

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

<i>25jähriges Jubiläum der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf — Fortbildungstagung —</i>	Seite	<i>Uwe Pape, Wentorf</i>	Seite
<i>Jochen Jacobsen, Kiel</i>	55	Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer	93
<i>Johannes Graichen, Tübingen</i>	60	<i>Marlies Siefken, Wentorf</i>	
Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen		Die Entwicklung vom neuen Sprechen zum eigenen Sprechen	101
<i>Franz Wurst, Klagenfurt</i>	74	Leserbriefe	105
Auditive Perzeptionsstörungen		Umschau	106
<i>Erwin Richter, Lübbenau (DDR)</i>	83	Nachruf · Würdigung	110
Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß		Aus der Organisation	112
		Bücher und Zeitschriften	113
		Vorschau	118

Postverlagsort Hamburg
31. Jahrgang
April 1986 · Heft 2

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzende: Anita Schwarze, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Internationales Büro für Audiophonologie (BIAP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
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	Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland	Theo Borbonus, Gut-Muths-Weg 28, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, 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, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13
Telefon: Dienststelle (040) 4123 3757

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 6,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 38,40 DM zuzüglich 5,10 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.

Die Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf bei Hamburg veranstaltete anlässlich ihres 25jährigen Jubiläums eine dreitägige Fortbildungstagung in der Zeit vom 3. bis 5. Juni 1985. Nachstehend veröffentlichen wir die Referate. Die Redaktion

Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 2, S. 55—59

Ministerialrat Jochen Jacobsen, Kiel

Grußwort zur Fortbildungstagung

Ich habe sehr gerne die Aufgabe übernommen, zur Eröffnung der Fortbildungsveranstaltung aus Anlaß des 25jährigen Bestehens der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf einige einleitende Worte zu sprechen.

25 Jahre sind für eine Grund- und Hauptschule oder ein Gymnasium nicht unbedingt eine lange Zeit. Für die sehr junge Sprachheilpädagogik im Lande ist das 25jährige Bestehen dieser Einrichtung gleichwohl ein tragfähiger Grund, das Jubiläum zu feiern, da diese Schule vor fast genau 25 Jahren im Jahre 1960 als damals erst zweite Sprachheilschule im Lande Schleswig-Holstein errichtet wurde und sie zudem als stationäre Einrichtung einmalig in ihrer Art im norddeutschen Raum ist.

Der heutige Anlaß ist, so meine ich, geeignet, sich zunächst einmal mit der Entwicklung der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte als Teil des Sprachheilwesens in Schleswig-Holstein zu beschäftigen. Ich tue das um so lieber, als ich diese Schule schulaufsichtlich direkt betreue (d. h., kein Schulamt ist — wie bei anderen Sonderschularten — dazwischengeschaltet), und ich glaube, die Aufgaben und Leistungen der Einrichtung gut zu kennen.

Über dem Torbogen eines Hauses in diesem wirklich prachtvollen Gelände steht der Spruch:

»Und süht dat ut ok noch so slecht, dat löppt sick allens wedder trecht!«.

Gilt dieser Spruch, insbesondere der erste Teil: »Und süht dat ut ok noch so slecht«, für die aktuelle Situation dieser Schule? Ich meine und bin sicher: Nein! Zwei Daten machen das schon im Ansatz deutlich: 1960 wurde die Internatsschule mit drei Lehrern und drei Erziehern und insgesamt 30 Kindern eröffnet. Heute werden hier 133 Kinder und Jugendliche von insgesamt 60 Beschäftigten, davon 15 Sonderschullehrern, betreut. Die Entwicklung könnte man am besten mit den Begriffen »Verbreiterung, Ausdehnung des Tätigkeits- und Aufgabenfeldes« auf der einen Seite und »zunehmende Differenzierung der Organisationsstruktur und des Angebotes« auf der anderen Seite beschreiben.

Im Mai 1960, wie gesagt, wurde diese Schule als zweite nach der, wie sie damals hieß, »Sprachkrankenschule« in Flensburg auf Initiative des damaligen Flensburger Leiters *Prochnow* gegründet und zehn Jahre lang als Sprachheilschule mit etwa 50 Schülern in den Klassen 1 bis 9 geführt. Im Jahre 1970 erfolgte dann die grundsätzliche Entscheidung im Lande auf möglichst frühe Diagnose und Betreuung von sprachbehinderten Kindern hin, und diese Schule wurde zur Sprachheilgrundschule, die heute noch Kernstück der Einrichtung mit zur Zeit fünf Grundschulklassen mit je 10 bis 14 Schülern ist.

Im Laufe der nächsten Jahre bis heute hat die Internatsschule sich kontinuierlich weiterentwickelt und ausdifferenziert. Zur Sprachheilgrundschule kamen hinzu:

1. Die sprachheilpädagogische Beratungsstelle

Sie untersucht jährlich etwa 200 sprachbehinderte Kinder des Landes. In 70 Prozent aller Fälle schlägt sie keine Aufnahme in die Internatsschule vor, sondern macht alternative Vorschläge (z. B. Vermittlung, Einleitung ambulanter sprachheilpädagogischer, logopädischer, psychologischer, psychomotorischer bzw. fachärztlicher Maßnahmen).

2. Die Sprachaufbaukurse

Hinter diesem Begriff verbergen sich sehr vielfältige Tätigkeitsfelder.

Die Sprachaufbaukurse bestehen seit 1976. Sie sind entstanden aus der Notwendigkeit, schwer sprachbehinderte Kinder, die schulpflichtig, aber nicht schulreif sind, umfassend sprachtherapeutisch zu betreuen. Da in vielen Fällen die Verweildauer von einem Jahr nicht ausreichte, haben sich im Laufe der Zeit verschiedene Sprachaufbaukurse

mit verschiedenen Akzentuierungen entwickelt. Heute sind vier Sprachaufbaukurse eingerichtet.

Kurs A besteht aus schulpflichtigen, aber noch nicht schulreifen Kindern. Er entspricht in etwa dem Schulkindergarten einer Grundschule.

Kurs B besteht aus schulpflichtigen sprachbehinderten Kindern, bei denen der Verdacht auf Lernstörungen bzw. -behinderungen vorhanden ist.

Kurs C setzt sich aus Kindern zusammen, die nach dem Besuch von Kurs A und B weiterhin gefördert werden müssen. In der Regel sind die Kinder lernbehindert, folglich entsprechen die schulischen Ziele denen der Schule für Lernbehinderte.

Die Kurse A, B und C dienen als Beobachtungsstufe, um eine Entscheidung über eine weitere Beschulung in der den Behinderungen der Kinder angemessenen Schulart zu ermöglichen.

Haupthaus der Staatlichen Internatsschule Wentorf



Kurs D besteht aus Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die aufgrund ihrer Sprachbehinderung zu Frühver-sagern wurden.

In diesem Kurs liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Sprachtherapie, Defizite in anderen Bereichen werden durch individuelle Betreuung aufgefangen.

