa 22 Monate erstreckt, treffen sich die Klienten und die Therapeuten insgesamt fünfmal in Abständen von zwei Wochen, 1 1/2 Monaten, 4 1/2 Monaten, 10 1/2 Monaten und 22 1/2 Monaten nach Ende der Transferphase. Hier ist allgemein vorzuschlagen, daß die zeitlichen Abstände zwischen den Therapiesitzungen bei Bedarf langsamer anwachsen bzw. die Zahl erhöht werden sollten. Die Erhebung der Sprechproben sollte nicht nur in der Therapiesituation, sondern in täglichen Lebenssituationen stattfinden. Die Erhaltungsphase würde erheblich mehr Verbindlichkeit für beide Personen bekommen, wenn von vornherein einige Wiederholungsübungen, situative Übungen aus der Transferphase und Besprechungen von Problemen stattfinden würden; auch sollte die Durchführung therapeutischer Maßnahmen nicht ausschließlich an die Bedingung geknüpft sein, ob der Klient über Sprechprobleme außerhalb der Therapie *berichtet* oder bei den Sprechproben innerhalb der Therapiesituation Unflüssigkeiten zeigt. Die Verbindlichkeit könnte auch dadurch erhöht werden, daß Klient und Therapeut einen Verhaltensvertrag abschließen.

Insgesamt hat sich in dieser Phase nach unseren Erfahrungen eine umfassendere Betreuung des Klienten im Sinne eines Beratungsangebotes bei sich einstellenden Schwierigkeiten als nützlich erwiesen.

#### 5.4. Funktion und Ausbildung des Therapeuten

Die Funktion der Therapeuten besteht entsprechend ihrer Ausbildung durch die Autoren des Programms fast ausschließlich in der unmittelbaren Anwendung des Programms, der die Annahme einer sehr einheitlichen Störung des Stotterns zugrunde liegt, die mit einer weitgehend standardisierten Intervention angegangen werden kann. Diese Intervention sieht im wesentlichen Regel-Pro-



grammteile und bei Schwierigkeiten der Klienten Verzweigungen vor, die jedoch stets in einheitlicher Weise programmiert sind.

Entsprechend unseren Ausführungen in Kapitel 5.1 sehen wir Stottern als eine Störung an, die im Einzelfall mit verschiedenen anderen Verhaltensproblemen verbunden sein kann. Demzufolge sehen wir den Therapeuten nicht nur als einen »Anwender« an, sondern auch als eine Person, die in der Lage ist oder in die Lage kommen sollte, die Therapie individuell, dem Einzelfall gemäß, zu gestalten. Wir sehen einen Vorteil im Monterey-Programm darin, daß es klar gegliedert und beschrieben ist und somit bei Bedarf leicht variiert, angepaßt und ergänzt werden kann. Wir erachten es allerdings für notwendig, daß der Therapeut dazu einige Anleitungen erhält, die darin bestehen, daß ihm der Therapieansatz begründet wird, die wichtigsten Prinzipien des Programms und die Logik einzelner Teile und Schritte verdeutlicht werden. Durch eine intensive Bearbeitung des zugrundeliegenden Modells und dessen Entsprechung im Programm wird es möglich, Grenzen und Möglichkeiten einer individuellen Anpassung des Programms aufzuzeigen. Auszubildende Therapeuten sollten auch auf die Gefahren einer »rein technischen Anwendung« und auf häufig auftretende Fehlanwendungen des Programms hingewiesen werden. Auch bei der Anwendung dieses Programms spielen — wie in jeder Therapie — die Persönlichkeit des Therapeuten und das therapeutische Klima eine größere Rolle, als es ein so stark vorstrukturiertes Programm erwarten läßt.

Im englischsprachigen Bereich stehen zu diesen Ausbildungserfordernissen eine Reihe von Veröffentlichungen der Programmautoren zur Verfügung, zu deren Bearbeitung die zu trainierenden Therapeuten angeregt werden. Die tatsächlichen Ausbildungsanstrengungen beschränken sich jedoch auf die Einübung der Therapeuten in die reine Anwendung des Programms.

Bei uns stehen deutschsprachige Texte, die zur Einarbeitung in die Grundlagen des Programms dienen könnten, zur Zeit noch nicht zur Verfügung, es sei denn als englischspra-

chige Texte (siehe oben). Wir halten es daher für erforderlich, daß in absehbarer Zeit entsprechende Texte erarbeitet und als Voraussetzung sowie als Diskussionsgrundlage für das Training der Therapeuten verpflichtend vorgegeben werden. Diese Verpflichtung des Therapeuten bedeutet gleichzeitig für den Ausbildungsansatz, daß die Einarbeitung in die Grundlagen des Programmes nicht nur dem auszubildenden Therapeuten auferlegt und er mit seinen Fragen und Einwänden alleingelassen wird, sondern daß diese Einarbeitung als wichtiger Bestandteil der Therapeutenausbildung angesetzt wird.

Dies bedeutet, daß für die Verdeutlichung und Diskussion des zugrundeliegenden Ansatzes im Training eine feste Zeit mit dem notwendigen Umfang vorgesehen wird (wie dies in den bisherigen Trainings im deutschsprachigen im Vergleich zum englischsprachigen Raum praktiziert worden ist). Auch die Funktion der Nachbetreuungskurse sollte darin bestehen, den zugrundeliegenden Ansatz nochmals zu diskutieren, wenn die Therapeuten nach dem fünftägigen Einführungskurs erste praktische Erfahrungen mit dem Programm gesammelt haben. Da solche Trainingskurse stets unter Zeitnot stattfinden und auch teuer sind, kann ein Teil der Einarbeitung in die Grundlagen des Programms durch didaktisch aufbereitete Materialien (z. B. Lern- und Kontrollfragen, Beispiele usw.) erleichtert werden.

#### *6. Abschließende Bewertung*

Mit diesem Beitrag beabsichtigten wir, aufgrund von umfangreichen Erfahrungen mit der Programmanwendung und aufgrund von Therapeutenreaktionen Variations- und Ergänzungsvorschläge zur Programmgestaltung zu machen. Beim Monterey-Programm handelt es sich ohne Zweifel um ein effektives Programm zum Aufbau fließenden Sprechens. Im Transfer- und Erhaltungsteil sehen wir jedoch die Notwendigkeit von Änderungen und Variationen. Unsere Ausführungen zielen nicht auf eine Ablehnung des Programms, sondern vielmehr darauf, das Programm durch eine weniger rigide Anwendung — unter Beibehaltung der wichtigen



Konstruktionsprinzipien — breiter nutzbar zu machen, d. h., es »klientenfreundlicher« und auch »therapeutenfreundlicher« zu gestalten.

Die Effektivität und die breite Anwendbarkeit des gesamten Programms lassen sich unserer Ansicht nach erhöhen, wenn entgegen der Vorstellung der Autoren die aufgebaute fließende Sprechweise stärker in das gesamte Verhaltensrepertoire des Klienten (in die Gesamtpersönlichkeit) integriert wird. Wenn die fließende Sprechweise aufgebaut worden ist, sollte diese Integration nicht generell

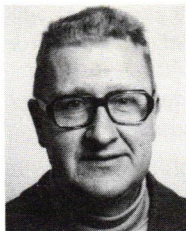
einem quasi automatischen Vorgang überlassen bleiben, wie dies dem Modell von *Ryan* und *Van Kirk* entsprechen würde; eine Integration sollte vielmehr aktiv unterstützt werden. Dementsprechend kann eine Kombination von Sprachtherapie mit psychotherapeutischen Komponenten im Einzelfall nicht nur das Programm unterstützen, sondern unter Umständen die Bewältigung aller Programmschritte erst möglich machen. Die Generalisierung und die Erhaltung von Therapieeffekten werden als aktiv zu gestaltende Vorgänge angesehen.

#### Literatur

- Jehle, P.: Zur Evaluation des »Monterey-Programms für flüssiges Sprechen« von Ryan und Van Kirk. *Die Sprachheilarbeit* 30 (1985) 2, S. 117—126.
- Jehle, P., und Schewpe, D.: Verhaltenstheoretische Stottertherapie: Das »Monterey-Programm für flüssiges Sprechen« von Ryan und Van Kirk. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982) 1, S. 17—21.
- Ryan, B. P.: Programmed therapy for stuttering in children and adults. Springfield, Ill. 1980, 3. Aufl.
- Ryan, B.: Maintenance programs in progress — II. In: Boberg, E. (Hrsg.): Maintenance of Fluency. Proceedings of the Banff Conference, Banff, Alberta, Canada, June 1979. New York 1981, S. 113—146.
- Ryan, B., und Van Kirk, B.: Programmed conditioning for fluency: Program Book. Monterey 1971.
- Ryan, B. P., und Van Kirk, B.: The establishment, transfer and maintenance of fluent speech in 50 stutters using delayed auditory feedback and operant procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974 a), S. 3—10.
- Ryan, B., und Van Kirk, B.: Programmed stuttering therapy for children. Final Report. Office of Education Project, 0-72-4422, US Department of Health, Education, and Welfare. Washington, D.C. 1974 b.
- Ryan, B. P., und Van Kirk, B.: Monterey Sprechtrainingsprogramm. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung des »Monterey Fluency Program« von Dieter Schewpe und Ulla Wortmann. Palo Alto 1982.
- Ryan, B. P., und Van Kirk, B.: Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs. *Journal of Fluency Disorders* 8 (1983), S. 291—321.
- Schewpe, D.: Verhaltenstherapeutische Stottertherapie: Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm von Ryan und Van Kirk. In: Katenbeck, G., und Springer, Luise (Hrsg.): Stottern und Stimme. Interdisziplinäre Beiträge zur Theorie und Praxis der Logopädie. Frechen 1984, S. 49—54.

Anschriften der Verfasser:  
Dieter Schewpe, Dipl.-Psych.  
Sprachheilzentrum Werscherberg  
Postfach 1134, 4516 Bissendorf 1  
Dr. Peter Jehle  
Deutsches Institut für  
Internationale Pädagogische Forschung  
Schloßstraße 29, 6000 Frankfurt/Main 90

Dieter Schewpe, seit 1978 im Sprachheilzentrum Werscherberg bei Osnabrück tätig (Schwerpunkt: stationäre Therapie stotternder Kinder und Jugendlicher), wurde bei Prof. Ryan in London zum Trainer für das hier vorgestellte Programm ausgebildet.  
Dr. Peter Jehle arbeitet zur Zeit als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Psychologie am Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt/Main; Arbeitsschwerpunkte: Therapieforschung zum frühkindlichen und erwachsenen Stottern; Bewältigung von Streß bei Lehrern.



Alf Preus, Vesterøy (Norwegen)

## Sprachheilenwesen und Sprachheillehrerausbildung in Skandinavien

Deutsche Bearbeitung: Martin Kloster-Jensen

### Zusammenfassung

Die skandinavischen Länder haben viele Gemeinsamkeiten in Sprache, Kultur, Geschichte und Politik; es gibt aber auch viele Unterschiede. Dies gilt ebenfalls für das Sprachheilenwesen und die Ausbildung von entsprechenden Pädagogen bzw. Therapeuten.

Die Sprach- und Sprechfürsorge in den nordischen Ländern hat sich im vorigen Jahrhundert aus der Gehörlosenpädagogik entwickelt. Initiativen, sowohl seitens des Staates als auch einzelner Gemeinden, wurden zuerst in Dänemark, danach in Norwegen und Schweden und später in Finnland und Island ergriffen.

Die staatliche Fürsorge auf diesem Gebiet umfaßt zunächst Sprech- und Sprachgestörte unter und über dem Schulalter. Sie ist in Dänemark, Island und Norwegen unter pädagogischer Leitung, während sie in Finnland und Schweden dem Sozial- und Gesundheitswesen angegliedert ist. Die regionale Sprach- und Sprechfürsorge richtet sich in allen nordischen Ländern in erster Linie auf das Grundschulalter, und der Unterricht findet meist in allgemeinen Schulen statt.

Die Ausbildung der Sprachbehindertenpädagogen und -therapeuten baut in Dänemark und Norwegen auf abgeschlossener Lehrprüfung auf und dauert anderthalb bis zwei Jahre. Auch Schweden und Finnland bilden entsprechende Lehrer und Therapeuten aus; Ausbildungsdauer: ein Jahr oder mehr als Aufbau auf der Lehrerausbildung. Diese beiden Länder haben aber auch eine grundständige Ausbildung. Sie dauert drei bis vier Jahre, setzt also die Lehrprüfung nicht voraus und ist medizinisch-phoniatisch orientiert.

Der theoretische Teil der verschiedenen Ausbildungsformen enthält mehr oder weniger große Anteile in Medizin, und die Lehrpläne variieren auch in bezug auf die Gewichtung von Psychologie, Pädagogik, Sprachwissenschaft und Kommunikationsstörung. Sie umfassen jedoch alle die Unterrichtspraxis unter Anleitung und Supervision.

Der Nordische Zusammenarbeitsrat für Logopädie und Phoniatrie organisiert eine gemeinsame Tätigkeit auf diesem Gebiet. Unter anderem gibt er eine Fachzeitschrift heraus und veranstaltet alljährlich Seminare für Sprachbehindertenpädagogen, Logopäden und Phoniater.

### 1. Einleitung

Die fünf skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden werden oft als eine geographische und kulturelle Einheit betrachtet. Dennoch weisen sie unter sich große Unterschiede auf. Sprachlich und ethnographisch setzt sich Finnland von den übrigen Ländern ab. Dänen, Norweger und Schweden können einander verstehen, wenn sie ihre Muttersprache benutzen, während die Isländer die altnorwegische Sprache behalten haben, die die übrigen Skandinavier nicht verstehen.

Jedoch binden gemeinsame Geschichte und Kulturtraditionen die skandinavischen Länder zusammen, und es werden immer größere Anstrengungen gemacht, um die politische, kulturelle und fachliche Zusammenarbeit zwischen den skandinavischen Ländern zu intensivieren, obwohl sich diese nicht innerhalb derselben Machtgruppierungen befinden. Bekanntlich ist nur Dänemark Mitglied der EG, und Schweden und Finnland stehen auch außerhalb der NATO.

In vielen Punkten weisen die Schul- und Ausbildungssysteme dieser Länder Ähnlichkeiten auf, aber jedes Land hat auch seine Besonderheiten. Da die Entwicklung in bezug auf Schulen in vielen Hinsichten parallel gelaufen ist, versucht man jetzt, die Systeme in den nordischen Ländern in Einklang zu bringen.



gen. Dies hat wohl auch damit zu tun, daß Skandinavien als ein gemeinsamer Arbeitsmarkt betrachtet wird.

Die Sprach- und Sprechfürsorge hat unterschiedliche Traditionen in den skandinavischen Ländern, aber auch hier ist man um eine Harmonisierung bemüht, vielleicht vor allem, wo es um die Ausbildung von Fachkräften geht. Auch auf dem organisatorischen Sektor hat man sich in dieser Beziehung Aufgaben gestellt.

Es soll hier der Versuch gemacht werden, in einem Gesamtüberblick Gemeinsames und Unterschiedliches in den betreffenden Ländern darzustellen. Wir wollen zuerst die Organisation beschreiben, dann die Ausbildung des Fachpersonals. Zum Schluß soll über die nordische Zusammenarbeit innerhalb des beschriebenen Gebietes berichtet werden.

## 2. *Geschichtliches*

Die öffentliche Fürsorge auf dem Gebiet der Sprech- und Sprachstörungen in den nordischen Ländern hat ihren Ursprung in der Gehörlosenpädagogik im vorigen Jahrhundert. Sprachgestörte normalhörende Kinder wurden allmählich von den gehörlosen und schwerhörigen abgesondert und getrennt unterrichtet. Schon 1874 erhielten norwegische Stotterer Unterricht in Oslo, und 1898 wird über die Behandlung von Stotterern und Artikulationsgestörten beim dänischen Institut für Gehörlose berichtet. Diese Entwicklung setzte sich nach der Jahrhundertwende fort. 1916 bekam Dänemark ein eigenständiges Institut für Sprech- und Sprachstörungen in eigenen Räumlichkeiten, und kurz danach (1919) wurde die »Granhaug öffentliche Schule für Kinder und Jugendliche mit Sprech- und Sprachstörungen« in Norwegen eingerichtet.

Gleichzeitig wurden Initiativen von Gemeinden entwickelt. Zum Beispiel wurden in Göteborg (Schweden) 1908 eigene Klassen für Stotterer und LKG-Geschädigte eingerichtet. Kopenhagen bekam 1918 eine Klasse für Stotterer und Sprachentwicklungsverzögerter, und 1931 stellte Oslo den ersten Sprachheilpädagogen ein.

In Schweden wurde es in den dreißiger Jahren möglich, Facharzt für Phoniatrie zu werden, und phoniatische Kliniken wurden in Stockholm und Göteborg eröffnet. Kurz nach dem zweiten Weltkrieg konnte man sich auch in Finnland auf Phoniatrie spezialisieren.

Die Ausbildung von Sprachheillehrern hat sich ebenfalls systematisch nach dem zweiten Weltkrieg entwickelt. In Norwegen beginnt die Ausbildung von Sprachheillehrern 1946, Finnland hat seit Ende der vierziger Jahre eine Ausbildung von Sonderpädagogen.

Eine eigenständige Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen und Logopäden in Schweden kam erst in den sechziger Jahren in Gang.

Die Fürsorge auf dem Gebiet Sprache und Sprechen ist allmählich durch regionalen Ausbau dezentralisiert worden. In Dänemark entstand ein neues Institut für Sprech- und Sprachstörungen in Århus 1954, und später kamen regionale Abteilungen der zwei existierenden Institute hinzu. Auch Gemeinden beteiligten sich einzeln am Ausbau.

In Norwegen wurden in den fünfziger Jahren zwei neue Sonderschulen für Sprachbehinderte eingerichtet. Mit der ständig steigenden Zahl der ausgebildeten Sprachbehindertenpädagogen wurde auch die Sprech- und Sprachtherapie in den Gemeinden und größeren Regionen intensiviert. Ein neues, modernes Institut für Sprech- und Sprachtherapie, das Bredtvet Zentrum für Logopädie in Oslo, wurde 1967 eröffnet.

In Schweden und Finnland sind Sprachbehindertenpädagogen dem Schulwesen angegliedert, während Logopäden in phoniatischen Kliniken arbeiten. Auch in diesen beiden Ländern hat eine entsprechende Expansion sowohl im kommunalen Schulwesen als auch im Gesundheitswesen stattgefunden.

In Island wurde die Sprech- und Sprachfürsorge etwas später als in den übrigen nordischen Ländern ausgebaut, u. a. weil es keine eigene Ausbildung von Sprachheilpädagogen hat. In dem Ausmaß, wie Sprachheilpädagogen und Logopäden im Ausland, beson-

ders in Norwegen, ausgebildet wurden, konnte Island eine kommunale und regionale Sprech- und Sprachfürsorge verwirklichen. Ein staatliches Zentrum für Hör- und Sprachbehinderungen wurde in Reykjavik eingerichtet.

Die Sprech- und Sprachfürsorge hat zu jeder Zeit die Gesetzgebung der einzelnen Länder zur Grundlage gehabt. So hat sich die Fürsorge in dem Maß entwickelt, wie neue Gesetze und Bestimmungen die Hilfe für neue Klientengruppen (z. B. Vorschulkinder und Erwachsene) möglich machten. Die gesetzlichen Bestimmungen sowohl für das Schulwie für das Gesundheits- und Sozialwesen enthalten Bestimmungen über Sprech- und Sprachgestörte.

### 3. *Organisation und Praxis der Sprech- und Sprachfürsorge*

Der Einsatz der Gesellschaft gegenüber Sprech- und Sprachgestörten in den skandinavischen Ländern ist im Schulalter, hauptsächlich vom 7. bis zum 16. Lebensjahr, am größten. Die Hilfsmaßnahmen werden hier im allgemeinen vom Schulwesen bereitgestellt und getragen, und die Logopädie ist ein Teil der Sonderpädagogik.

Für Sprachgestörte unter und über dem Schulalter sind jedoch teilweise große Unterschiede zwischen den Ländern auszumachen. Die Gesetzesgrundlage, der Grad von Hilfsmaßnahmen, Organisations- und Angliederungsformen, Kompetenz- und Kostenverhältnisse variieren. Es muß festgestellt werden, daß die Fürsorge für Sprech- und Sprachgestörte noch viel zu wünschen übrigläßt. Für einzelne Gruppen, z. B. für Erwachsene und besonders für ältere Menschen, sind die Verhältnisse weit davon entfernt, zufriedenstellend zu sein.

Die Organisation der Sprech- und Sprachfürsorge in den skandinavischen Ländern kann in zwei getrennten Formen beschrieben werden: Staatliche und kommunale Fürsorge sind zu unterscheiden.

#### 3.1. Staatliche Fürsorge

In Dänemark ist die Sprech- und Sprachfürsorge pädagogisch geleitet und unterliegt

seit 1980 dem Unterrichtsministerium. Zuständig sind zwei Zentralinstitute mit Abteilungen für jeden Landesteil. Die Klientel sind Personen über und unter dem schulpflichtigen Alter. Gaumenspalträger unter den Schülern werden ohne Rücksicht auf ihr Alter von der staatlichen Sprech- und Sprachfürsorge betreut.

Auch in Norwegen ist die staatliche Sprech- und Sprachfürsorge unter pädagogischer Leitung. Es gibt drei staatliche Einrichtungen für Sprech- und Sprachgestörte als Teile des staatlichen Sonderschulsystems: Ein Zentralinstitut in Oslo (Bredtvet Zentrum für Logopädie), das für alle Formen von Sprech- und Sprachstörungen zuständig ist. Neben den reinen Therapiemaßnahmen findet hier auch Diagnostizierung und Beratung statt. Die Schule Halmrast nimmt nur Stotterer auf, und in der Schule Elton sind nur Kinder und Jugendliche mit zentralen Sprachstörungen. Hinzu kommen Abteilungen für Sprech- und Sprachstörungen jeweils in Sonderschulen in Bergen und in Trondheim.

Island hat ebenfalls ein Zentrum für Hör- und Sprachbehinderungen, das zugleich für Sprech- und Sprachprobleme bei allen Erwachsenen zuständig ist. Dem Zentrum obliegt übrigens die übergeordnete Aufsicht und die Koordinierung aller sprech- und sprachtherapeutischen Arbeit in Island.

Während Dänemark, Island und Norwegen eine pädagogisch geleitete Zentralfürsorge für Sprech- und Sprachgestörte haben, untersteht die staatliche Fürsorge in Finnland und Schweden dem Gesundheitswesen.

In Schweden gibt es jetzt sieben Regionskrankenhäuser mit phoniatischen Abteilungen, wo Logopäden unter Leitung von Phoniatern sprech- und sprachgestörte Vorschulkinder und Klienten über dem Schulalter behandeln. Es gibt auch sogenannte Logopädendienststellen in Regions- und Regionsteilkrankenhäusern ohne Phoniater. Alle diese Initiativen unterstehen der Sozialbehörde.

Finnland hat eine ähnliche staatliche Fürsorge mit phoniatischen Abteilungen und poliklinischen Einheiten bei Zentralkrankenhäu-



sern. Auch in den Gehörlosenschulen findet logopädische Behandlung statt.

### 3.2. Kommunale Sprech- und Sprachfürsorge

Während die staatliche Sprech- und Sprachfürsorge in den verschiedenen skandinavischen Ländern etwas unterschiedlich organisiert ist, besonders im Hinblick auf die pädagogische bzw. medizinische Orientierung, ist die kommunale Fürsorge auf diesem Gebiet in allen Ländern im großen und ganzen durch das Schulwesen gleich organisiert. Dieses kommunale Sprachheilwesen ist besonders für Sprech- und Sprachgestörte im Schulalter zuständig. Dennoch finden sich auch hier einige Unterschiede zwischen den Ländern.

In Dänemark ist die kommunale Sprech- und Sprachfürsorge dem pädagogisch-psychologischen Dienst angegliedert. Sie wird von Sprech-, Sprach- und Hör-Beratern geleitet, und die Arbeit wird von kommunal angestellten Sprachbehindertenpädagogen durchgeführt. Der Unterricht umfaßt Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren und findet hauptsächlich in den einzelnen Schulen ambulant statt, aber auch zu einem gewissen Grad in regionalen Zentren für Sonderunterricht schwerbehinderter Schüler. In besonderen Fällen kann auf die staatliche Fürsorge verwiesen werden. Seit 1980 umfaßt die kommunale Sprech- und Sprachfürsorge auch Vorschulkinder.

In Norwegen ist die kommunale Sprech- und Sprachfürsorge in Anpassung an die geographischen Verhältnisse unterschiedlich geregelt. In größeren Städten, wie z. B. Oslo, ist die Arbeit des Sprachbehindertenpädagogen nach Stadtteilen organisiert, so daß mehrere Schulen unter einen »Logopeden«, wie die Berufsbezeichnung in Norwegen lautet, kommen. In einigen Gemeinden sind Sprachbehindertenpädagogen als Lehrer in den einzelnen Schulen angestellt. Diese sind dann oft nur Teilzeit-»Logopäden« und haben nebenbei gewöhnlichen Unterricht. In vielen Gemeinden, vor allem in ländlichen und kleineren städtischen Gemeinden, sind Sprachbehindertenpädagogen wie in Dänemark

ein Teil der pädagogisch-psychologischen Dienststellen. Sind die Gemeinden klein, ist der »PP«-Dienst interkommunal; demzufolge arbeiten manche Sprachbehindertenpädagogen mit Sprech- und Sprachgestörten in mehreren Gemeinden. Daneben gibt es in Norwegen auch ein paar Fälle von reinen logopädischen interkommunalen Regionalzentren, abgesondert vom »PP«-Dienst.

In Schweden haben die Schulen ebenfalls die Verantwortung für die Sprech- und Sprachfürsorge bei Kindern in schulpflichtigem Alter. Der Unterricht in den schulischen »Sprachkliniken« ist meist individuell und wird von einem Sprachbehindertenpädagogen geleitet, der zugleich Sonderschullehrer ist. Wie auch in Norwegen sind diese Sprachbehindertenpädagogen auf Regionen verteilt; sie bedienen mehrere Schulen und reisen umher. Eine Zusammenarbeit zwischen diesen Sprachbehindertenpädagogen und dem phoniatriisch-logopädischen Sektor ist wenig organisiert.

In Finnland arbeiten Sprech- und Sprachtherapeuten sowie Sonderpädagogen im Schulwesen, auch in Sonderschulen und -klassen, aber zusätzlich sind kommunal angestellte Sprech- und Sprachtherapeuten in den Gesundheitszentren unter der Gesundheitsfürsorge tätig; und ebenso arbeiten sie in Kindertagesheimen unter der Sozialfürsorge.

Auch in Island gibt es in gleicher Weise Sprachbehindertenpädagogen, die ambulant in den Schulen und Kindergärten tätig sind. Diese sind bei der regionalen Schulverwaltung angestellt.

### 3.3. Private Sprech- und Sprachfürsorge

Zusätzlich zu der rein staatlichen und kommunalen Sprech- und Sprachfürsorge gibt es in Skandinavien Möglichkeiten der privaten Fürsorge. So haben z. B. Schweden und Finnland einige wenige privat praktizierende Logopäden und Phoniater. Finnland hat zudem mehrere Vereine und Institutionen, die sich mit Sprech- und Sprachfürsorge beschäftigen, u. a. in Form von Kurstätigkeit. In Norwegen erstattet das »Reichsversicherungswerk« nach bestimmten Sätzen teilweise die Kosten für Behandlungen, die von

einem Arzt verordnet und von einem anerkannten Sprachbehindertenpädagogen (norwegisch: Logopeden) durchgeführt werden.

#### 4. Ausbildung der Fachvertreter

»Die Ausbildung von heute ist der Hilfsapparat von morgen. Keine Sprech- und Sprachfürsorge wird besser als ihre Arbeiter.« Dieser Satz stammt von einem Ausschuß unter dem Nordischen Zusammenarbeitsrat für Logopädie und Phoniatrie. Dieser Ausschuß hatte das Ziel, eine koordinierte Darstellung

der logopädischen (einschließlich der sprachbehindertenpädagogischen, Anm. des Übersetzers) und phoniatriischen Ausbildung in den nordischen Ländern zu erarbeiten, und — soweit möglich — eine Empfehlung eventuell in Frage kommender Harmonisierungsmaßnahmen abzugeben. Die Materialsammlung erfolgte 1977 und 1978. Die hier folgende Beschreibung der verschiedenen Ausbildungsformen hat dieses Gutachten zur Grundlage, umfaßt aber nur die Ausbildung von Sprech- und Sprachbehindertenpädagogen bzw. -therapeuten.