So ist hier die Möglichkeit gegeben, in Zusammenarbeit mit der örtlichen Volkshochschule den Hauptschulabschluß nachzuholen.

3. Der Sprachheilkindergarten für Sprachentwicklungsverzögerte

In dem vor nunmehr sechs Jahren gegründeten Kindergarten für Sprachentwicklungsverzögerte werden noch nicht schulpflichtige oder vom Schulbesuch zurückgestellte Kinder aufgenommen, deren Sprachbehinderung so gravierend ist, daß eine Trennung vom Elternhaus pädagogisch als sinnvoll und vertretbar erscheint. 16 sprachentwicklungs-

verzögerte Jungen und Mädchen werden zur Zeit in zwei Gruppen mit je acht Kindern umfassend gefördert und internatsmäßig betreut.

Ziel dieser Rehabilitationsmaßnahme ist die schnellstmögliche Rückführung in den Familienkreis und das häusliche Umfeld. Das heißt auf den Sonderkindergarten für Sprachbehinderte bezogen, das Kind muß so umfassend gefördert werden, daß es im Idealfall nach dem Besuch des Kindergartens in die erste Klasse der Grundschule eingeschult werden kann.

Der Mitarbeiterkreis von Sprachheillehrern, Sozialpädagogen, Erziehern, Psychologen, Krankengymnasten und Musiktherapeuten versucht, neben der rehabilitativen Sprach-erziehung Ziele der Denkerziehung, der Bewegungserziehung, der Sinneserziehung und der emotionalen sowie sozialen Erziehung in einem ganzheitlichen Therapieansatz zu berücksichtigen.

Gärtnerhaus: Rehabilitationskurs I für Stotterer und Polterer



4. Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer

Diese über den regionalen Bereich hinaus bekanntgewordenen Intensivkurse für die schweren Redestörungen Poltern und Stottern haben ebenfalls Jubiläum, nämlich ihr zehnjähriges. 1975 richtete die Internatsschule ihren ersten Halbjahreskurs für zunächst 10- bis 21jährige Schüler aller Schularten ein. Heute gibt es einen Rehabilitationskurs I für ältere Stotterer und Polterer, d. h. Schüler und Jugendliche (etwa ab 14 Jahren), die aus der Hauptschule, der Schule für Lernbehinderte, aus der Realschule und dem Gymnasium oder berufsbildenden Schulen kommen. Der Kurs dauert ein Schulhalbjahr als Therapieblock mit anschließendem ambulanten Teil.

Im Kurs II (jüngere Kinder) dauert der Therapieblock ein Schuljahr. Im Mittelpunkt beider Kurse steht die Sprachtherapie; der Schulunterricht wird als Einzelbetreuung nach Absprache mit den Heimatschulen in den Kernfächern erteilt.

Ziel der Kursarbeit, soviel nur an dieser Stelle, ist es, die redegestörten Menschen angst- und somit symptomfrei sprechend nach vergleichsweise kurzer Therapiezeit in die gewohnte Umwelt zurückzugeben.

Diese Rehabilitationskurse werden ja auch Gegenstand der Tagung sein (siehe Beiträge *Pape* und *Siefken*).

Ich habe mehrfach Einblick in die Kursarbeit genommen. Von meiner Seite hier nur drei Eindrücke:

1. Ich halte die Ergebnisse der Therapie für eindrucksvoll. Sie liegen über den Ergebnissen, die aus der Fachliteratur bekannt sind: Über 50 Prozent der Teilnehmer sind nach den Kursen in ihrer Sprache völlig unauffällig und über 80 Prozent ohne Einschränkung kommunikationsfähig. Diese Ergebnisse sind nach meinen Erkenntnissen echt und zuverlässig.

2. Ich halte es für eindrucksvoll, wie hier nach Reflexion der bisherigen theoretischen und therapeutischen Ansätze selbstbewußt eine Methode, in diesem Fall die Akzentmethode von Prof. Svend *Smith*, fort-

entwickelt und wesentlich ergänzt wurde. Hier wurde — ich meine im Interesse der jetzt beeinträchtigten Kinder — nicht darauf gewartet, daß die Wissenschaft eine in sich stimmige, praktisch konsequent umsetzbare Theorie entwickelte, sondern hier wurde — durchaus die Theorie beachtend — Erfahrungswissen weiterentwickelt und zu Erfolgen geführt.

3. Eindrucksvoll ist der über das normale Maß hinausgehende, häufig ganztägige Einsatz von Herrn *Pape* und auch Frau *Siefken* und den beteiligten Erziehern. Die psychischen Belastungen, die die Therapeuten zu tragen bereit sind, sind zweifellos groß.

Die Leistungen und Erfolge der Internatsschule betreffen aber, wie gesagt, nicht nur die Rehabilitationskurse. Durchgängig finde ich in dieser Schule stets eine gute Erziehungsatmosphäre vor, immer ist der Versuch spürbar, Fachdidaktik, Erziehung und sprachheiltherapeutische Maßnahmen bzw. Therapie in gemeinsamer Arbeit der Lehrer, Erzieher und sonst Beteiligten zu einem Konzept zu vereinen.

Der außerordentlich hohe Differenzierungsgrad der Internatsschule, die zudem noch in zehn Sprachheilambulanzen der anliegenden Kreise tätig ist, liegt nun vornehmlich begründet in der Funktion der Schule im Rahmen des schleswig-holsteinischen Sprachheilwesens:

Sie ist eine Art Auffangnetz für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche, die von den ortsbundenen Sprachheilgrundschulen, Sprachheilklassen an Grundschulen, Sprachheilambulatorien und sprachheilpädagogischen Möglichkeiten der Sonderschulen nicht oder nicht ausreichend versorgt werden können.

An sich ist das Netz der sprachheilpädagogischen Versorgung in unserem Lande durchaus eng gespannt. Es hat sich — parallel zur Staatlichen Internatsschule in Wentorf — schnell entwickelt unter denselben eben genannten Leitideen: Verbreiterung und Differenzierung des Aufgabenfeldes.

Ich erinnere dabei an den raschen Auf- und Ausbau der Sprachheilgrundschule, an die Errichtung der Sprachheilgrundschulklassen

in zentralen Grundschulen, an den Ausbau der Sprachheilvorklassen, an das flächendeckende System von Sprachheilambulatorien im Lande, an die Verstärkung des Sprachheilunterrichts in den verschiedenen Sonderschularten und auch an die quantitative Ausweitung und qualitative Verbesserung der Ausbildung von Sonderschullehrern mit der Fachrichtung Sprachheilpädagogik.

Wenn ich die bisherigen Überlegungen zusammenfasse, so komme ich — mit Blick auf den eingangs zitierten Spruch — zu dem Ergebnis:

»Dat süht nich slecht, dat süht eher god ut.«

Alle und auch gerade die wesentlichen Probleme des Unterrichts und der Therapie von Sprachbehinderten sind nicht allein durch die Lösung schulorganisatorischer Fragen und die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit zu lösen. Die Kernprobleme sind in der täglichen Unterrichtspraxis und auch in der wissenschaftlichen Sprachbehindertenpädagogik zu lösen, d. h. in dem ständigen Versuch, Unterricht und Therapie zu verbessern.