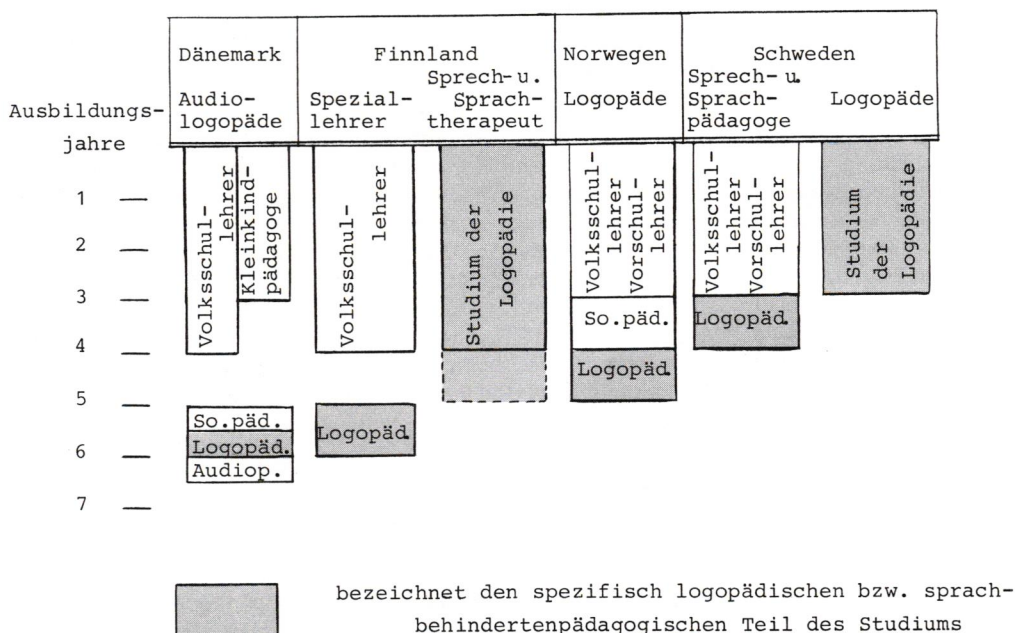


Abbildung 1: Ausbildungsdauer und Ausbildungsformen in skandinavischen Ländern

##### 4.1. Struktur der Ausbildung in den einzelnen Ländern

Abbildung 1 zeigt, wie die einzelnen Länder ihre Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen bzw. Logopäden aufgebaut haben. Es wird deutlich, daß die Berufsbezeichnungen von Land zu Land variieren; man findet Bezeichnungen wie Speziallehrer, Sprech- (und Sprach-)therapeut, Sprech- (und Sprach-)pädagoge und Logopäde. Wie man sieht, ist es charakteristisch für die Sprachheilkunde (einschließlich der pädagogischen

Komponente, Anm. des Übersetzers), daß eine Ausbildung als Lehrer oder Vorschullehrer in mehreren Fällen Voraussetzung für das Studium ist, daß aber Finnland und Schweden auch Ausbildungswege haben, wo eine solche Grundausbildung nicht verlangt wird. Das Studium der Logopädie in Finnland und Schweden ist Universitätsstudium. Die übrigen Ausbildungswege auf dem Gebiet der Sprachheilkunde sind in allen skandinavischen Ländern den pädagogischen angegliedert.



In Norwegen werden keine Forderungen an Vorpraxis gestellt; in Dänemark und Finnland wird eine Praxis verlangt, die zwei ganzen Jahren entspricht, in Schweden drei Jahren. In Dänemark und Norwegen wird neben pädagogischer Grundausbildung auch sonderpädagogische Ausbildung vor Aufnahme in das logopädische (sprachbehindertenpädagogische) Studium verlangt.

In den Fällen, wo die logopädische Ausbildung eine Weiterbildung für Lehrer ist, dauert das Studium ein Jahr. Dabei muß angemerkt werden, daß die norwegische Logopädenausbildung auf einer allgemeinen Sonderpädagogik aufbaut und eine einjährige Weiterbildung spezifisch in Sprachbehindertenpädagogik (und Logopädie) bedeutet.

Die finnische und die schwedische Universitätsausbildung von Sprech- und Sprachtherapeuten/Logopäden sind nicht gleich lang. Die finnische Ausbildung ist vierjährig. Dazu kommen neun Monate in klinischer Ausbildung. In Finnland geht man gegenwärtig zu einem neuen Ausbildungsprogramm über: Es ist in 160 Studienwochen geteilt und führt zu einer Prüfung nach fünf Jahren. Die schwedische Logopädenausbildung ist dreijährig.

Auch in Dänemark befindet sich ein neues Studienprogramm im Aufbau. Es gilt einem Ausbildungsweg für angehende Sprachheillehrer und -therapeuten, der keine Grundausbildung als Lehrer voraussetzt.

Dänemark bildet jedes Jahr 60 Logopäden aus, Norwegen 55. Schweden bildet 32 Logopäden (für die Sozialbehörde) und 112 Sprech- und Sprachpädagogen aus. Aus Finnland liegen keine Zahlen vor, und Island hat keine eigene Ausbildung für Sprachbehindertenpädagogen oder Sprech- und Sprachtherapeuten. Für Skandinavien als Ganzes wird die Ausbildungskapazität auf etwa 350 pro Jahr geschätzt.

#### 4.2. Befähigungsbereich

Die Ausbildung in Dänemark und Norwegen qualifiziert für Diagnostizierung und Behandlung in allen Altersgruppen und Institutionen. Die finnische Ausbildung in Sonderpädagogik ist eine Weiterbildung von Lehrern für die

untere Schulstufe. Die schwedische Ausbildung von Sprech- und Sprachpädagogen soll die Lehrer in erster Linie für Unterricht mit Kindern vorbereiten, aber zum Teil auch mit Jugendlichen und Erwachsenen.

Die finnische Ausbildung von Sprech- und Sprachtherapeuten sowie die schwedische Ausbildung in der Logopädie qualifiziert für Arbeit mit allen Altersgruppen, hat aber vor allem die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen als Ziel. In allen Ländern befähigt die Ausbildung zur Arbeit mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Redeflußstörungen.

#### 4.3. Medizinischer Inhalt der Ausbildung

Das Studium der Sprachheilkunde enthält Studienanteile in mehreren medizinischen Fachgebieten. In allen skandinavischen Ländern sind dieselben medizinischen Fachgebiete vertreten; jedoch variiert ihr Umfang. Im logopädischen Universitätsstudium ist er am größten, er ist aber auch größer in der schwedischen Sprech- und Sprachpädagogenausbildung als in der dänischen und norwegischen Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen. In der schwedischen Ausbildung wird Audiometrie als ein Teil des medizinischen Inhalts gesehen.

Der hauptsächliche Unterschied zwischen Universitätsausbildung in Logopädie und einer Weiterbildung in Logopädie für Lehrer kann mit der unterschiedlichen Gewichtung des medizinisch-phoniatrischen Inhalts einerseits und des pädagogischen Inhalts andererseits ausgedrückt werden.

#### 4.4. Psychologie und Sprachwissenschaft in der Ausbildung

Psychologie, Allgemeine Erziehungswissenschaft und Sonderpädagogik sind in den Ländern verschieden gewichtet. Hier tritt die Trennung zwischen Logopädenausbildung an einer Universität einerseits und der Weiterbildung an Pädagogischen Hochschulen deutlich hervor. Im ersten Fall hat Psychologie, im anderen Pädagogik eine stärkere Stellung. Der Begriff »Sonderpädagogik« umfaßt hier nicht solche Unterrichtsfächer, die mehr spezifisch logopädisch definiert sind.

Durchgehend will es scheinen, daß die normale Sprach- und Kommunikationsentwicklung nicht gesondert behandelt, sondern im Prinzip als bekannt und als Hintergrund für das Studium der abweichenden Sprach- und Kommunikationsentwicklung vorausgesetzt wird. In allen Ausbildungsarten ist Phonetik eigenständiges Teilfach.

#### 4.5. Gewichtung von Störungen des Kommunikationsprozesses

Beeinträchtigung des Kommunikationsprozesses ist eine gemeinsame Bezeichnung für Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Redeflusses. Alle Länder sehen die Arbeit mit und damit die Ausbildung für die Handhabung solcher Störungen als das Zentrale in der Logopädie/Sprachbehindertenpädagogik.

Die für die soeben erwähnten Fächer vorgesehene Stundenzahl ist sehr unterschiedlich, von 120 Stunden in der finnischen und schwedischen sonderpädagogischen Ausbildung bis 356 Stunden im Studium der Logopädie in Finnland. Es finden sich ebenfalls große Variationen in der Gewichtung der einzelnen Hauptgebiete. Dies wird am deutlichsten beim Stottern, das in Dänemark etwa 1/6 der Unterrichtszeit beansprucht gegenüber 1/8 in Norwegen und 1/12 in der schwedischen Logopädenausbildung. Das Teilgebiet der Stimmstörung und Stimmbildung nimmt in der schwedischen Logopädenausbildung 1/4 der Unterrichtszeit in Anspruch, in Norwegen etwas weniger als 1/5. In allen Ländern umfaßt die Ausbildung das Gebiet der Hörschädigungen. Es hat in den einzelnen Ländern unterschiedlichen Umfang und scheint in Norwegen am schwächsten gewichtet. Dyslexie ist auch in allen Ländern Teil des Lehrprogramms, ist aber auf verschiedenen Ausbildungsstufen angesiedelt. In Dänemark und Norwegen ist die Dyslexie ein Teil der grundlegenden und generellen sonderpädagogischen Ausbildung.

Auch im Hinblick auf Diagnostik und Methodenanalyse zeigen sich gewisse Ungleichheiten. Hier scheint die schwedische Logopädenausbildung die stärkste Position einzunehmen. Sie umfaßt ebenfalls eine besonde-

re Examensarbeit, die u. a. beabsichtigt, dem Studierenden eine gewisse Übung in wissenschaftlicher Methode beizubringen. Mit Ausnahme der finnischen *Speziallehrer*-ausbildung nimmt Schulung der eigenen Stimme in allen Ausbildungen einen Platz ein.

#### 4.6. Der praktische Teil der Ausbildung

Die Ausbildung auf dem Gebiet der Sprachbehindertenpädagogik und Sprech- und Sprachtherapie umfaßt in allen Fällen praktischen Unterricht unter Anleitung eines Logopäden/Sprachbehindertenpädagogen. Für finnische Sprech- und Sprachtherapeuten und schwedische Logopäden findet der Praxisunterricht in phoniatischen Abteilungen statt. Für die ersteren (Finnland) erfolgt der Unterricht in einem eigenen Kurs nach Abschluß des theoretischen Studiums. Der Kurs dauert neun Monate.

Die schwedische Logopädenausbildung enthält 500 Stunden Praxis. Sie umfaßt alle logopädischen Teilgebiete. Die Hälfte der Praxiszeit ist für Sprachentwicklungsverzögerung und Stimmstörungen vorbehalten. Ein anderes großes Gebiet ist Aphasie.

In der Ausbildung von Lehrern ist die Sprech- und sprachtherapeutische Praxis verschieden gewichtet und organisiert. In Dänemark, Finnland und Norwegen ist sie teils als »Punktpraxis« organisiert, indem sie an bestimmten Wochentagen praktisch über das ganze Studienjahr läuft; teils wird sie als Blockpraxis durchgeführt. Die dänische Ausbildung hat für Unterricht in praktischer Logopädie die kürzeste Zeit vorgesehen: etwa 150 Stunden. Das entspricht ungefähr der Hälfte der in Norwegen und Schweden auf diese Praxis entfallenden Zeit. Finnland liegt mit 200 Stunden dazwischen. Der Praxisunterricht für Speziallehrer umfaßt neben Logopädie auch Dyslexie sowie Unterricht in Sonderklassen.

In Norwegen soll der Praxisunterricht alle Altersgruppen umfassen. Er soll in Kindergärten, Grundschulen, Sonderklassen und Zentren für Logopädie stattfinden, außerdem noch bei der Sozial- und Gesundheitsbehörde.



#### 4.7. Evaluierung und Kompetenz

Das Examen von Sprachbehindertenpädagogen/Logopäden setzt sich aus einem theoretischen und einem praktischen Teil zusammen. Der theoretische Teil wird nach schriftlichen und/oder mündlichen Leistungen bewertet. Der praktische Teil wird nur in der finnischen und norwegischen Ausbildung beurteilt, und zwar von den jeweiligen Supervisoren.

Das Ergebnis einer Beurteilung findet in zum Teil sehr unterschiedlichen Graduierungsformen Ausdruck. In Dänemark wird eine 13er-Skala verwendet; in Norwegen heißt es im allgemeinen »bestanden« oder »nicht bestanden«.

#### 4.8. Fort- und Weiterbildung

Unter Fortbildung versteht man in allen nordischen Ländern diejenige Ausbildung, die als Kurse von kürzerer Dauer und in besonderen Teilfächern innerhalb der Logopädie oder anderen Fächern mit Relevanz für die Logopädie und logopädische Arbeit eingerichtet werden. Diese Kurse bezwecken ein fachliches Nachholen. Sie werden nicht evaluiert und nicht als kompetenzfördernd anerkannt.

Unter Weiterbildung wird kompetenzfördernde Ausbildung mit Ausgangspunkt im logopädischen Studium verstanden. Eine solche Weiterbildung wurde bis jetzt noch nicht für Logopäden mit Grundausbildung als Lehrer eingerichtet. Dies ist in Dänemark geplant. In Norwegen können Logopäden (sie sind bereits als Lehrer ausgebildet, Anm. des Übersetzers) eine zweijährige Weiterbildung in Sonderpädagogik und zudem noch ein einjähriges Hauptfachstudium ebenfalls in Sonderpädagogik erhalten. Diese beiden Studiengänge können auch Vertiefung in rein logopädischen Disziplinen vermitteln. An den Universitäten werden Logopäden zum Studium von Fächern mit Relevanz zur Logopädie zugelassen.

Die finnischen Sprech- und Sprachtherapeuten und die schwedischen Logopäden können ihre Universitätsausbildung fortsetzen und Lizentiat- und Doktorprüfungen ablegen.

#### 5. Nordische Zusammenarbeit im Rahmen der Sprech- und Sprachfürsorge und der einschlägigen Ausbildung

Die skandinavischen Länder stellen sich nach außen oft sowohl politisch wie kulturell als eine Einheit dar, obwohl sie fünf selbständige Staaten sind. Auf fast allen Gebieten hat immer eine gute nordische Zusammenarbeit bestanden. Am bekanntesten ist vielleicht der Nordische Rat, eine beratende parlamentarische Versammlung.

Was Bestrebungen auf dem gesamt-nordischen Gebiet anbelangt, macht die Logopädie keine Ausnahme, vielleicht im Gegenteil. Diese Zusammenarbeit hat verhältnismäßig früh während des Ausbaus der Logopädie begonnen. Am ältesten ist vielleicht die dänisch-norwegische Zusammenarbeit auf dem Gebiet. Norwegen hat seine Sprech- und Sprachfürsorge sowie seine erste Logopädenausbildung nach dänischem Muster aufgebaut. Die ersten norwegischen Logopäden absolvierten auch einen Teil ihrer Ausbildung in Dänemark, und der Leiter des Instituts für Sprech- und Sprachstörungen in Kopenhagen war lange Zeit als einziger Gutachter bei der norwegischen Logopädenprüfung zuständig. Als Kuriosum sei erwähnt, daß der Architektenentwurf für eine in Norwegen kurz vor dem letzten Krieg geplante Sondereinrichtung für Sprech- und Sprachbehinderte vom Aussehen des dänischen Institutsbaues geprägt war.

Eine ähnliche Zusammenarbeit entwickelte sich zwischen Schweden und Finnland, die beide eine phoniatische Orientierung für die Sprech- und Sprachfürsorge erhielten und wo sowohl die Betreuung als auch die Ausbildungsformen große Ähnlichkeit erlangten.

Eine umfassende nordische Zusammenarbeit geht bis 1940 zurück, als die »Nordisk Tidsskrift for Tale og Stemme« gegründet wurde. Sie erschien in Dänemark mit dänischem Hauptherausgeber und Mitherausgebern in den anderen nordischen Ländern. Die Zeitschrift ist später von der »Nordisk Tidsskrift for Logopedi og Foniatri« abgelöst worden.

Obwohl auf einem eher persönlichen Feld in früherer Zeit viel unorganisierte Zusammen-

arbeit in der Form von Tagungen, Veröffentlichungen usw. stattgefunden hatte, kam eine Institutionalisierung erst mit der Gründung des Nordischen Zusammenarbeitsrats für Logopädie und Phoniatrie 1975 durch die logopädisch-phoniatischen Organisationen in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden zustande. Island wurde 1982 Mitglied.

Jedes Land ist mit drei Delegierten vertreten, die von den fachlichen nationalen Vereinigungen ernannt werden. Wunschgemäß hat Island jedoch nur einen Delegierten. Der Rat tagt regelmäßig ein- oder zweimal im Jahr. Die praktische Arbeit liegt in der Hand von Ausschüssen: ein Arbeitsausschuß, das Redaktionskomitee für die Nordisk Tidsskrift for Logopedi og Foniatri, der Ausschuß für

Fortbildung, zuständig für jährlich stattfindende Seminare für Logopädie und Phoniatrie, und der Forschungsausschuß. Zusätzlich werden Ad-hoc-Ausschüsse ernannt zur Abgabe von besonderen Gutachten, z. B. der oben erwähnte, der mit der Darstellung der Ausbildungsverhältnisse beauftragt war und gleichzeitig Harmonisierungsmaßnahmen empfehlen sollte.

Arbeitsausschuß und ständige Ausschüsse rotieren unter den Mitgliedsländern im Drei-Jahres-Turnus. Die Finanzierung des Zusammenarbeitsrates basiert auf Beiträgen, die von den nationalen Vereinigungen je nach Mitgliederzahl geleistet werden. Der Nordische Zusammenarbeitsrat für Logopädie und Phoniatrie wurde 1977 Mitglied der IALP als multinationale Organisation.

#### Literatur

- Moll, K. L.: Training Programs in Logopedics. *Folia Phoniatica* 35 (1983), S. 198—214.  
Nilsson, I.: Teaching Children with Language and Speech Difficulties. In: Skov-Jørgensen, I. (Hrsg.): *Special Education in Denmark*. Kopenhagen 1979, S. 119—124.  
Nordisk Samarbejdsråd for Logopedi og Foniatri: *Oversigtsmateriale over taleomsorgen i Norden*. 1978 (unveröff. Entwurf).  
Nordisk Samarbejdsråd for Logopedi og Foniatri: *Utdanning av logopeder og foniater i Norden*. Monografi nr. 4. *Nordisk Tidsskrift for Logopedi og Foniatri* 7 (1982), S. 21—48.  
Socialstyrelsen: *Den foniatrisk-logopediska sektorn inom sjukvården. Utredning om talvårdens innehåll och organisation*. Stockholm 1979.  
The Scandinavian Council of Logopedics and Phoniatrics. *Folia Phoniatica* 36 (1984), S. 153.

Für Informationen und Unterlagen dankt der Verfasser Herrn Arne Beuning (Dänemark), Frau Yvonne Klärlich (Finnland), Frau Holmfridur Arnadóttir (Island) und Herrn Björn Fritzell (Schweden).

Anschrift des Verfassers:  
Logoped Alf Preus  
Skjelsbo, N-1674 Vesterøy  
Norwegen

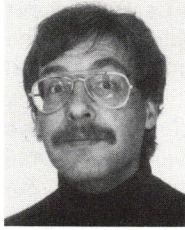
Alf Preus ist als Logopäde und Spezialpädagoge beim pädagogisch-psychologischen Dienst in Norwegen tätig. Er trat u. a. durch eine Reihe von Fachpublikationen in norwegischer und englischer Sprache hervor. In der Bundesrepublik wurde er durch Beiträge über Stotterertherapie bekannt.

### **Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!**

Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

**Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag · Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50**





Friedrich Michael Dannenbauer, München

### Einige Gesichtspunkte zur Modifikation der Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung\*

#### Zusammenfassung

Die kontrovers diskutierte Frage, ob sich Störungen der grammatischen Entwicklung als Verzögerungs- oder Abweichungsphänomene im Vergleich zu einem »normalen« Spracherwerb charakterisieren lassen, wird in den folgenden thesenartigen Überlegungen grundlegend modifiziert. Es wird verdeutlicht, daß globale Konzepte diesem vielschichtigen Problem wenig gerecht werden können, da weder Verzögerungen noch Abweichungen (eng definiert) die sprachlichen Schwierigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder ausreichend kennzeichnen. Nachdrücklich wird die Notwendigkeit einer individualisierten, umfassenden Betrachtungsweise hervorgehoben. Vor allem durch differenzierte, deskriptive Analysen kann die Forschung Subkategorien des sogenannten Dysgrammatismus mit jeweils unterschiedlichem Bedingungsgefüge ermitteln, welche verschiedenartige therapeutische Konsequenzen erfordern würden.

1. Prinzipiell kann sich die Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie auf zwei korrespondierende Aspekte des gestörten Spracherwerbs beziehen, nämlich a) auf die zugrundeliegenden Verarbeitungs- und Lernprozesse und b) auf die beobachtbaren Strukturen der kindlichen Sprachproduktion. In vielen Untersuchungen und Kontroversen stand der zweite Aspekt im Vordergrund. Deshalb wird er hier vorrangig angesprochen. Alle Aussagen zu diesem besonderen Problem

\* Diskussionspapier zur Fortbildungstagung der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik, 3. bis 5. Mai 1985 in 8702 Ober Eisenheim.

der gestörten Kindersprache hängen davon ab, wie die beiden Kategorien definiert und gegeneinander abgegrenzt werden. Beispielsweise könnte bei einem engen Verständnis von »Verzögerung« angenommen werden, daß die Sprache dysgrammatisch sprechender Kinder aufgrund von in die Länge gezogenen Aneignungsprozessen insgesamt deckungsgleich mit der von jüngeren, sich normal entwickelnden Kindern ist (»Zeitlupenhypothese«), während eine enge Auffassung von »Abweichung« eine Sprachproduktion meint, die durch idiosynkratische, in einem »normalen« Spracherwerb nicht beobachtbare, aus »untypischen« Lernprozessen resultierende Strukturen gekennzeichnet ist. Solche Definitionen können die tatsächlichen Sachverhalte nicht angemessen erfassen, da sie die Komplexität und Variabilität der Phänomene gewissermaßen einebnen. Sie enthalten bestenfalls sehr begrenzte Teilrichtigkeiten und sollten daher als übermäßig vereinfachend und womöglich irreführend in Frage gestellt werden, vor allem, wenn sie sich jeweils auf umfassende Gruppen von Kindern beziehen.

2. Die Daten aus methodisch variierenden, kaum vergleichbaren empirischen Untersuchungen bieten ein widersprüchliches Bild. Auf jeden Fall ist festzustellen, daß keine der beiden Kategorien in einer Weise belegt werden konnte, die irgendwelche Generalisierungen erlaubt. In vielen Fällen können die Untersuchungsergebnisse die Schlußfolgerungen der Untersucher keineswegs zwei-

felsfrei bestätigen. Eher scheinen die Daten zu verdeutlichen, daß eine scharfe Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie wenig aufschlußreich ist, wenn keine klaren, induktiv ermittelten Abgrenzungskriterien vorliegen. Außerdem kann sie zu einer Verengung der Perspektive auf zwei Kategorien führen, während jedoch der Sachverhalt eine weit größere Anzahl von Kategorien erfordern würde.

3. Dysgrammatisch sprechende Kinder weichen von der »normalen« Variabilitätsbreite des Grammatikerwerbs zweifellos ab, jedoch ist ihre Sprachproduktion nicht durch bizarre Eigenkonstruktionen charakterisiert, sondern durch ein individuell meist unterschiedliches, teils unsystematisch erscheinendes Muster von Retardierungsphänomenen. Man könnte also sagen, die »Abweichung« besteht größtenteils aus mehr oder weniger »unausgewogenen Verzögerungen« im Erwerb und Gebrauch grammatischer Strukturen aus verschiedenen Teilbereichen des Systems.

4. Die Analyse von Sprachproben mit Hilfe von Entwicklungsprofilen oder -skalierungen verdeutlicht, daß sich die von dysgrammatisch sprechenden Kindern verwendeten Formen zum weitaus überwiegenden Teil durchaus im Hinblick auf normale Sprachentwicklungsdaten einordnen lassen, daß sich aber zumeist ein inkonsistenter Gesamtentwicklungsstand ergibt, dadurch, daß bestimmte Formen fehlen und frühere bevorzugt werden, andere Strukturen einer späteren Phase auftauchen, gewisse »kanonische« Muster besonders häufig und unflexibel verwendet werden usw. Demgegenüber sind idiosynkratische Bildungen, die sich nicht vor dem Hintergrund normaler Sprachentwicklungsdaten analysieren lassen, eher untypische Einzelercheinungen.

5. Die als spezifische Retardierungsproblematik aufzufassende Abweichung von weitgehend invarianten Merkmalen der grammatischen Entwicklung gewinnt insbesondere bei jüngeren und erheblich sprachentwicklungsgestörten Kindern den Anschein einer »reinen« Verzögerung. Beispielsweise könn-

te man von einem Kind, das wenig kombinatorische Sprache zeigt, annehmen, daß es sich z. B. noch im Stadium der Zweiwortäußerungen von Kleinkindern befindet. Jedoch ist davon auszugehen, daß bei eingehenderer Analyse Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen Besonderheiten hinsichtlich der pragmatischen Aspekte, der kodierten semantischen Relationen, der begrifflich-lexikalischen Entwicklung der nonlinguistischen Fähigkeiten usw. (in unterschiedlichem Ausmaß) aufweisen, die selbst bei einem sehr »frühen« grammatischen Entwicklungsniveau die Annahme einer reinen Verzögerung als unangemessen erscheinen lassen.

6. Bei vielen älteren und sprachlich fortgeschritteneren Dysgrammatikern scheint die sprachliche Entwicklung zunehmend einen irregulären Verlauf zu nehmen. Dies ist vor allem dadurch bedingt, daß die »Diskoordination der Entwicklungsfahrpläne« (*Kotten-Sederqvist*) verschiedener sprachlicher Aspekte (z. B. Phrasenstrukturen, Wortstellung, Flexion usw.) den Eindruck der Unausgewogenheit des Retardierungsmusters verstärkt. Solche Kinder sind zudem höheren Kommunikationsanforderungen ausgesetzt, entwickeln differenziertere und komplexere Sprachhandlungsbedürfnisse, erfahren Therapie mit teils unerwünschten Nebeneffekten, erweitern ihre metalinguistischen Fähigkeiten usw. (individuell verschieden). Dies kann dazu führen, daß Kinder aufgrund einer überlasteten Planungskapazität die sprachliche Komplexität einerseits zu reduzieren versuchen, während sie andererseits veranlaßt sind, Formen zu verwenden, die sie noch nicht genügend beherrschen; oder aber sie verwenden bestimmte Strukturen in stereotyper Weise, da diese die Kommunikation bisher einigermaßen sichern konnten. Auf jeden Fall beeinflussen auch die sich ändernden Sprachverwendungsbedingungen sowie Persönlichkeitsfaktoren (z. B. Interessen, sprachliche Risikobereitschaft usw.) das individuelle Retardierungsmuster. Dabei kann es auch vorkommen, daß sich bei einigen Kindern der Anteil idiosynkratisch erscheinender Konstruktionen erhöht.



7. Die Metaanalyse einer größeren Anzahl von individuellen Sprachprobenuntersuchungen (Entwicklungsprofile) wird höchstwahrscheinlich neben vielen Variationen auch interindividuelle Merkmale bei verschiedenen Kindern aufzeigen, die allmählich die Gruppierung einzelner Entwicklungsverläufe und Retardierungsmuster zu einer Reihe von Subkategorien der grammatischen Entwicklungsstörungen ermöglichen. Vermutlich werden sich derartige Kategorien auf sprachliche Entwicklungsprobleme beziehen, die eventuell durch vergleichbare Funktionsdefizite der zentralen Verarbeitungssysteme bedingt sind. Es läßt sich jedoch voraussagen, daß die Kategorisierung von Retardierungsmustern umstritten sein wird und der ständigen Überprüfung bedarf. Außerdem ist die Fülle der mit der grammatischen Entwicklung interagierenden Faktoren (Geflecht der Interdependenzen) bei den meisten Kindern unterschiedlich bedeutsam, so daß ein Klassifikationsschema nach grammatischen Daten seinen wissenschaftlichen und praktischen Wert an präzisen Kriterien messen lassen muß.

8. Die Beeinträchtigung des alters- und umweltadäquaten Erwerbs und Gebrauchs des grammatischen Systems beruht offensichtlich auf Funktionsdefiziten bei der inneren Verarbeitung und Organisation sprachlicher Information. Die Forschung weist auf eine Reihe heterogener Verursachungsmomente teils sprachspezifischer, aber auch genereller Art in den kognitiven Prozessen hin. Beispielsweise wurden Defizite aufgezeigt in der Entwicklung und Veränderung informationsverarbeitender Operationsprinzipien, in der temporellen Verarbeitung akustischer Signale, im Erkennen von Folgebeziehungen, in der Verarbeitungskapazität des Gedächtnisses, in der Fähigkeit zur hierarchischen Strukturierung, in der mentalen symbolischen Repräsentation, in der verbosensomotorischen Differenzierung, in den Generalisierungs- und Restriktionsprozessen der Regelbildung (Schlußfolgern) usw. Es ist jedoch hervorzuheben, daß keiner dieser Faktoren für alle Kinder mit grammatischen Entwicklungsstörungen gleichermaßen ausschlag-

gebend ist. Vermutlich führen unterschiedliche Konstellationen von Funktionsdefiziten zu variierenden Retardierungsmustern. Die einschlägige Forschung steht jedoch noch ganz am Anfang, und es fehlen theoretische Modelle, die die sprachlichen Symptome mit bestimmten zugrundeliegenden Defiziten in Beziehung setzen können. Jedoch muß diese Forschungsrichtung als besonders vielversprechend im Hinblick auf die Therapie eingeschätzt werden. Bisher ist die Natur der möglichen Defizite noch völlig unklar, z. B. ob es sich um Verzögerungen in der Entwicklung dieser Funktionen handelt oder ob diese anders funktionieren; unklar ist ferner die Rückwirkung der beeinträchtigten Sprachentwicklung auf die Ausbildung dieser Funktionen.