Warum nicht alle Fragen geklärt sind bisher, liegt, verkürzt dargestellt, vornehmlich an der Vielschichtigkeit sprachheilpädagogischen Unterrichts: Bei einer Sprachbehinderung ist nicht nur die Sprache, sondern in der Regel auch die gesamte Persönlichkeit und ihre Beziehung zur Umwelt, die Kommunikation, betroffen. Es handelt sich meistens eben nicht um isolierte Defekte, die technisch-formal behoben werden können. Im Sprachheilunterricht muß, wie gesagt, ständig der Versuch gemacht werden, Fachdidaktik, allgemeine Erziehungswissenschaften und sprachheilpädagogische, therapeutische Maßnahmen zu vereinen.

Ich halte es in diesem Zusammenhang für verdienstvoll, daß diese Schule — unterstützt von ihrem Träger, dem Sozialminister des

Landes Schleswig-Holstein — den mit viel Vorbereitungsarbeit verbundenen Versuch macht, eine Fortbildungsveranstaltung in eigener Regie zu planen und durchzuführen, die sich auf zwei inhaltliche Schwerpunkte bezieht, die in der Tat noch nicht abschließend theoretisch und praktisch geklärt sind: die zentral bedingten Sprachentwicklungsverzögerungen und das Stottern.

Ich gehe davon aus und bin sicher, daß die Auswahl der Referenten neben der wissenschaftlichen Qualifikation davon bestimmt war, daß sie Theorie auf Praxis beziehen können, d. h., theoretische Überlegungen bis zur Umsetzung in Unterrichts- bzw. Therapiepraxis durchhalten.

Der Lehrer und Praktiker, meine ich, hat auch das Recht, von Fortbildungsveranstaltungen etwas »mitzunehmen«, das er für seine Arbeit verwenden kann. Er sieht sich häufig vor einer Vielzahl verschiedener, einander zum Teil überschneidender, zum Teil widersprechender theoretischer Ansätze. So sind ihm die umfangreichen, wissenschaftsartifizialen, zum Teil auch verworrenen Abhandlungen zur Psycholinguistik im Zusammenhang mit den zentral bedingten Sprachentwicklungsverzögerungen in den letzten Jahren sicherlich kaum eine Hilfe gewesen.

Ich glaube, ein Unterrichtspraktiker sollte selbstbewußt die vorhandenen theoretischen Ansätze zur Kenntnis nehmen und seine Auswahl danach treffen, ob sie sich auf die je individuelle Situation seiner Schüler bzw. seiner Klasse übertragen lassen.

Ich wünsche Ihnen, daß Sie als Teilnehmer dieser Tagung in dem beschriebenen Sinne etwas »mitnehmen« können. Dem Veranstalter, d. h. der Schule, Herrn Sonderschuldirektor *Cremer*, Herrn Oberstudienrat *Schmalfeldt* und dem Kollegium wünsche ich viel Kraft und Erfolg in der Arbeit mit den sprachbehinderten Kindern für die nächsten 25 Jahre.



Johannes Graichen, Tübingen

Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen

Zusammenfassung

Psychische und hirnorganische Funktionen stehen in unauflösbarer Wechselwirkung. Sprachentwicklungsstörungen werden daher unter neuropsychologischem Aspekt betrachtet. Sie müssen beschrieben werden in ihrem Erscheinungsbild, in ihren funktionalen Hintergründen und in deren Ätiologien. Zur Beschreibung der funktionalen Störungshintergründe wird auf die Hirneinteilung durch *Vygotsky/Luria* zurückgegriffen sowie auf die Unterscheidung von Klassifikation vs. Kombination. Auch für Diagnostik und sonderpädagogische Förderung ergeben sich hieraus grundsätzliche Richtlinien; nämlich systematisch variierte Teilfunktionsprüfungen für eine Differentialdiagnostik und eine Förderung, in der differenzierte Übungsschwerpunkte ebenso Berücksichtigung finden wie deren Einbettung in integrierte Formen komplexen Spiels und ganzheitlicher Kommunikation.

1. Neuropsychologische Überlegungen

Meine Erfahrungen mit sprachentwicklungs-gestörten Kindern stammen aus langjährigen, vorwiegend diagnostischen und forschenden, aber auch aus therapeutischen Arbeiten in der Tübinger Kinderpsychiatrie. Hier hat Prof. *Lempp* schon frühzeitig (*Lempp* 1964) darauf verwiesen, daß eine harmonische psychische Entwicklung des Kindes auch von dessen intakten Hirnfunktionen abhängt. Zweifellos können bereits intrauterin (*Akert*) Fehl- oder Mangelentwicklungen, aber auch bei oder kurz nach der Geburt Schädigungen einzelner Hirnregionen eintreten, die eine normgerechte psychische Entwicklung des Kindes mehr oder weniger stark behindern. Dabei ist nicht nur an den Bereich der Motorik oder vielleicht eine Anfallsbereitschaft zu denken; vielmehr kann sich die Entwicklungsstörung auch vorwie-

gend auf die Bereiche des Spracherwerbs und der Sprachbenutzung erstrecken (*Böhme*). Ebenso gibt es auch genetisch vererbte, familiäre Begabungen in einzelnen psychischen Funktionsbereichen sowie auch deren Gegenstück, nämlich Ungeschicklichkeiten oder Teilfunktionsschwächen. Sicherlich kann also kein Kind sprechen, sprachliche Begriffsnamen oder Regelwerke erlernen ohne die anregende und vermittelnde sprachliche Kommunikation in einer menschlichen Gemeinschaft; aber ebenso unabdingbar benötigt das Kind hierzu auch sein Gehirn.

Hirnfunktionen und psychische Funktionen stehen in einem unauflösbaren, wechselseitigen Bedingungsgefüge. Keine einzige psychische Funktion kann ablaufen ohne Tätigkeit des Zentralnervensystems (*Grünwald*); und umgekehrt entstehen als Ergebnis der biochemischen und elektrischen Aktivitäten von Hirnzellen Empfindungen, Gefühle, Eindrücke, Wahrnehmungen, Bewegungen, Gedanken, Speicherungen, Lernerfahrungen, Antriebe, Affekte, Aufmerksamkeiten, Schlaf: kurzum das gesamte Verhalten und seine Steuerung. Es darf aber keinesfalls der Eindruck entstehen, als würde nur das biologische und hirnpfysiologische Geschehen von sich aus in der Einbahnstraße einer materialistischen Kausalität das psychische Funktionsgefüge in Gang setzen, beeinflussen oder auch stören wie etwa bei Hirnverletzungen. Vielmehr benötigt auch das Gehirn zu seinem biologischen Wachstum und pfysiologischen Funktionieren die »Anregungen« durch den Ablauf psychischer Funktionen; es muß in alltäglichen Lebensvollzügen zur Wahrnehmung, zum Denken, Lernen,

Üben und Handeln »benutzt« werden. Aus Tierexperimenten ist mittlerweile bekannt, daß die Dichte der dendritischen Verzweigungen an den einzelnen Neuronen sowie Anzahl und Funktionstüchtigkeit der Synapsen von deren Ingebrauchnahme durch Reizzufuhr in bestimmten Entwicklungsstadien entscheidend abhängt (*Eccles*). Wenn dies nicht so wäre, müßten wir auf weite Bereiche der Heil- und Sonderpädagogik von vornherein verzichten. Leider wissen wir aber auch aus der Erforschung experimenteller Neurosen (*Wolpe*), daß allein durch Überbeanspruchung mit schwierigen Lernbedingungen die dynamische Balance physiologischer Erregungs- und Hemmungsprozesse in einzelnen Bereichen des Zentralnervensystems so empfindlich und schließlich dauerhaft gestört werden kann, daß eine Rehabilitation kaum mehr möglich ist (*Klix*).