9. Unterschiedliche und unausgewogene grammatische Retardierungsmuster lassen darauf schließen, daß bestimmte Strukturen und Teilsysteme für dysgrammatisch sprechende Kinder schwerer zu erwerben und zu verwenden sind als andere. Verschiedenartige Merkmale mögen dazu beitragen, grammatische Formen mehr oder weniger »schwierig« zu machen, z. B. die Art der Regel (z. B. Inversion), die Zahl der kodierten Aspekte (z. B. Person + Zahl + Zeit), die perzeptuelle morphophonemische Verarbeitungsschwierigkeit (z. B. Pluralallomorphe), die implizierten kognitiven Operationen (z. B. Komparativ), die Auftretenshäufigkeit (z. B. Passiv), die pragmatischen Aspekte und kontextuellen Verwendungsbedingungen (z. B. Pronominalisierung), die semantische Propositionskomplexität (z. B. Einbettungen) usw. Die sich (neben anderen) aus derartigen Merkmalen aufbauende, unterschiedliche »kumulative Komplexität« grammatischer (Teil-)Strukturen interagiert anscheinend mit dem Niveau der individuellen sprachtragenden Funktionskonstellationen in der Weise, daß Kinder diejenigen Formen leichter (schwerer) meistern, für die sie mehr (weniger) Ressourcen einsetzen können. Die neuere Forschung zeigt, daß sich aus den sprachlichen Retardierungsmustern von Kindern Hypothesen über zugrundeliegende Defizite ableiten lassen, die dann in sprach-



bezogenen und nichtsprachlichen Aufgabenstellungen weiter untersucht werden können. Sie leistet somit auch einen allgemeinen Beitrag zur Theoriebildung über den Zusammenhang sprachlicher und nichtsprachlicher Fähigkeiten.

10. Bei sprachentwicklungsgestörten Kindern bestehen in der Regel und in unterschiedlichem Ausmaß über den grammatischen Strukturbereich hinausreichende, vielfältige sprachliche Probleme, vor allem in phonologischer, semantischer und pragmatischer Hinsicht. Das individuelle Retardierungsmuster umfaßt somit häufig Unausgewogenheiten sowohl innerhalb als auch zwischen diesen Subsystemen. Kinder, die in allen Bereichen deutlich hinter einem »expectancy pattern« zurückbleiben, scheinen klarere »Fälle« einer Sprachentwicklungsverzögerung zu sein als »abweichende« Kinder, die ein allgemeines Erwartungsniveau nur teilweise erreichen, bzw. bei denen Diskrepanzen verschiedener Entwicklungslinien deutlicher hervortreten. Jedoch können die »verzögerten« Kinder durchaus solche sein, bei denen sich inkonsistente Fortschritte noch zeigen und zu Unausgewogenheiten führen werden; oder aber sie bleiben in allen Bereichen zurück, weil ihre Sprachentwicklungsstörung umfassender und eventuell schwerwiegender ist als die von anscheinend »abweichenden« Kindern. Die Vermutung ist naheliegend, daß auch unterhalb einer (kaum zu ziehenden) »Verzögerungslinie« ein Spektrum von Retardierungsphänomenen anzunehmen ist, deren Desynchronisationen zwar weniger offensichtlich sind, jedoch auf der Grundlage verfeinerter Analysemethoden zunehmend beschreibbar werden.

11. Kinder ohne massive Primärbeeinträchtigungen anderer Art, die die Sprache ihrer Umgebung nicht in einer altersgemäßen Normalitäts- und Variabilitätsbreite erwerben können, sind »anders«, gleichgültig, ob ihre Sprache als verzögert oder abweichend eingeschätzt wird. Es wäre grundsätzlich verfehlt, z. B. ein sechsjähriges Kind mit einem dreijährigen Kind generell oder auch nur in sprachlicher Hinsicht gleichsetzen zu wollen.

In der Sprachtherapie kommt es darauf an, die ungünstigen Ausgangsbedingungen des Spracherwerbs möglichst zu optimieren und zu kompensieren, gezielt Entwicklungsrückstände aufzuholen, das jeweils besondere Retardierungsmuster auszugleichen und über kindliche Vor- und Zwischenformen einem alters- und umweltentsprechenden Sprachstandard anzunähern.

#### *Schlußfolgerungen*

Die Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie von Störungen der grammatischen Entwicklung zerlegt ein Kontinuum von Retardierungsphänomenen mit vielfältigen assoziierten und vorgeordneten Beeinträchtigungen in zwei distinkte Kategorien, die jedoch in sich selbst fragwürdig und außerdem von geringer Trennschärfe sind. Vermutlich ist es sinnvoller, beide Begriffe als Dimensionen eines Problembereichs anzusehen, welche weniger in einer »entweder-oder-« als vielmehr in einer »mehr-oder-weniger-Beziehung« zueinander stehen. Dabei resultiert die Andersartigkeit (qualitativ) der sogenannten abweichenden Sprachproduktion vor allem aus unausbalancierten Retardierungen (quantitativ) verschiedener sprachlicher Teilentwicklungen, die vor dem Hintergrund eines »expectancy pattern« (zeitliche Normen, Konsistenzen, Synchronien usw.) ein mehr oder weniger disproportionaleres Gesamtbild der sprachlichen Entwicklung ergeben. Solchermaßen verstandene Abweichungen sind auch im Kontinuum der sogenannten Verzögerungen in variierendem Ausmaß anzunehmen, wenngleich sie meist schwerer zu analysieren sind. Es erscheint daher wenig fruchtbar, weiterhin überwiegend theoretische Kontroversen über die Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie zu führen. Vielmehr ist es notwendig, das gesamte Kontinuum von Sprachentwicklungsstörungen in den Blick zu fassen und in vielen Einzelfällen oder Gruppenstudien in allen Komponenten sorgfältig zu beschreiben, damit anhand induktiv gewonnener Kriterien Subkategorien ermittelt werden können, welche möglicherweise mit bestimmten Konstellationen von Defiziten in den sprachstützenden Funk-



tionssystemen interagieren. Diese können dann hypothetisch erschlossen (Funktionsmodelle) und in weitergehenden Untersuchungen modifiziert und verifiziert werden. Sollte ein solcher Ansatz zu validen Forschungsergebnissen führen — was möglich

erscheint —, dann wären diese für die Entwicklung therapeutischer Strategien hochgradig bedeutsam. Demgegenüber wurde der traditionellen Verzögerungs-Abweichungs-Dichotomie therapeutische Relevanz zu Recht vielfach abgesprochen.

#### Literatur

- Füssenich, I., und Gläß, B. (Hrsg.): Dysgrammatismus. Heidelberg 1985.  
Kotten-Sederqvist, A.: Sprachbehindertenpädagogik im interdisziplinären Problemfeld lautsprachlicher Kommunikation. In: Voces Amicorum Sovijärvi. Helsinki 1982.  
Leonard, L. B.: The nature of specific language impairment in children. In: Rosenberg, S. (Hrsg.): Handbook of applied psycholinguistics. Hillsdale, N. J. 1982.  
Skarakis, E.: The development of symbolic play and language in language disordered children. Dissertation. University of California, Santa Barbara 1982.

#### Anschrift des Verfassers:

Dr. Friedrich Michael Dannenbauer  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Institut für Sonderpädagogik  
Am Stadtpark 20  
8000 München 60

Dr. Friedrich Michael Dannenbauer arbeitet zur Zeit als Akademischer Rat am Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik der Universität München. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören die phonologischen und grammatischen Aspekte von Sprachentwicklungsstörungen.

---

## Umschau

---

### Inzigkofener Gespräche (IG)

Anlässlich der 600-Jahr-Feier der Universität Heidelberg im Jahre 1986 finden die 18. IG vom 21. bis 23. März 1986 ausnahmsweise in Heidelberg statt, und zwar im Bereich der »Stiftung Rehabilitation«.

Rahmenthema: Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bedingt? Organisation und Leitung: Dr. Geert Lotzmann, Fachgebiet Sprechwissenschaft und Sprecherziehung der Universität Heidelberg, Plöck 79/81, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 54 72 33/4.

Das »Vorprogramm« kann bei der oben angegebenen Adresse ab 1. Dezember 1985 angefordert werden.

### Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V. (AKoP)

Elementare Einführung in die neurophysiologische Bewegungsbehandlung nach Bobath. Dr. med. D. Hauf, Schömberg, Gisela Ritter, Bobath-Lehrtherapeutin, Duisburg, und andere. Ort: Gall-

neukirchen bei Linz/Donau (Oberösterreich). Zeit: 14. bis 17. März 1986. Kursgebühr: 160 DM. Vollpension: ca. 140 DM.

Pädagogisch-psychologische Aspekte der neurophysiologischen Bewegungsbehandlung nach Bobath — Grundkurs mit dem Schwerpunkt: »Wahrnehmungsstörungen« als bewegungstherapeutisches Problem. Prof. Dr. K. Jetter und Prof. Dr. F. Schönberger, Universität Hannover, Susi Dreier, Basel, Dr. med. D. Hauf, Schömberg. Ort: Gallneukirchen bei Linz/Donau (Oberösterreich). Zeit: 17. bis 22. März 1986. Kursgebühr: 360 DM. Vollpension: ca. 220 DM.

### Rehabilitation braucht Partner: Second European Conference on Research in Rehabilitation

Am 18. und 19. November 1985 wird im Messe-Kongress-Center Düsseldorf die Second European Conference on Research in Rehabilitation stattfinden. Die Teilnehmer — es wird mit ca. 500 Experten gerechnet — werden vornehmlich aus europäischen, aber auch weiteren internationalen

Rehabilitationscentren erwartet. Die Konferenzsprache ist englisch.

Dieser Kongreß erfährt die offizielle ideale Trägerschaft durch: Official Sponsorships: Rehabilitation International, New York. Society for Research in Rehabilitation, Edinburgh. Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., Heidelberg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main. Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, München.

Vorläufiges Programm: 18. November, Plenarsitzung. 9 bis 10.30 Uhr: Eröffnungsfeier. Forschungsgebiete, Bewertungskriterien für medizinische, psychologische, Bildungs- sowie soziale Interventionen. 11 bis 12.30 Uhr: Forschungsmethoden in der Rehabilitation. 14 bis 15.30 Uhr: Separate Arbeitsgruppen für kritische Bewertung der funktionellen Verbesserungen hinsichtlich Beweglichkeit. 16 bis 17.30 Uhr: Manuelle Geschicklichkeit/Aktivitäten im täglichen Leben. Die Verwendung von Prothesen, Orthesen und technischen Hilfsmitteln. Freie Vorträge. — 19. November: 9 bis 12.30 Uhr: Arbeitsgruppen für die kritische Bewertung von Lehrmethoden, Programme und Material für Sonderausbildung. Modifizierung des Benehmens und Therapie-Methoden zur absichtlichen Veränderung der gesellschaftlichen Umwelt. Freie Vorträge. 14 bis 15.30 Uhr: Plenarsitzung. Workshopberichte und die Zusammenfassung der freien Vorträge. Die Bewertung des Schmerzes und der Angst. 16 bis 17.30 Uhr: Die Bedeutung des Einschätzungsverfahrens und der Geräte. Implikationen der Rehabilitationsforschung für den behinderten Bürger in unserer Gesellschaft. Abschlußfeier. Änderung vorbehalten. Düsseldorf Messegesellschaft mbH — NOWEA, Postfach 320203, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (0211) 4560-01.

### **Logopädenverband in der Schweiz regionalisiert**

Sozusagen sang- und klanglos ist der Schweizerische Berufsverband der Logopäden (SBL) am 31. Dezember 1984 aufgelöst worden. Vorher war versucht worden, die Strukturen des SBL zu ändern und den Gegebenheiten anzupassen, jedoch fanden die entsprechenden Vorschläge nicht die Zustimmung der Delegierten.

Aus diesem Grund wurde am 1. Januar 1985 die »Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden« (K/SBL) ins Leben gerufen. Darin sind durch einen Vertrag die drei Regionalverbände zusammengeschlossen, nämlich der »Deutschsprachige Logopädenverband« (DLV), die »Asso-

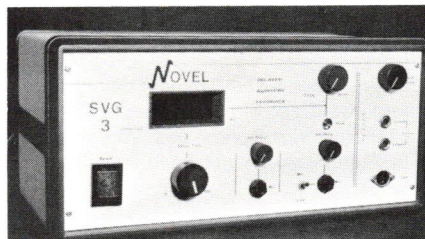
**NOVEL** elektronik

### **Die SVG-Serie**

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

- SVG 1/2: Tragbare Sprechhilfen im Zigarettenschachtelformat
- SVG 3: Digitaler Laborverzögerer für die ambulante Behandlung

Unsere Broschüre gibt Hinweise für die Anwendung und Therapie der Geräte und kann kostenlos angefordert werden.



### **Audiotest AT 8.000**

Neues mikroprozessorgesteuertes Audiometer mit einfacher Handhabung. Ideal für Gehör-Reihenuntersuchungen.

### **S-Meter**

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelaute (S, Sch ...). Lieferbar ab 6/85.

### **Moderne Technologie zum günstigen Preis**

#### **NOVEL elektronik**

Wolfgang Heikamp  
Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6  
Telefon (02327) 7 07 64



ciation Romande des Logopédistes Diplômés« (ARLD) und die »Associazione Logopedisti Svizzera Italiana« (ALSI).

Die neue Konferenz soll weiterhin der Förderung der standes- und berufspolitischen Interessen der Logopäden auf nationaler Ebene dienen. Die drei Verbandspräsidenten oder deren Stellvertreter sollen sich mindestens einmal jährlich treffen, um Probleme von nationaler Bedeutung zu besprechen. Ein gemeinsames Zentralsekretariat der Konferenz, das von den Regionalverbänden finanziert wird, bleibt erhalten (Sekretariat: Frau S. Bondallaz, Thunstraße 96, CH-3006 Bern).

Viele Aufgaben stehen an, die nun vorerst auf regionaler Ebene diskutiert und nachher eventuell durch die Konferenz weitergeführt werden müssen. Dazu gehören: Definition und Anerkennung des Logopädenberufs; Ausarbeiten eines Pflicht-

tenheftes über die Zusammenarbeit des Logopäden mit anderen Berufen; Verhandlungen mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren, mit dem Bundesamt für Sozialversicherung (betr. Revision der Invalidenversicherung), mit dem Verband der Ausbildungsinstitute (betr. Gleichwertigkeit der Diplome; Rahmenordnung zur Ausbildung; Forschungsprojekte), Beziehungen zu analogen Berufsverbänden auf nationaler und internationaler Ebene.

Es wird sich zeigen müssen, ob die Konferenz das geeignete Instrument ist, um alle die Probleme wirksam angehen und lösen zu können.

Schweizerische Zentralstelle  
für Heilpädagogik  
Obergrundstraße 61  
CH-6003 Luzern

---

## Würdigung

### Bundesverdienstkreuz für Theodor Geers

Der Bundespräsident hat Theodor Geers, Gründer und Seniorchef der Firma Hörgeräte Geers, das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

In einer Feierstunde am 12. Juli 1985 wurden die Verdienste von Theodor Geers zum Wohle der Hörbehinderten gewürdigt, insbesondere seine Pionierleistungen auf dem Gebiet der Hörgeräteakustik, bei der Schaffung des Berufsstandes sowie bei der Gründung der ersten Berufsverbände.

---

## Aus der Organisation

### Aus der LG Rheinland-Pfalz

Genau zu Beginn des Monats September konnte der Landesvorstand seinen Mitgliedern die erste Nummer einer neuen Jahreszeitschrift verschicken. Den bereits erscheinenden Zeitschriften über Sprachheilpädagogik — Logopädie wurde damit eine neue hinzugefügt: ein regionales Mitteilungsblatt, adressiert primär an die Mitglieder der Landesgruppe. Durch die regionale Begrenzung der Zielgruppe und die niedrige Auflage entsteht den bestehenden Fachzeitschriften keine Konkurrenz, vielmehr ist dieses neue Blatt eine auf unser Land bezogene Ergänzung und Vertiefung. Durch diese bescheidenen Ansprüche wird es sich allerdings von anderen Fachzeitschriften unterscheiden.

Wenn es gelingt, so sollte eine Synthese von Wissenschaft und Praxis zustande kommen:

- die wissenschaftlichen Beiträge weder als »l'art pour l'art« in uferlose Weiten hinaus-

sinnend, noch im Korsett der Zitate und Literaturangaben eingeengt und verharrend, sondern ausgehend von den realen Gegebenheiten dem Praktiker nachvollziehbar vorausdenkend und seine Arbeit befruchtend;

- gleichzeitig soll in dieser Zeitschrift die Praxis einen breiten Raum erhalten — breiter als andernorts üblich.

Der Name unserer Zeitschrift: »Der Artikulationspiegel«. Er soll ein Organ werden, in dem die Mitglieder sich artikulieren können, aber auch ein Spiegel, in dem sich jeder wiedersehen kann, den man ggf. auch vorhalten kann. Ein Medium zum Reflektieren!

Mit Heft 1 — 1985 ist ein Anfang gemacht. Ein Artikel Westrichs »Zum Verständnis Sprachbehinderter« bildet den Mittelpunkt der Ausgabe.

Reinhard Peter Broich

**Hans-Heinrich Wängler und Jacqueline Bauman-Wängler: Phonetische Logopädie.**

Die Behandlung von Kommunikationsstörungen auf phonetischer Grundlage. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin. 13 Lieferungen zu je 96 Seiten. Subskriptionspreis je Lieferung 37 DM.

Die Herausgabe der Phonetischen Logopädie ist der großangelegte Versuch des Autorenehepaars *Wängler*, konkrete Vorschläge für die Behandlung von Artikulations-, Rede-, Sprach- und Stimmstörungen auf explizit phonetisch-physiologischer Basis zu unterbreiten. Zielgruppen sind vornehmlich Sprachheilpädagogen und Logopäden (einschließlich der Studierenden). Am Ende des Vorhabens soll ein Gesamtwerk von 13 Lieferungen mit insgesamt über 1300 Seiten zum (Subskriptions-)Preis von immerhin 481 DM stehen. Als Motive für die Herausgabe werden vor allem die Entwicklungen im Sprachheilwesen der letzten Jahrzehnte genannt, die nach Auffassung der Autoren mit ihrer Hinwendung zu psychologisch-soziologisch geprägten Denk- und Verstehensweisen der Kommunikationsstörungen die vorliegenden phonetisch-physiologischen Erkenntnisse in Vergessenheit geraten ließen. So gesehen, geht es hier auch um das allemal verdienstvolle Bemühen, gegen den Strom eines bestimmten Zeitgeistes zu schwimmen und den »gänzlich ungeschmälerten Wert der Phonetik für das Sprachheilwesen gerade auch in seinem pädagogisch-logopädischen Anteil erneut zu erkennen ...« (Vorwort, S. II), »grundsätzlich Wichtiges neu zu entdecken und in konsequenter Anwendung neuerer Einsichten zu einem umfassenden Behandlungssystem auszubauen« (Vorwort, S. III).

Zur Rezension liegen bisher die Lieferungen 1 bis 4 vor. Sie umfassen je 96 zweiseitig gedruckte Seiten sowie jeweils ein eigenes Sachregister, Glossarium (Wörterverzeichnis) und Literaturverzeichnis. Ein fester Einband wird nach Erscheinen der letzten Lieferung gegen besondere Berechnung erhältlich sein. Einzelhefte sind nicht zu beziehen; die Abnahme der ersten Lieferung verpflichtet zum Bezug des Gesamtwerkes.

Die Lieferung 1 (1983) enthält die »Elemente«, d. h. Begriffsbeschreibungen und -klärungen zu Kommunikation, Diagnose, Therapie, Phonetik. Einige dieser Passagen sind aus anderen Publikationen Hans-Heinrich *Wänglers* zum Teil wörtlich übernommen (vgl. Physiologische Phonetik, Marburg

1972), jedoch bilden sie in der hier vorhandenen kompakten Darstellungsform eine unverzichtbare Grundlegung zum Verständnis des Ganzen. Auf den letzten Seiten dieser Lieferung werden Ausführungen zum ersten Schwerpunktthema der Phonetischen Logopädie, den Artikulationsstörungen, gemacht. Besonderes Interesse können hierbei die Informationen zum frühen Spracherwerb, zu den Reflexen und zur motorischen Entwicklung des Kleinkindes beanspruchen.

Lieferung 2 (1984) befaßt sich mit der Diagnose und Therapie von Sigmatismen. Vom sehr ausführlichen und an die medizinisch-klinische Praxis erinnernden Anamnese-, Diagnose- und Therapiebogen, über die detailliert beschriebenen Untersuchungsverfahren bis hin zur Darstellung der Behandlungsmethodenvielfalt wird der Leser vieles finden, was im Grundsatz auch seine Praxis prägt oder ihm zumindest bekannt ist (Ableitungsmethoden, passive, aktive Methoden, Funktionsübungen). Trotz der vielen Vorschläge für die Behandlung der einzelnen Störungen wird der Bezieher — hier wie in den weiteren Lieferungen — jeweils individuelle Modifikationen vornehmen müssen und Vorgegebenes nicht als Rezeptologien mißverstehen dürfen. Die Systematik kleinster Schritte von phonetischer Plausibilität wird schließlich an einem Fallbeispiel eines neunjährigen Sigmatikers illustriert. Den Schluß dieser Lieferung bilden phonetisch gegliederte Wort- und Satzlisten, die in ihrer motivationsstörenden Perfektion zwar eine Menge Seiten füllen, dennoch aber im Rahmen der Behandlung von Kindern (!) in dieser Form selbst unter dem Gedanken der Modifikation fehl am Platze sind.

Derartige Angebote füllen auch die ersten Seiten von Lieferung 3 (1984). Im Vordergrund dieser Folge stehen — wiederum inhaltlich wie Lieferung 2 aufgemacht — die Sch-Lautbildung sowie die K-G-Laute, jeweils einschließlich ihrer Störungen. Eingefügt sind darüber hinaus ergänzende Therapieansätze und übergreifende Anregungen zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen, schließlich noch ein (zu) ausführlicher Bogen zur Überprüfung des Sprechmechanismus.

Lieferung 4 (1985) umfaßt im Schwerpunkt die CH-Laute, die R- und L-Lautbildungen sowie jeweils die entsprechenden Störungen, darüber hinaus andere Stammelerscheinungen.

Eine Gesamtbeurteilung kann im gegenwärtigen Stadium nach Lieferung des ersten Drittels nicht



erwartet werden. Daß bisher zunächst die einer phonetisch-physiologischen Betrachtung leichter zugänglichen Lautbildungsstörungen Gegenstand der Erörterung waren, liegt wohl an der gemeinhin üblichen Systematik, nicht zuletzt aber auch an der Häufigkeit solcher Störungsformen im Kindesalter. Mit besonderem Interesse wird man jedoch der Beschreibung der Rede- und Sprachstörungen entgegensehen und dann zu fragen haben, inwieweit der hier zugrunde gelegte wissenschaftliche Ansatz therapeutisch tragen kann.

Kritisch vermerkt werden muß jedoch schon jetzt die überzogene Preisgestaltung der Lieferungen, ferner der offensichtlich fehlkalkulierte zeitliche Rahmen, der statt der von Verlagsseite angekündigten Lieferabstände von zwei bis drei Monaten erheblich größere Zwischenräume gebracht hat und damit dem Bezieher am Ende wohl ein sehr hohes Maß an Geduld abverlangen wird.

Jürgen Teumer

**Gustav O. Kanter und Friedrich Masendorf**  
(Hrsg.): **Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung**. Band 4 der Reihe:

Fortschritte sonderpädagogischer Forschung und Praxis. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin 1982. 294 Seiten, mit mehreren Abbildungen und Tabellen, kartoniert. 34 DM.

Hinter dem Buchtitel verbergen sich acht Beiträge, davon drei zum Stottern, je zwei zum Lesen und zur Diagnostik sowie ein Beitrag zur Patholinguistik. *Stäcker* et al. stellen verschiedene Erklärungsansätze zum Stottern einander gegenüber, referieren eine Fülle von Detailergebnissen zum Problem und gelangen zur Hypothese, daß Stottern als Folge eines erhöhten physiologischen Erregungsniveaus und inadäquater Erregungskontrollvorgänge aufgefaßt werden kann. *Lasogga* vergleicht sozio- und demographische Verhältnisse sowie Erziehungshaltungen der Eltern stotternder und nicht-stotternder Kinder miteinander. Als signifikante Ergebnisse stellt er u. a. heraus, daß die Eltern mit einem stotternden Kind bei der Geburt des Kindes durchschnittlich jünger waren und besonders die Mütter inkonsequenter Erziehungshaltungen zeigen. Als Konsequenzen werden Elterninformationen im Rahmen der Therapie für zweckmäßig gehalten. K. L. *Holtz* faßt den gegenwärtigen Forschungsstand zum Stottern zusammen, stellt ein sogenanntes neuropsychologisches Entwicklungsmodell auf der Basis amerikanischer Ansätze vor und diskutiert therapeutische Konsequenzen und praktische Ergebnisse bei der Anwendung seines integrierten Behandlungskonzeptes. Zusammenfassend kann man wohl feststellen, daß der erste thematische Schwerpunkt

auf 134 Seiten eine Fülle von Befunden und Ergebnissen enthält. Es wäre jedoch vermessen, anzunehmen, daß hierdurch das diffuse Bild des Phänomens Stottern einer entscheidenden Aufhellung nähergebracht worden wäre.

*Walter* und *Masendorf* leiten den zweiten Schwerpunkt, Leseforschung, mit einer vergleichenden Untersuchung von relativ gut bzw. schlecht lesenden lernbehinderten Sonderschülern ein. Sie ermittelten, daß bessere Leser eher in der Lage sind, sprachliche Redundanz (hier: das Bilden geläufiger Buchstabengruppen, »Superzeichen«) beim Erlesen von Wort- und Textmaterial auszunutzen, als Leseversager. Die Autoren geben didaktisch-methodische Hinweise für den Leseunterricht, speziell zur Übung der Segmentierung und Ausnutzung sprachlicher Redundanz. *Wember* ergänzt und beschließt den zweiten Teil mit einer Kritik der unspezifischen Wahrnehmungsdefizithypothese als Interpretationsrahmen für schwache Lese-Rechtschreibleistungen. (Bekanntlich liefert sie die Grundlage für das umfangreiche *Frostig*-Programm.) Er versucht statt dessen den Nachweis zu führen, daß sogenannte Mediationsdefizite, d. h. die fehlerhafte kognitive Verarbeitung gesprochener/geschriebener Sprache, für das Versagen verantwortlich gemacht werden müssen. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß dieser Teil implizit auch für die engere Sprachbehindertenpädagogik eine Reihe von bedenkenswerten Überlegungen und Erkenntnissen bringt, die reflektiert werden sollten, zumal sich der Leselernprozeß bekanntermaßen als einer der besonders defizitären Kernbereiche beim sprachbehinderten Schulanfänger darstellt.

*Schöler* et al. einerseits sowie *Eberle* et al. andererseits befassen sich im dritten Schwerpunkt mit diagnostischen Problemen, vorwiegend mit der Brauchbarkeit des HSET. Während im ersten Beitrag Anwendung und Ergebnisse des Tests bei stammelnden bzw. dysgrammatisch sprechenden Kindern mitgeteilt und differentialdiagnostische Erkenntnisse abgeleitet werden, stehen im zweiten Beitrag die korrelativen Beziehungen zwischen dem HSET, HAWIK und PET im Blickpunkt. Es ergibt sich hierbei, daß der PET nach Meinung der Autoren unter der Fragestellung eines breiter angelegten Überweisungsverfahrens, der HSET hingegen unter förderdiagnostischem Aspekt als Grundlage für spezielle therapeutische Maßnahmen als Diagnostikum sinnvoll erscheint. Es muß den Lesern überlassen bleiben, ob sie diese Einschätzungen teilen — der Rezensent jedenfalls hat hinsichtlich beider Empfehlungen seine praxiserprobten Zweifel.



Den Schluß im Buch bildet ein Beitrag von *Peuser*, der eine kompakte Einführung in die sprachwissenschaftlichen Grundlagen der Patholinguistik liefert. Im Mittelpunkt stehen dabei alle diejenigen Begriffe und Modelle, welche einen Zugang zur mentalen Realität von Sprachprozessen (und damit eben auch zur Einschätzung von sprachlichen Fehlleistungen) vermitteln.

Insgesamt ist zu konstatieren, daß der Band anregende, diskussionswürdige, aber nicht immer leicht verständliche und lesbare Beiträge enthält. Aber auch dies muß einmal deutlich gemacht werden: Verlag und Herausgeber werden sich fragen lassen müssen, ob ihr Beispiel einer derartig breitwandig angelegten Publikation unter einem alles- und zugleich eben nichtssagenden Titel Schule machen soll. Als »Brennpunkte« könnten — dem hier angelegten »Schnittmuster« folgend — die Beiträge eines jeden Heftes einer wissenschaftlichen Zeitschrift firmieren, wo ja bekanntlich in der Regel ein recht gemischtes Angebot das inhaltliche Konzept bestimmt. Es wäre sicher ein Ärgernis, wenn diese Machart sich in der Buchveröffentlichungspraxis durchsetzen würde!

Jürgen Teumer

**Hans-Joachim Motsch und Mitarbeiter:**  
**Logopädie — Sprachbehindertenpädagogik 1982—83.** Kommentierte Bibliographie Nr. 4. Herausgegeben, verlegt und zu beziehen vom Heilpädagogischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz, 1984. 216 Seiten, kartoniert. 28 sFr.

Der Abteilung Logopädie des Heilpädagogischen Instituts der Universität Freiburg/Schweiz kommt mit der Fortsetzung der Fachzeitschriften-Bibliographie-Reihe das unschätzbare Verdienst zu, in einer Zeit der Publikationsflut eine relative Überschaubarkeit in unserem Fachgebiet über Sprach- und Ländergrenzen hinweg herzustellen. 839 Beiträge der Jahrgänge 1982 und 1983 aus 39 bedeutenden Fachzeitschriften des deutschen, englischen und französischen Sprachraums werden in fünf- bis zehnzeiligen deutschsprachigen Zusammenfassungen bezüglich ihrer inhaltlichen Schwerpunkte und Ergebnisse vorgestellt. Der Suchende findet das ihn Interessierende schnell und mühelos, wenn er die enthaltenen Hilfen, d. h. das Autorenregister, die Gliederung in 65 Themenbereiche und das überaus differenzierte Sachwortverzeichnis (von Agnosie bis Zweisprachigkeit reichend) nutzt.