1.1. Die Theorien von *Vygotsky* und *Luria*

Mit dem wechselseitigen Zusammenwirken von psychischen und hirnanorganischen Funktionen befassen sich die in den letzten Jahren rasch wachsende Neuropsychologie (z. B. *Luria* 1970, 1973, 1976, *Hécaen*, *Hécaen* und *Albert*, *Dimond*, *Malatesha* und *Hartlage*) sowie andere Zweige der Neurosciences. Die grundlegenden Gedanken eines ihrer genialsten Vorläufer (*Vygotsky*) sind dabei bis heute wegweisend geblieben und erklären vorwegnehmend auch neuere Erfahrungen mit Sprachentwicklungsstörungen.

Schon vor *Vygotsky* hatte die fruchtbare Gestaltpsychologie betont, daß das Ganze (der Psyche wie auch des Gehirns) qualitativ anders funktioniert als nur wie eine Summe der Teile. Aber darüber hinausgehend erkannte *Vygotsky* bei ganz unorthodoxen Untersuchungen an Hirnverletzten,

- daß dennoch Teilfunktionsbereiche auszumachen sind, die ihren jeweiligen, ganz spezifischen Beitrag zum Ganzen leisten. Beim Ausfall einzelner solcher Teilfunktionen leidet zwar jedesmal das gesamte Gefüge, aber mit einer jeweils anderen Charakteristik. Die dialektische Einheit von Differenzierung und Integration war

als essentiell für zentralnervöses wie auch psychisches Funktionieren erkannt (*Graichen* 1981).

- Die Strukturlinien der Teilfunktionen im Psychischen fallen nicht zusammen mit den Begrenzungen einzelner Areale oder Knotenpunkte im Gehirn. Vielmehr ist zur Realisierung jeder einzelnen psychischen Funktion erforderlich, daß ein ganzes Netzwerk von Knotenpunkten im Zentralnervensystem zu einem »funktionellen System« (ein Begriff von *Anochin*) zusammengeschaltet wird. Von etwaigen Funktionsschwächen eines jeden der einzelnen Knotenpunkte wird daher die gesamte psychische Funktion beeinträchtigt. Dies erklärt, warum sämtliche psychopathologischen Störungsbilder und damit auch die Erscheinungsbilder von Sprachentwicklungsstörungen jeweils Sammelbegriffe darstellen, die zusammenfassend für sehr heterogene Unterformen verwendet werden; z. B. »Dyslalie« wegen Hörbehinderung, wegen zentralauditiver Differenzierungsschwächen, wegen dysarthrischer Behinderungen, wegen taktilkinästhetischer Differenzierungsschwächen in der Oralmotorik, wegen sprachlicher Gedächtnisschwächen bei der Stabilisierung einzelner Wortklangmuster, wegen Interferenzen in Silbensequenzen, wegen Reihenfolgeunsicherheiten, wegen Mangel an zielorientierter Kontrolle über die Produktionsprozesse usw. (zum »Dysgrammatismus«, *Graichen* 1985 a; zum »Stottern«, *Graichen* 1985 b; zu »Legasthenien«, *Mattis* sowie *Doehring*, *Trites*, *Patel* und *Fiedorowicz*).
- Manche der Knotenpunkte innerhalb solcher funktioneller Hirnsysteme sind gegeneinander austauschbar. Hierin liegt sicherlich einer der Hintergründe für die sogenannte Plastizität des Gehirns, aber auch für die Befunde der offensichtlichen Kompensation von Teilfunktionsschwächen, obwohl die Schwächepunkte selbst noch immer nachweisbar bleiben (*Graichen* 1983).
- Umgekehrt aber leistet jeder einzelne Knotenpunkt im Gehirn seinen Beitrag zu

verschiedenen psychischen Funktionen, er ist »polyvalent«. Damit ist von vornherein zu erwarten, daß sich einzelne Teilfunktionsschwächen bei verschiedenen Aufgabestellungen hinderlich auswirken; daß sie aber auch umgekehrt durch recht verschiedenartige Übungen therapeutisch angegangen werden können (z. B. die Beteiligung des sequentiellen Gedächtnisses sowohl an der Sprachproduktion wie auch an körpermotorischen Übungsfolgen einschließlich der Rhythmik mit entsprechend abwechslungsreichen Trainingsmöglichkeiten) (Heuer).

- Im Laufe der kindlichen Entwicklung wechseln einzelne Knotenpunkte im Gehirn ihren Funktionsanteil (»dynamische Lokalisation«); dies erklärt, warum ähnliche Verletzungen auf verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Störungsbilder hervorrufen und damit auch die Unterschiede zwischen den kindlichen Entwicklungs-Dysphasien und den aphasischen Verlustsyndromen im Erwachsenenalter (Graichen 1985 a).

2. Mehrdimensionale Beurteilung

Aus solchen neuropsychologischen Grunderkenntnissen ergibt sich die Notwendigkeit, psychische Störungen und damit auch die Sprachentwicklungsstörungen auf mindestens drei sauber voneinander getrennten Ebenen zu analysieren und zu diagnostizieren (Übersicht 1).

2.1. Das Erscheinungsbild

Zunächst muß das Erscheinungsbild des beobachtbaren sprachlichen Fehlverhaltens mit linguistischen, neurologisch-phoniatrischen und Verhaltensbeschreibungen in einem oder mehreren der klassischen Sammelbegriffe angesiedelt werden. Schon hierbei gibt es aber in vielen Einzelfällen Zuordnungsschwierigkeiten wegen der vielen Überschneidungen einzelner Störungsbilder untereinander mit den entsprechenden Fragen nach der Gewichtung der einzelnen Symptomanteile, z. B. Stottern mit Dysgrammatismus oder Dysgrammatismus mit Stottern. Bei dieser Beschreibung der Erschei-

nungsbilder sollten Angaben über beobachtbare Verlaufsformen nicht fehlen; ob es sich beispielsweise nur um momentane oder sporadische und damit noch nicht pathologische Fehlleistungen handelt oder um eine Häufung, einen Dauerzustand, hinter dem eine wirkliche Schwäche stehen könnte; und besondere Beachtung verdienen auch die situativ oder periodisch schwankenden Verlaufsformen z. B. beim Stottern mit ihrer Abhängigkeit von kommunikativen oder Streß-Bedingungen, aber auch von endogenen Schwankungen wie andere psychiatrische Störungsbilder.

2.2. Neurofunktionale Schwächen — Teilfunktionsschwächen

Die Beschreibung des einzelnen Erscheinungsbildes reicht aber zur differenzierten Diagnose nicht aus, eben weil die Störungsformen innerhalb der großen Sammelbegriffe sehr heterogen sind. Auf einer zweiten Ebene müssen daher die direkten Ursachen dieser Störungsbilder neuropsychologisch ermittelt werden; nämlich welche spezifischen Teilfunktionsschwächen/Dysregulationen des Zentralnervensystems im konkreten Fall verantwortlich sind für die jeweilige Entwicklungs-Dysphasie, das Stammeln, das Stottern, den Dysgrammatismus, die LRS oder die Dyskalkulie usw. Erst aus der Ermittlung des funktionalen Störungsgeschehens ergeben sich die Schwerpunkte, auf die man in Therapie und pädagogischer Förderung besonders achten muß; ob beispielsweise ein stammelndes Kind nur eine Lautanbahnung oder auch ein Hörtraining, ob es ein sprachliches Gedächtnistraining oder Reihenfolgedifferenzierungen oder die Stabilisierung von Kontrollprozessen, oder ob es etwa ein Hörgerät benötigt; oder ob vielleicht mehrere dieser Hilfen nötig sind und in welcher Kombination?

2.3. Ätiologien

Von der Ermittlung solcher Teilfunktionsschwächen unter allen Umständen sauber abzutrennen ist die Frage nach den ätiologischen Faktoren (Graichen 1973, 1979). Wenn organismische Dysregulationen/Teilfunktionsschwächen nachgewiesen sind,

Analyse von psychischen Störungen, Sprachentwicklungsstörungen speziell, in drei Ebenen

I) Erscheinungsbild

beobachtbares,
sprachl. Fehlverhalten in neurolog. linguistischen und Verhaltens-Beschreibungsebenen;
klassische Einteilung
Verlaufsformen

Verzögerte Sprachentwicklung Entwicklungs-Dysphasie Autismus Mutismus
(Hörstummheit, 'Audiinitas')

Stammeln Näseln Dysarthrie Dysgrammatismus Redeflußstörungen LRS (Dyskalkulie)
Dyslalie Rhinophonie Stottern Foltern

sporadisch momentane Fehlleistung intersituativ/periodisch schwankend
Störung anhaltend Schwäche

II) Hirn-funktionales Störungsgeschehen
direkte "Ursachen"

Dysregulationen, Teilfunktionsschwächen im ZNS (Realisierungsort aller aktuellen psych. Funktionen; charakterisiert die Störungsart; speichert führende Einwirkungen und Erfahrungen)
Einteilung in:
a) Tonus, Aktivierung, Bewußtheit, Wachheit
b) Aufnahme, Analyse u. Speicherung von Inform.
c) Programmierung, Regulation und Ausführung von Aktivitäten

III) Ätiologien
Einwirkungen auf Hirn und Psyche

a) momentane organismische und situative Bedingungen b) biorythmische Veränderungen der organismischen Verfassung, Veränderungen im Lebensrhythmus
c) Genetische Einflüsse aus Aufbauanweisung für die Grobstruktur des Gehirns d) biochemisch-mechanisch-toxische Schädigungen, fröhenkindlich - später
e) soziokulturelle Einwirkungen, sachliche u. soziale Lernbedingungen
Kommunikationsformen, Erfahrungen

weiß man damit noch lange nicht, warum dieselben bestehen; ob sie durch genetische Einflüsse, durch frühe Schädigungen, durch ungünstige soziokulturelle Einwirkungen oder auch durch mehrere dieser Faktoren hervorgerufen sind. In manchen Fällen läßt sich dies gar nicht ohne Spekulation klären. Dies ist dann zwar theoretisch unbefriedigend, aber zum Entwurf eines spezifischen Förderkonzeptes für das betreffende Kind nicht gar so schlimm, denn therapeutisch zu beseitigen sind ja nicht die genetischen Einflüsse, durch die es zur unausgewogenen Ausbildung von Begabungen und Schwächen gekommen ist; auch eine frühkindliche Hirnschädigung als solche kann ja nicht wieder rückgängig gemacht werden. Sonderpädagogisch zu fördern ist vielmehr der spezifische Teilfunktionsbereich, der im einzelnen Fall in seiner Entwicklung behindert ist. Nur wenn störende oder benachteiligende soziokulturelle Einflüsse im Zeitpunkt der Untersuchung noch immer wirksam sind, muß man deren Entschärfung, Veränderung oder Ausschaltung zum Zweck der spezifischen Förderung des Kindes angehen.

3. Einteilung der Hirnfunktionen

Zu einem schnellen Überblick über die ungeheure Vielzahl von hirnrorganischen Teilfunktionsbereichen und besonders über die an der Sprachbenutzung beteiligten möge uns erneut die Einteilung des Zentralnervensystems in drei große funktionale Einheiten durch *Luria* (1973) dienen (Übersicht 2).

3.1.1. Tonus, Aktivierung, Wachheit, Bewußtheit

Die erste von ihnen besorgt die Regulation von Tonus, Aktivierung, Wachheit und Bewußtheit sowie eine Reihe von Aufgaben aus der Gedächtnissteuerung: Sie leistet die Auswahl und Stabilisierung der Verhaltens-Oberprogramme. Dysregulationen in diesen Hirnbereichen verursachen allgemeine Lern- oder Geistigbehinderungen, aber auch Verhaltensstörungen durch Einengung in der simultanen oder vigilanten Aufmerksamkeit, durch Labilität in den Aktivierungsprozessen, durch Mängel in der zielorientierten

Rückkontrolle der Verhaltenssteuerung, auch durch Störungen in der Emotionalität und Affektivität und schließlich durch Störungen in der Gedächtnissteuerung. Dieser höchst interessante Teilfunktionsbereich (*Graichen* 1984 a) muß aus Zeitgründen hier ausgeklammert werden, obschon auch von hier aus sehr direkter Einfluß auf die Sprachentwicklung genommen wird.