Um Mißverständnisse in Richtung berufsfeldbezogener Blickverengungen auszuschließen, trägt die Reihe neuerdings neben Logopädie den Zusatztitel Sprachbehindertenpädagogik (obwohl dieses

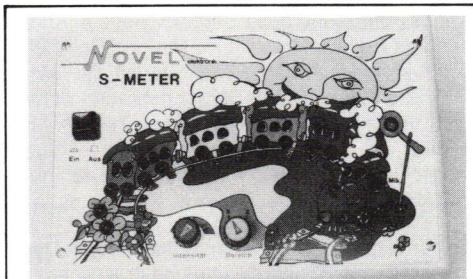
erweiterte Begriffsverständnis seit dem Erscheinen der Bibliographie-Reihe die Auswahl der Beiträge bestimmt hatte).

Jürgen Teumer

**Charles Van Riper: Sprech-Stunde in der Praxis eines Sprachtherapeuten.**

Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1982. 168 Seiten, kartoniert. 21,80 DM.

»Manche Leute sammeln Briefmarken, Münzen oder Streichholzschnitzeln. Ich sammle Menschen — ein weitaus billigeres und interessanteres Hobby, denn sie kommen in allen Größen, Formen, Farben und Charakteristika vor. Da jedes dieser menschlichen Lebewesen einzigartig ist, was Briefmarken ja nicht sind, bieten sich dem Sammler viele Gelegenheiten, neues Wissen zu erwerben und sich zu entwickeln« (S. 146). Der große amerikanische Sprachtherapeut Charles Van Riper gibt mit seinem Buch Einblicke in seine so geartete Sammelleidenschaft und Lernbereitschaft. Auf vergnügliche und auch nachdenklich machende Weise läßt er den Leser durch Geschichten und Anekdoten, Falldarstellungen und Kommentare teilhaben an dem profunden Wissen, seiner Menschenkenntnis, nicht zuletzt an seinen Fehlern, Schwächen und Mißerfolgen. Man wird mit Sicherheit wiederholt zu diesem Buch greifen



**S-Meter**

Der S-Meter ist ein Indikator für die Dyslalie-Therapie zur spielerischen Einübung der stimmli./stimmh. Reibelaute »s« und »sch« in allen Phasen der Behandlung. Die Rückmeldung richtig gesprochenen s-Laute erfolgt optisch über eine LED-Anzeige.

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Therapeuten wurde mit dem S-Meter ein brauchbarer Kompromiß zwischen motivierender Gestaltung und einfacher Handhabung entwickelt.

**NOVEL elektronik**  
 Wolfgang Heikamp, Varenholzstraße 101,  
 4630 Bochum 6, Telefon (02327) 7 07 64



und sich von der Heiterkeit, dem Humor und Witz *Van Rippers* sowie der Skurrilität und Bizarrität seiner Methoden gefangen nehmen lassen, wenn er über schwierige (u. a. redefreudige, schweigsame, weinende, ängstliche) Patienten und über diagnostische und therapeutische Verunsicherungen schreibt. Und man wird zu sich und seinem Tun eine veränderte Einstellung gewinnen können, wenn man sich der Lektüre der Kapitel über die Fähigkeiten des Therapeuten und über die (meist ausbleibenden) Belohnungen für die Arbeit aufgeschlossen und lernbereit widmet.

Über dieses Buch, dessen Übersetzung Ulrike Franke und Elke Grohe besorgten, sollten sich nicht nur (wie der Autor untertreibend meint) Studierende bzw. Berufsanfänger freuen.

Jürgen Teumer

**Karl-Dieter Bunting und Wolfgang Eichler:** **ABC der deutschen Grammatik.** Mit Stichwörtern zur Rechtschreibung und zur Zeichensetzung. Athenäum Verlag, Königstein/Taunus 1982. 184 Seiten, gebunden. 16,80 DM.

Für alle, die sich mit Problemen der Grammatik, der Rechtschreibung und Zeichensetzung plagen müssen — wer zählt sich nicht dazu? — haben die Autoren eine praktikable Hilfe zusammengestellt. In alphabetischer Reihenfolge werden rund 400 Stichwörter (deutsche und lateinische Bezeichnungen, ältere und neue Begriffe, Regeln, Kniffeleien) mit Erklärungen, Hinweisen und Beispielen leicht verständlich dargestellt. Fragen zur Grammatik und zum richtigen Sprachgebrauch werden rasch und zuverlässig beantwortet, Texte — besonders aus linguistischer Provenienz — durch Nachschlagen leichter verständlich. Eine nützliche Hilfe.

Jürgen Teumer

**Iris Füssenich und Bernhard Gläß (Hrsg.): Dysgrammatismus.** Theoretische und praktische Probleme bei der interdisziplinären Beschreibung gestörter Kindersprache. Edition Schindele, Heidelberg 1985. 284 Seiten, kartoniert. 32 DM.

**Wena Dreher: Studien und Übungen zur Sprachtherapie.** Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1983. 106 Seiten, kartoniert. 24 DM.

**Fritz Hinteregger und Friederike Meixner (Hrsg.): Sprachheilpädagogik in Vorschule und Grundschule.** Mit zahlreichen Beiträgen bekannter Autoren. Jugend und Volk Verlagsgesellschaft, Wien und München 1984. 138 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.

**Reinholde Kriebel: Sprechangst.** Analyse und Behandlung einer verbalen Kommunikationsstörung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1984. 176 Seiten, kartoniert. 29,80 DM.

**Rudolf Hoberg (Hrsg.): Sprachprobleme ausländischer Jugendlicher.** Aufgaben der beruflichen Bildung. Mit Beiträgen bekannter Autoren. Scriptor Verlag, Frankfurt/Main 1983. 262 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.

**Eva Bernoulli: Mein Weg zu Sprache und Stimme.** Friedrich Reinhardt AG, Basel 1984. 192 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.

*Füssenich* und *Gläß* meinen, daß die Fachwelt noch immer nicht ausreichend die Probleme des Dysgrammatismus bewältigt hat. Besonders wird weiterhin übersehen, »daß grammatische Strukturen nicht isoliert erworben werden, sondern im Zusammenhang mit Interaktionen stehen« (Seite 7). Die verschiedensten Ursachen, Erscheinungsformen, Diagnostik und Therapie des Dysgrammatismus stehen im Mittelpunkt des Buches der oben erwähnten Herausgeber, die bekannte Autoren zur Bearbeitung des Themas gewonnen haben und sich auch selbst als Verfasser beteiligen. So ist tatsächlich ein Buch entstanden, das ein neues Licht auf das Wesen des Dysgrammatismus wirft.

In etwas anderer Hinsicht kann man beinahe auch bei dem Buch von *Wena Dreher* von einem bestimmten Lichtwurf sprechen: Hier ist es der anthroposophische Ausgangspunkt einer Sprachbehandlung, der interessante Aspekte bietet. Man ahnt bei der Lektüre der Schrift, daß eine aus der Glaubensgewißheit der Steinerschen Lehre sich heraus entwickelnde Sprachvervollkommnung durchaus besonders erfolgswirksam sein kann.

Vielen unserer Leser steht wohl die übliche Sprachtherapie in Vorschule und Schule näher, und so wird für sie das Buch von *Hinteregger* und *Meixner* von Bedeutung. Im Text des Buchumschlages heißt es dazu: »Die Autoren dieses Buches, Ärzte, Psychologen, Professoren der Erziehungswissenschaftlichen Hochschulen und Pädagogischen Akademien sowie Sprachheilpädagogen, nehmen im interdisziplinären Rahmen zu den Problemkreisen der Behinderungen in Theorie und Praxis Stellung. Neue Erkenntnisse der Wissenschaft werden interpretiert und viele Möglichkeiten und Methoden der Förderung aufgezeigt, welche eine völlige Integration und Habilitation der sprachbeeinträchtigten Kinder ermöglichen.«

Wenn sich dieses letzterwähnte Buch noch vorwiegend mit Kindern beschäftigt, geht das von *Reinholde Kriebel* auch auf Jugendliche und Erwachsene hin, die gar nicht so selten von Sprechangst befallen werden. Über Ursachen und den weiten Hintergrund der Logophobie wird der Leser umfassend informiert, und er erhält auch gute Hinweise zur Sprechangstreduktion. Alle Aussagen der Verfasserin sind abgeleitet aus umfangreichen



empirisch-statistischen Untersuchungen, deren Beschreibung einen breiten Raum im Buch einnimmt.

Wenn schon Personen, die ihre Muttersprache beherrschen, von Sprechangst befallen werden und dadurch in ihrem Sozialverhalten beeinträchtigt sind, werden bei eingeschränktem Deutsch die Behinderungen im persönlichen, sozialen und besonders im beruflichen Bereich noch gravierender. So kann die mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache bei uns für Ausländer ein Hauptgrund für private und eben für berufliche Probleme sein. Das Buch von *Hoberg* bietet durch seine kompetenten Autoren viele Handreichungen zur entsprechenden Hilfeleistung für unsere ausländischen, besonders jugendlichen Mitbürger.

Fachlich, aber bevorzugt allgemeinemenschlich ist es immer wieder wichtig und auch sehr interessant, von besonders hervorragenden Sprachheilern zu hören, zu lesen und zu lernen. Biographien und Autobiographien derartiger Persönlichkeiten können nicht nur dem Fachnachwuchs viel geben und Vorbild sein. Wenn man den Werdegang und die Erlebnisse Eva *Bernoullis* liest, wird das ganz augenscheinlich. Wir können den Verlagskurztext nur unterstreichen: Eva *Bernoullis* Lebenserinnerungen sind nicht nur ein persönlicher Bericht über die Pionierzeit der Logopädie, sondern darüber hinaus auch ein Stück Basler Kulturgeschichte.

Arno Schulze

### Aus anderen Zeitschriften

#### Anales Otorrinolaringologicos Ibero-Americanos, Barcelona/Spanien

Nr. 3, 1985:

I. *Mallea* u. a.: Nuestra Experiencia con las Protosis Osiculares Biocompatibles (Erfahrung mit biokompatiblen ossikulären Prothesen). S. 199—207.

Es werden Ergebnisse nach Anwendung von aus Keramik bestehenden Mittelohrprothesen mitgeteilt. Die Prothesen wurden bei keinem Patienten abgestoßen. Eine Gehörverbesserung von mehr als 20 dB wurde jedoch nur bei 13 Fällen (59,09 Prozent) beobachtet.

I. *Mallea* u. a.: Nuestra Experiencia con un Adhesivo de Fibrina (Erfahrungen mit einem Fibrinklebstoff). S. 243—250.

Die Erfahrungen mit einem Fibrinklebstoff (Tissucol) in der Chirurgie des Mittelohres waren nach den ersten Anwendungen ganz vielversprechend: Der Klebstoff wurde von allen zwölf Patienten gut vertragen.

#### Behinderte, Graz/Österreich

Nr. 2, 1985:

Rahmenthema des Heftes: Gemeinsame Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder.

#### Der Artikulationsspiegel, Mainz

Nr. 1, 1985:

Eine neue regionale Fachzeitschrift (Mitteilungsblatt der dgs-Landesgruppe Rheinland-Pfalz) stellt sich vor, hauptsächlich mit einem Beitrag von E. *Westrich*: Zum Verständnis Sprachbehinderter.

#### Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 8/9, 1985:

Jürgen *Hohmeier*, Münster: Zur beruflichen Situation von Stotterern. S. 7—12 und S. 25—29.

Bericht und Auswertung einer Befragung anlässlich des Bundestreffens der Stotterer-Selbsthilfegruppen in Köln 1984. Die Ergebnisse zeigen im großen und ganzen, »daß der größte Teil der Befragten beruflich recht gut integriert ist, zugleich aber mit dem Stottern erhebliche Probleme im Beruf verbunden sind« (S. 29). Eine nachgehende und berufsbegleitende Stottererbetreuung wird nachdrücklich gefordert.

#### Der Sprachheilpädagoge. Vierteljahrszeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik, Wien/Österreich

Nr. 3, 1985:

Vera *Merei*, Budapest: Sozialpsychologische Ursachen bei Sprachentwicklungsverzögerung, S. 1—13.

Die Autorin befaßt sich mit der vorwiegend durch das soziale Milieu bedingten verzögerten Sprachentwicklung, wobei eine Multikausalität durchaus berücksichtigt wird. Es werden dann im besonderen Hospitalismus, Erziehungsfehler, Familiengröße, sozioökonomische Lage der Familie und die Berufstätigkeit der Mutter hervorgehoben.

Dieter *Kroppenberg*, Mainz: Beeinträchtigungen im Wahrnehmungslernen — Strategien für eine am Kind orientierte sonderpädagogische Förderung. S. 23—31.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß das »immer differenziertere Wahrnehmen ... im Zusammenspiel mit dem Tuns- bzw. Bewegungslernen eine ständige Aufgabe im menschlichen Leben ist«, werden die Beeinträchtigungsmöglichkeiten in diesem Bereich aufgezeigt, und



es werden sonderpädagogische Förderungsmaßnahmen geschildert.

**Die Lebenshilfezeitung. Für Angehörige und Freunde geistig behinderter Menschen. Marburg/Lahn**

Nr. 3, 1985:

BZ: Ein Eckpfeiler unserer Arbeit: die Integration. S. 1.

Der Beitrag spricht die immer wieder kontrovers verlaufende Diskussion um die Integration der Behinderten an. Um zunächst den verschiedenen Auffassungen Rechnung zu tragen, wurde vom Bundesvorstand der Lebenshilfe eine Arbeitsgruppe »Integration« eingerichtet.

**Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR**

Nr. 3, 1985:

Helmut *Breuer* und Maria *Weuffen*, Greifswald: Zum Problem der Rechenschwäche. S. 169—173.

Die Verfasser beschreiben drei Formen der Rechenschwäche und geben Anleitungen zu ihrer pädagogischen Behebung.

Nr. 4, 1985:

L. I. *Beljakowa* und I. *Kumalja*, Moskau: Vergleichende Analyse der Gesamt- und Artikulationsmotorik stotternder Vorschulkinder. S. 217—223.

Eine Untersuchung sollte den Zusammenhang zwischen gesamtmotorischen Funktionen und der Artikulation weiter klären helfen. Die differenzierten Untersuchungsergebnisse ermuntern zu modifizierten logopädischen Verfahren in Sprachheilkindergärten.

**logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande**

Nr. 3, 1985:

S. M. *Goorhuis-Brouwer*, Groningen: Minimum spreeknormen (Minimale Sprechnormen). S. 62—63.

Der Autor zeigt ein Verfahren, mit dem man sprachauffällige Kinder entdecken kann, die dann näher untersucht werden müssen.

M. *Blauer-van Monrik* und E. G. *Visch-Brink*, Rotterdam: De plaats van de CADL-Test binnen de afasie diagnostiek (Der Platz des CADL-Tests innerhalb der Aphasie-Diagnostik). S. 63—67.

Dieser Test soll einer besseren Aphasie-Diagnostik dienen können.

O. *Riekert* und M. *Swennen*, Utrecht: Spraakproblemen van Vietnamezen (Sprachprobleme von Vietnamesen). S. 74—77.

Die Autoren weisen nach, daß man den niederländisch lernenden Einwanderern häufig auch logopädisch helfen muß.