3.1.2. Aufnahme, Analyse und Speicherung von Information

Auch die zweite funktionale Hirneinheit, nämlich jene für Aufnahme, Analyse und Speicherung von Information braucht hier nicht detailliert abgehandelt zu werden, da dies durch Herrn Prof. *Wurst* geschieht. Hier sei lediglich daran erinnert, daß der Begriff »Wahrnehmung« sehr viel mehr an psychischen und hirnrorganischen Funktionen umfaßt als die von *Luria* gemeinte Erfassung von Informationsmustern, die dem Umgang mit der umgebenden Welt dienen. Wahrnehmung umfaßt zusätzlich einen aktiven Suchprozeß, der zum Funktionsbereich der Oberprogrammsteuerung und der selektiven Aufmerksamkeitsregulation gehört und zu seiner Realisierung ganz andere Hirnteile benötigt als etwa nur die Hör- bzw. Sehbahn. — Wenn es dagegen um die Erfassung von Informationsmustern aus der umgebenden Welt geht, spielen die Prozesse der Diskrimination und Klassifikation sowie die Identifikation der aufgenommenen Reizqualitäten im Vergleich mit dem gespeicherten Repertoire die wesentlichste Rolle. Im auditiven Bereich beispielsweise wird die große Zahl der vom menschlichen Gehör unterscheidbaren Sinustöne (etwa 1000 verschiedene Frequenzen und etwa 250 verschiedene Amplituden) im Prozeß der Klassifikation und Identifikation zusammengefaßt in etwa fünf bis maximal neun große Klassen; »der Mensch sortiert die ihm begegnenden Dinge einer Art in fünf bis neun Kategorien« (*Hörmann* 1967, S. 65). Allerdings ist hierbei zu bedenken, daß diese Prozesse der Reizdiskrimination, der Klassifikation und Identifikation bei der Erfassung von Sprache gleichzeitig in einer Vielzahl von ganz anderen Reizqualitäten erforderlich sind und ablau-

Einteilung des Zentralnervensystems in drei große funktionale Einheiten (nach LURIA 1973)
(Keine von ihnen könnte jemals für sich allein aktiv werden! Vielmehr leistet jede von ihnen ihren spezifischen Beitrag zur Konstellierung der funktionellen Systeme in wechselseitiger Koppelung mit den beiden anderen.)

I) Regulation von Tonus, Aktivierung, Wachheit, Bewußtheit (Oberprogrammsteuerung)

- a) Situativ-dynamisches Balancesystem zwischen drei Aktivierungsquellen, die in ständigem Eingriff untereinander stehen zwecks Oberprogrammsteuerung
- b) dynamisch-hierarchische Ordnung der Oberprogramme und der Kontrollprozesse; Wahrnehmungsselektion; Gedächtnissteuerung in Habituation und Kumulation
- c) Stabilisierung der Zeitstrecken der Oberprogramme; Filterung

- Die drei Aktivierungsquellen sind:
- 1) innerorganismische Stoffwechsel- und Hormonalregulationen; auch circadiane Rhythmen
 - 2) Signale aus dem körperlichen Erleben und aus der Umwelt, die sich über Orientierungsreaktionen in die Aktivierung und Oberprogrammsteuerung einschalten; dazu Emotionen/Affekte
 - 3) Pläne, Absichten, Vorschläge, Wertungen; konzipiert während d. bewußten Erlebens; realisiert mit Teilnahme der äußeren, später der inneren Sprache

II) Aufnahme, Analyse, Speicherung von Information (nicht etwa "Wahrnehmung")

intramodale Aufnahme, polysensorisch und sensorisch integrierte Diskrimination und Klassifikation von Informationsmustern; Ultra-Kurzspeicherung zur Sequenzerkennung
intermodale Codierung von "statischen" Mustern und Begriffen sowie deren sequentielle Klammerung in sprachlichen, kognitiven, perzeptiv-motorischen, wechselseitig verknüpften Bereichen; dazu Kurzspeicherung
simultane Stabilisierung und damit supramodale Integration von verschiedenen Code-Systemen sprachlicher, zeitlicher, räumlicher, körperlicher, logischer, mathematischer Art

III) Programmierung, Regulation, Ausführung von Aktivitäten

Antizipation und Bewertung eines Verhaltenszieles mit Erfolgsregulation; Rückgriff auf die gesamte Orientierungsbasis
Zeitteilung und Programmantizipation mit sequentiell-hierarchischen Stufen der Abbildungsregulation; mehrkanaliger Abruf aus d. Langzeitspeicher und Zeitteilung, Reihenfolgeregulation im Arbeitsgedächtnis; Regelbeachtung
Ausführung der körperkoordinierten sowie zeitlich-sequentiell, taktil-kinästhetisch, metrisch und kraftmäßig integrierten motorischen Ablaufmuster in der Raum-, Zeit- und Sprachorientierung in der Verlaufsregulation mit Tempo- und Pausenregulation; hierarchische Kontrollprozesse mit Stop-Regeln

fen, nicht etwa nur bei Frequenzen und Amplituden von Sinustönen. Neben der bloßen Unterscheidungsfähigkeit liegt gerade in der Kapazität zur *simultanen* Beachtung der Schalllokalisation, von Tonqualitäten, von Klangfarben/Stimmklangfarben, Dialektkennzeichen, aber auch von semantischen Feldern und syntaktischen Strukturen die einzigartige Überlegenheit des menschlichen Hörens gegenüber jedem Mikrofon in der »Cocktailparty-Situation« (*Norman*). Hier ist der Mensch in der Lage, die für eine individuelle sprachliche Kommunikation relevanten akustischen und optischen Ereignisse (Sprachklänge, Mundbewegungen, paralinguistische Zeichen usw.) auf allen Stufen der Hörbahn (*Spreng*) und gleichzeitig auch noch auf denjenigen der Sehbahn selektiv herauszuheben aus dem weißen Rauschen der lärmenden und durcheinander-agierenden Umgebung.

Teilfunktionsschwächen in Aufnahme, Analyse und Speicherung für sprachliche Information bilden den einen wesentlichen Hintergrund der Entwicklungs-Dysphasien. Bei den perceptiven Formen steht neben Schwächen im kurzzeitigen Auflösungsvermögen für (Sprach-)Klangfolgen (*Tallal*) eben jene eingeeengte Kapazität zur Simultanverarbeitung mehrerer sprachlicher Merkmalsdimensionen im Vordergrund. Darüber hinaus lehrt uns die Neuropsychologie (*Luria* 1976, *Diamond*), daß aus den gleichen Hirnteilen auch die Codierung und Stabilisierung von Gedächtnisprozessen erfolgt. Glücklicherweise treten die schweren perceptiven Entwicklungs-Dysphasien seltener auf.

3.1.3. Programmierung, Regulation und Ausführung von Aktivitäten

Ungleich häufiger sind funktionale Schwächen im Bereich der dritten Hirneinheit (*Luria* 1973), nämlich im Bereich »Programmierung, Regulierung und Ausführung von Aktivitäten«. Hierhin gehören die motorisch-expressiven Entwicklungs-Dysphasien mit verschiedenem Störungsschwerpunkt und verschiedenem Ausprägungsgrad. Das Sprachverständnis ist dabei zwar oft auch nicht altersentsprechend, insgesamt aber doch ungleich besser entwickelt als die

sprachliche Produktions- und Ausdrucksfähigkeit. Auch hier setzt die Sprachentwicklung mit jahrelanger Verspätung ein, nachdem vorher entweder gar nichts geäußert oder aber nur völlig unverständlich ohne Konstantisierung von sprachlichen Zeichengestalten geplappert worden ist. Jenseits des dritten/vierten Lebensjahres dauert es zumeist noch Jahre, bis die Artikulation auch für Fremde einigermaßen verstehbar wird; Artikuleme als motorische Produktionsmuster müssen unter Anleitung mühsam aufgebaut werden, obwohl die Phoneme auditiv-perzeptiv längst verstanden werden. Auch dann dauert es noch lange, bis die mühsam erworbenen Artikulationsmuster auch spontansprachlich tatsächlich verwendet werden. Ganz ähnlich verlaufen auch Aufbau und Stabilisierung des Wortschatzes und der syntaktisch-grammatikalischen Regeln, deren Abruf lange unvollständig und fehlerhaft bleibt, obschon Sprache verstanden wird. Stets finden sich auch erhebliche Redeflußstörungen bis hin zu stotternden Phänomenen im engeren Sinn, obschon Stottern für sich allein in der Regel nicht an die gesamte motorisch-expressiv-dysphatische Vorausentwicklung gebunden ist. Lesen/Rechtschreiben wird ebenfalls nur sehr mühsam und fehlerhaft erlernt; hinzu kommen zumeist auch Gedächtnisprobleme beim Kopfrechnen. — Bevor wir uns den wichtigsten funktionalen Hintergründen dieser Störungsbilder zuwenden, bedarf es noch einer weiteren Unterscheidung von Hirnfunktionen.

3.2. Selektion — Kombination

Die eine Gruppe dient der Diskrimination und Klassifikation, der Kategorisierung und der Selektion des einzelnen Elementes in Gedächtnis-Abrufprozessen; eine zweite Gruppe dagegen dient der zeitlich, reihenfolgemäßig und syntaktisch-grammatikalisch geregelten Sequenzbildung, der Abfolge und Kombination der einzelnen Elemente untereinander (und zwar sowohl in Muster-Erkennung wie in der hier besonders interessierenden Produktion). Diese Unterscheidung von Selektion und Kombination wurde bekanntlich schon von *de Saussure* für die reine

Sprachwissenschaft getroffen. Sie begegnet uns aber auf Schritt und Tritt wieder in der Psycholinguistik sowie in der Neuropsychologie, Gedächtnis- und Aphasieforschung und Neurologie. Eine Auflistung der wichtigsten Theorien und Forschungsergebnisse zu diesem Thema würde hier aber zu viel Raum einnehmen.

4. Sprachproduktion als sequentielles Geschehen unter Simultanbeachtung mehrerer Prozeßebenen

Die Sprachproduktion gehört sicherlich zu den komplexesten psychischen Funktionsabläufen. Sie erfordert ein integriertes Antriebs-/Aufmerksamkeitsvolumen zur gleichzeitigen Bewältigung von mindestens fünf Prozeßdimensionen. (1) In einer kommunikativen Erfolgsregulation muß der thematisch-gedankliche Zusammenhang des Gehörten und Gesprochenen der jeweiligen Gesprächspartner ebenso kontrolliert werden wie die Frage, ob man das Gemeinte verständlich ausgedrückt und deutlich artikuliert hat. Daneben aber benötigt auch die Verlaufsregulation Aufmerksamkeit (2) für die Prozeßebene der intraindividuellen Gedankenordnung; (3) für die sprachlichen Gedächtnisabruf-Prozesse von Wortklangbildern als Begriffsnamen zusammen mit syntaktisch-grammatikalischen Regeln; (4) für die motorische Ausführungsregulation; und schließlich (5) für die musischen Gestaltungsmöglichkeiten auf den verschiedenen kognitiv-linguistischen Ausdrucksebenen. Zur Erklärung des gleichzeitig zu bewältigenden, sequentiellen Ablaufgeschehens auf so vielen Prozeßstufen ist nur ein Plan-Modell (Miller, Galanter, Pribram) ausreichend. Dieses gibt Raum nicht nur für den Aufbau von Übergangswahrscheinlichkeiten (Hörmann) und von motorischen Superzeichen (Hacker) durch wiederholte Ausführung von Detail-Ablaufprozessen; vielmehr erlaubt ein Plan-Modell auch die auf allen Stufen wichtigen Vorgänge der Antizipation, der Vorausnahme von Gedanken, Gedächtniseinheiten und Bewegungselementen, die erst später zu verwirklichen sein werden. Sequentielles Codieren und damit das automatisierende

Zusammenfassen von mehreren Elementen zu einer größeren Ablaufeinheit ohne erforderliche Detailkontrolle eröffnet die Möglichkeit zur Antizipation nachfolgender Einheiten schon während des Ablaufs der vorausgehenden. Erst damit wird eine zielorientierte, flüssig fortlaufende Sprachproduktion möglich (Graichen 1984 b). Pausen- und Stoppregulation gehören ebenfalls in dieses Funktionsgefüge, aber auch die Regelung des Ablauftempos. Einzelne der genannten Teil-Prozeßebenen sind im Rahmen einer situativ wechselnden Fokussierung bewußtseinspflichtig bzw. bewußtseinsfähig; andere wie etwa die Umwandlung von Phonemfolgen in ein Zeit-Pattern von Muskel-Innervationen (Lenneberg) für die Artikulation sind nicht bewußtseinsfähig.

4.1. Die motorische Ausführungsregulation

Die motorische Ausführungsregulation des Sprechens ist zunächst wie jegliche Körpermotorik angewiesen auf ein ausgewogenes Zusammenspiel von motorischer Energie/Erregung (Excitation) und ausreichender Dämpfung (Inhibition). Nur unter dieser Voraussetzung wird vermieden, daß Bewegungen ungezielt, zur Unzeit, in falschen Muskelsystemen, mit falschem Kraftaufwand oder metrisch ungenau ablaufen. Willkürbewegungen benötigen hierzu stets eine exakte räumlich-körperschematische Verrechnung unter taktil-kinästhetischer Kontrolle, in die das vestibuläre und das visuelle System mit einbezogen werden. Bereits bei den Körperbewegungen, ungleich stärker aber bei der Sprechmotorik bedürfen die Bewegungen ferner einer zeitlichen Taktgebung (Keidel) und einer feinsten zeitlichen Verrechnung. Beim Sprechen werden die Muskelereignisse zusammengefaßt in die rhythmischen Produktionseinheiten der Silben (Lenneberg), die ihrerseits als Trägereinheiten für Phonemfolgen fungieren.

Von paretischen Behinderungen einmal abgesehen, liegen wesentliche Störungen zunächst in mangelhaftem, willkürlichem Abruf einzelner Innervationsmuster aus dem »motorischen Lexikon«. Dabei mangelt es an Selektivität der Bewegungen; es dauert viel

zu lange, bis eine gewünschte Gesichts-/Mundstellung exakt erreicht wird, oder deren Herstellung gelingt überhaupt nicht. Diese Gesichts-/Mund-Dyspraxien wegen mangelnder taktil-kinästhetischer Rückmeldung oder als einfacher Codiermangel im integrierten Gedächtnisabruf bilden einen gravierenden Hintergrund für hartnäckige Dyslalien und spätere LRS; sie besitzen eine funktionale Verwandtschaft zu den Wortfindungsstörungen im Sprachgedächtnis.