Nr. 4, 1985:

S. M. *Goorhuis-Brouwer* und G. H. A. *de Boer*, Groningen: Interaktie tussen taalontwikkelingsstoornissen en milieu (Zusammenhang zwischen Sprachentwicklungsstörungen und Umwelt). S. 98—100.

Wiederum konnte an 26 sprachentwicklungsgestörten Kindern zwischen zwei bis sechs Jahren nachgewiesen werden, daß es eine starke Wechselwirkung zwischen Milieubedingungen und Störung gibt.

K. v. d. *Lugt-v. Wiechen*, Rotterdam: Onderzoek naar de mogelijkheden voor therapie bij afasie patienten (Untersuchung zu passenden Therapiemöglichkeiten bei Aphasiepatienten). S. 101—105.

Im Artikel wird betont, daß umfangreiche neurologische, neurolinguistische und therapiegerichtete Diagnoseverfahren angewendet werden müssen, um einen erfolgssicheren Therapieplan aufstellen zu können.

(Übersetzungen: Zier *Dykhuizen*, Emmen)

**Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), Freiburg/Schweiz**

Nr. 3, 1985:

Rahmenthema des Heftes: Heilpädagogische Diagnostik. Arno Schulze

Hat sich Ihre Anschrift  
geändert?

Mitglieder der dgs:

Bitte benachrichtigen Sie  
in einem solchen Fall  
umgehend Ihre  
Landesgruppe der dgs.

## Eingetroffene Bücher (Besprechung vorbehalten)

- Aschenbrenner, H. (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Heimerziehung. Tagungsbericht. Verlag Jugend und Volk, Wien/München 1982. 219 Seiten, kartoniert. 29,50 DM.
- Ayres, A. J.: Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio 1984. 274 Seiten, geheftet. 38 DM.
- Böhme, G., und Welzl-Müller, K.: Audiometrie. Hörprüfungen im Erwachsenen- und Kindesalter. Ein Lehrbuch. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1984. 288 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen, kartoniert. 58 DM.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Die Rehabilitation Behinderter. Ein Wegweiser für Ärzte. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1984. 232 Seiten, gebunden. 18 DM.
- Damm, Eve-Lis: Malen mit Seelenpflege-bedürftigen Kindern. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1984. 80 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.
- Datler, W., und Reinelt, T. (Hrsg.): Psychotherapie als Hilfe für das Kind. Beiträge zur Kinderpsychotherapie und deren Konsequenzen für Pädagogik, Heilpädagogik und Prävention. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1984. 233 Seiten, kartoniert. 36 DM.
- Deimel, H.: Sporttherapie bei psychotischen Erkrankungen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-West 1983. Mit 18 Abbildungen und 34 Tabellen. 265 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.
- Fuchs, M. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie. Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Band 30. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1985. 191 Seiten, gebunden. 31,80 DM.
- Heitger, M., und Spiel, W. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik. Beiträge zur Sonder- und Heilpädagogik, Band 1. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1984. 107 Seiten, kartoniert. 19,80 DM.
- Jacobsen, U., und U. Kalbe (Hrsg.): Hilfsmittel für behinderte Kinder. Ein Ratgeber für Ärzte und Therapeuten. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/New York 1984. Mit 122 Abbildungen, 129 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.
- Johnstone, M.: Der Schlaganfall-Patient. Grundlagen der Rehabilitation. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/New York 1980. 92 Seiten, Ringheftung. 19,80 DM.
- Kriz, J. (Hrsg.): Sprachentwicklungsstörungen. Patholinguistica, Band 13. Wilhelm Fink Verlag, München 1984. 256 Seiten, kartoniert. 28 DM.
- Michaelis, R., et al. (Hrsg.): Entwicklungsneurologie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1984. 236 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen, gebunden. 59 DM.
- Ohlmeier, G.: Frühförderung behinderter Kinder. Verlag modernes lernen, Dortmund 1983. 292 Seiten, kartoniert. 26 DM.
- von Pawel, B.: Körperbehindertepädagogik. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1984. 132 Seiten, kartoniert. 32 DM.
- Rothe, K. C.: Bemerkungen zu Unterricht, Erziehung und Rehabilitation sprachbehinderter Kinder. Ausgewählt von H. Aschenbrenner. Verlag Jugend und Volk, Wien/München 1981. 118 Seiten, kartoniert. 29,50 DM.
- Seidmann-Freud, T.: Das Zauberboot. Ein Geschichtenbuch mit beweglichen Bildern zum Selber-Mitmachen. Annette Betz Verlag, Wien/München 1982. 12 Seiten mit vierfarbigen Illustrationen, laminiertes Pappband. 9,80 DM.
- Szagon, G.: Sprachentwicklung beim Kind. Eine Einführung. Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1980. 293 Seiten, kartoniert. 29 DM.
- Szagon, G.: Bedeutungsentwicklung beim Kind. Wie Kinder Wörter entdecken. Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1983. 382 Seiten, kartoniert. Ohne Preisangabe.
- Wirth, G.: Sprachstörungen — Sprechstörungen — Kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1983, 2., völlig neu bearbeitete Auflage. 624 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen, kartoniert. 39,80 DM.

### **Diplom-Pädagogin** (Schwerpunkt: Sprachbehindertepädagogik)

freiberuflich tätig in der Sprachambulanz, sucht neuen Wirkungskreis.  
Praktische Erfahrung in der Sprachtherapie mit Dyslalien, Stottern, Stimmstörungen, Dysgrammatismus und Aphasien ist vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 01/05 SP an den Verlag  
Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.



## Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

- B. Küppers:* Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektro-akustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer.
- C. Tigges-Zuzok:* Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie.
- W. Radigk:* Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens.
- U. Hebborn-Brass:* Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie.
- E. Richter:* Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs.
- H. Rodust und M. Schinnen:* Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule
- U. Förster:* Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus.
- A. Zuckrigl und P. Mahel:* Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte.
- I. Kroker:* Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage.
- G. Mühlhausen:* Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert?
- K. Ortwig:* Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung.
- J. Steiner:* Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen.
- J. Breckow:* Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — empirische Untersuchung an einem Kollegium.
- U. Pape:* Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer.
- E. Richter:* Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß.
- M. Siefken:* Die Entwicklung vom neuen Sprechen zum eigenen Sprechen.
- F. Wurst:* Auditive Perzeptionsstörungen.
- J. Graichen:* Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen.
- J. Breckow:* Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte.
- W. Wertebroch:* Über den Widerstand und über die Zusammenarbeit mit Stotternden.
- B. Kaltwasser und E. Breitenbach:* Autogenes Training für sprachbehinderte Kinder — eine modifizierte Form und ihre Auswirkung auf das Konzentrationsvermögen.
- D. Hülsebusch:* Apparative Hilfen in der Dyslalie-Therapie. Die Arbeit mit dem neuen S-Meter.
- H. Schröter:* Atemtherapie als ein Grundstein im Behandlungsgefüge der Stimmheilkur.
- E. Richter:* Autosuggestive Bekämpfung des Stotterns, aus eigener Werkstatt berichtet.
- M. Grohnfeldt:* Systeme der Sprachtherapie im internationalen Vergleich.
- J. Borchert und Ch.-A. Brucks:* Pilotstudie zur verbalen und nonverbalen Kommunikation im Unterricht von Sonderschullehrern in Schulen für Sprachbehinderte.
- U. Baumeister:* Mathematikunterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Ansatzpunkte für einen therapieimmanenten Unterricht.

### Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied der dgs sind:  
Bitte, benachrichtigen Sie bei Anschriftenänderungen  
unmittelbar den Verlag:

Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,  
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

## »Die Sprachheilarbeit«

### Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Hauptbeiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten, Beiträge für die Sonderrubriken, z. B. »Aus der Praxis«, »Aus der Forschung« usw. höchstens 6 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Literaturverzeichnis).
2. Jeder Arbeit soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (möglichst schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld — ggf. zu Arbeitsschwerpunkten (Forschungen) und vorliegenden Publikationen — gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend numeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z. B.: (Sovák).  
Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z. B.: (Luchsinger 1956 a).  
Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (Heese 1965, S. 72).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschreiben, z. B.: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.  
Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben,  
z. B.: Führung, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 41970.  
Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:  
z. B.: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.  
Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen,  
z. B.: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.

#### **Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!**

Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

**Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag · Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50**



*Wir bitten um Beachtung  
des dieser Zeitschrift beiliegenden  
Bestellzettels für Lehrmittel und Schriften  
zur Sprachheilpädagogik.*

*Der Verlag*



Für unser Psychosomatisches Behandlungszentrum **Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen** suchen wir zur Ergänzung unseres Therapeutenteams

**eine(n) Logopädin(en) oder  
(Stimmtherapeut)**

die/der sich besonders für die Behandlung von Stimmstörungen und  
-krankheiten interessiert.

Wir führen eine komplexe und intensive stationäre Heilbehandlung durch,  
die sich phonorhythmischer, bewegungstherapeutischer, atemheilgymnastischer  
und psychotherapeutischer Methoden bedient.

Ihre schriftliche Bewerbung mit allen üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

**Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH**  
Salinenstraße 30, 6927 Bad Rappenau  
Telefon (07264) 8 61 11



## Unterrichtsmaterialien Dritte Welt

### Fernleihbibliothek

- Wir verleihen an Lehrer, Pfarrer, Jugendarbeiter über 500 **Unterrichtsmaterialien** zum Themenfeld **Dritte Welt**, darunter fertige Unterrichtseinheiten, Kopiervorlagen, Schülerarbeitsblätter.
- Bei Bestellung möglichst präzise thematischen oder Länderschwerpunkt sowie Fach und Klassenstufe angeben.
- Zur eigenen Orientierung: „**Pädagogik-Handbuch Dritte Welt**“ (400 Titelbesprechungen), DM 5,- + Porto (Bezug über uns).
- **Bestelladresse: Arbeitskreis Dritte Welt, Entwicklungspädagogisches Informationszentrum, Lederstr. 34, 7410 Reutlingen, Tel. 071 21/ 17376**

Für unser Vorsorgezentrum für kindliche Entwicklungsstörungen, Berliner Straße 44, 6000 Frankfurt, suchen wir für sofort oder später

### eine/n Logopädin/Logopäden

Die Frühförderung erfolgt interdisziplinär und umfaßt die Bereiche Pädiatrie, Psychologie, Sprachtherapie, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie und Motopädie.

Die Tätigkeit umfaßt neben der Arbeit in der Ambulanz auch die sprachtherapeutische Betreuung in Sondertagesstätten.

# SYMPOSION

In Zusammenarbeit mit dem psychosomatischen Behandlungszentrum für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen veranstaltet die Kur- und Klinikverwaltung vom

11. 4. bis 12. 4. 1986

im Kurhaus Bad Rappenau ein internationales Symposium

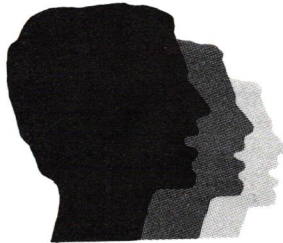
„Aktuelle Probleme der Stimmtherapie“

mit Podiumsdiskussion namhafter Stimmtherapeuten unter Beteiligung des Publikums.

Hauptreferent: Prof. Dr. med. G. Habermann

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. H. Gundermann

Referatmeldungen oder Anfragen zum vorläufigen Programm an



Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH  
Salinenstraße 30, 6927 Bad Rappenau  
Telefon (0 72 64) 8 61 11





*So einfach  
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für  
»Die Sprachheilarbeit«

## Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten.

Die Mappen entsprechen in Größe und Farbe den bisherigen Einbanddecken, passen sich also der alten Form weitestgehend an und nehmen wie bisher zwei Jahrgänge auf. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 18,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

An Wartenberg & Söhne Verlag · Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je \_\_\_\_\_ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen  
1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74, 1971/72.  
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

---

---

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Krankenkassen-zugelassene

### **Logopädin**

Die Vergütung sowie die sozialen Nebenleistungen erfolgen in Anlehnung an den BAT.

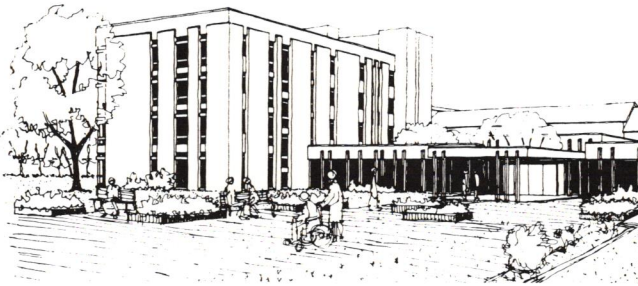


Lebenshilfe für  
geistig Behinderte  
Nürnberg e.V.  
Postfach 3007, 8500 Nürnberg 1

Das Therapiezentrum Osnabrück,  
Hesselkamp 2, sucht für sofort  
oder später

### **2 Logopäden/Logopädinnen**

Bewerbungen mit den üblichen  
Unterlagen bitte an:  
Therapiezentrum Osnabrück,  
Hesselkamp 2, 4500 Osnabrück,  
z. H. Herrn Braun.



## **Solbadklinik Rheinfelden**

Wir sind ein modernes Rehabilitationszentrum (Rheumatologie, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Unfallnachbehandlung) mit 195 Betten und suchen für die Behandlung von Erwachsenen eine

### **Klinische Logopädin**

Stellenantritt nach Vereinbarung.

Wir bieten eine vielseitige, fachlich interessante Tätigkeit in Zusammenarbeit mit Fachärzten, geregelte Arbeitszeit und gute Anstellungsbedingungen.

Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die Personalabteilung der

SOLBADKLINIK CH-4310 RHEINFELDEN



## Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

staatlich geprüfte  
Berufe mit  
Zukunft



### **B.-Blindow-Schulen**

Die **B.-Blindow-Schulen** führen Berufsfachschulen der Fachrichtungen Krankengymnastik, Massage, MTA/L/R, PTA und Beschäftigungstherapie.

Ab Schuljahr 1985/86 soll in **Osnabrück** eine Lehranstalt für Logopädie errichtet werden. Daher suchen wir ab sofort oder später haupt- und nebenberufliche

**Logopäden(innen)** mit Berufserfahrung

**Aufgabengebiet:** Aufbau der geplanten Schule und Lehrtätigkeit.

Die Angliederung einer phoniatischen Abteilung mit einem Therapiezentrum ist vorgesehen.

Detmarstraße 6—8, 4500 Osnabrück, Telefon (0541) 2 73 21

**DIE NEUE FREIHEIT BEIM SPAREN UND BAUEN:**

**BHW  
DISPO  
2000**

## Mit BHW DISPO 2000 komme ich schnell zum neuen Bad.

**Denn das BHW hat als erste  
Bausparkasse die Teilbausparsumme  
eingeführt.**

Damit habe ich die Möglichkeit, schnell ein neues Bad einzubauen, den Traum vom eigenen Wintergarten zu verwirklichen, neue Fenster und Türen einzubauen oder endlich das Dach auszubauen. Also, BHW DISPO 2000 ist eine phantastische Sache. Worauf noch warten?

**Sprechen Sie  
doch auch einmal  
mit Ihrem BHW-  
Berater.**

**BHW**

Bausparkasse  
für den öffentlichen Dienst