Dysarthrische Schwächen (*Whitaker*) werden viel deutlicher, sobald orale oder artikulatorische Diadochokinesen (*Goldschmidt*), also sequentielle Bewegungsfolgen zur Aufgabe gestellt werden. Hierbei zeigen sich einschließende oder athetoide Hyperkinesien, allgemeine Verlangsamung mit erhöhtem Kraftaufwand, Festlaufen der Bewegungsfolgen, Mitinnervationen in Nachbarregionen, ataktisch-dysmetrische Abläufe und viele Störungen im Silbentakt bis hin zum völligen Frequenzerfall unter Desintegration des Silbentaktes für verschiedene Systeme. In Verbindung hiermit steht die gefürchtete zeitliche Desintegration zwischen Oralmotorik, Phonation und Atmung, die sich in den ataktisch-dysmetrischen Bewegungsabläufen und in den Kehlkopfverkrampfungen und Atemdysregulationen beim Stottern auswirkt (*Graichen* 1985 b). All diese Phänomene muß man einmal auf Videoaufnahmen gesehen haben.

4.2. Sprachliche Gedächtnis-Abrufprozesse

Auf dem Produktionsniveau der Silben integriert sich die artikulomotorische Regulation mit den sprachlichen Gedächtnis-Abrufprozessen für semantische und syntaktische Strukturen wie auch mit den musischen Ablaufstrukturen (*Graichen* 1984 b), die wir aber aus Raumgründen hier außer acht lassen müssen. Die subkortikalmotorische Taktgebung erfährt hier vielfältige Modifikationen zu einem lebendigen Rhythmus durch die Fülle sprachlicher Strukturen und kommunikativer Ablaufregeln; und umgekehrt werden die Phonemfolgen der sprachlichen Informationsübermittlung durch die motorische Taktgebung zu Produktionseinheiten, eben zu Silben gebündelt; diese dienen ihrerseits als

Trägersystem für semantische Einheiten und deren Kombinationsregeln, aber auch für die musische Gliederung.

Bei den sprachlichen Gedächtnis-Abrufprozessen steht zunächst die Konstantisierung und Stabilisierung der phonematischen Wortklangbilder, die als Code-Wörter für die kognitive Begriffsbildung im kindlichen Aufbau des Realitätsbezuges dienen. Labilitäten in dieser Konstantisierung von Mustern zeigen sich als Diskriminationsschwächen bei entsprechenden Nachsprechleistungen; ebenso charakteristisch aber als baldiger Musterzerfall bei Dauerproduktion von einzelnen Silben. Der Schwerpunkt einer Produktionsschwäche ergibt sich hier aus der Instabilität der Muster bei wiederholter Ingebrauchnahme. Die Schwächen können sowohl aus dem auditiven als auch aus dem taktil-kinästhetischen Bereich resultieren. Jedesmal sind hartnäckige Dyslalien, Wortfindungsstörungen und erhebliche LRS auf der ersten Leselerntstufe die Folge. — Hinzu kommen die sequentiellen Gedächtnisfunktionen mit ihren spezifischen Unsicherheiten. Hier gibt es zunächst die pro- und retroaktiven Hemmungen unter benachbarten Silben mit entsprechenden Interferenzen; die Silben müssen dabei in der sequentiellen Abfolge einen bestimmten zeitlichen Abstand einhalten, wenn sie sich nicht gegenseitig behindern oder vermischen sollen. Unverständliche Artikulation durch sequentielles Kontaminieren von Silben/Wörtern sowie LRS durch geringe sequentielle Trennschärfe sind die Folge. Bekannter sind wahrscheinlich die Funktionen der Reihenfolgeerkennung und -verarbeitung (*Conrad*) im sequentiellen Arbeitsgedächtnis (Kurzspeicher). Reihenfolgeunsicherheiten bringen auf der Phonemebene wiederum Dyslalien und erhebliche LRS; auf der Wortebene innerhalb von Sätzen folgen Dysgrammatismen durch Umstellungen. Zu bedenken ist ferner die Länge der verfügbaren Kurzspeicherschleife, die bekanntlich im Hinblick auf die Anzahl der darin aufnehmbaren Einheiten begrenzt ist (*Miller*). Schwächen hierin sowie in der Reihenfolgebeachtung ergeben den wesentlichsten Hintergrund für die zahlreichen Codierschwächen,

nämlich Behinderungen in der Automatisierung der Sprachproduktion mit unterschiedlichen Redeflußstörungen, vor allem aber auch mit LRS, sobald sinnerfassendes, fortlaufendes Lesen und flüssiges Schreiben/Rechtschreiben verlangt werden. Das ständige Verhaftetsein in Detailentscheidungen, das Abreißen aller übergreifenden Spannungsbögen ohne Ausbildung von Übergangswahrscheinlichkeiten begegnet uns aber nicht nur bei LRS, sondern auch in Dysgrammatismen, bei denen Satzenden gänzlich fehlen oder nicht zum Anfang passen. Damit stehen wir vor einer der stör anfälligsten Verschränkungen von Teilfunktionen aus dem sequentiellen Gedächtnisbereich, nämlich bei der Antizipation später zu realisierender Teileinheiten, denen andere vorausgeschickt werden müssen. Ständig muß der Sprecher spätere Satzteile bereits vor oder bei Beginn der Satzproduktion »wissen«, d. h. für den Abruf »vorwärmen« (Vorausaktivierung); dennoch muß er diese später zu verwirklichenden Satzteile von der Produktion erst noch einmal zurückstellen (Voraushemmung), bis vorausgehende oder eingebettete andere Einheiten abgelaufen sind. Dabei gibt es nicht nur ein dysgrammatisches Abreißen dieser Gedächtnisbögen (Graichen 1985 a), sondern auch die hinderlichen Initialhemmungen für den Startimpuls des Anfangselementes durch eine schlechte Balance zwischen Vorausaktivierung/Voraushemmung und Impulsgebung — eine der stotterspezifischen Störungen (Graichen 1985 b). — Schließlich liegt eine der wichtigsten hirnrorganischen Teilfunktionen mit entsprechend einschneidenden Schwächen in der oben bereits erwähnten, integrativen Kapazität zur gleichzeitigen Beachtung von verschiedenen Selektions- und Regelebenen des sprachlichen Geschehens wie auch seiner Einbettung in das gesamte kommunikative Verhalten; jeder von uns wird zahllose eigene Beobachtungen anführen können, bei denen die einzelne, für sich allein betrachtete Regelebene ganz gut bewältigt werden kann — aber bei Einbezug in die Gesamtbeachtung aller Prozeßebenen in spontaner Kommunikation geht alles wieder drunter und drüber. Dies gilt für Stammeln ebenso

wie für Dysgrammatismen wie für Redeflußstörungen und Stottern wie auch für Legasthenien.

4.3. Gedankenordnung

Auf der Ebene der intraindividuellen Gedankenordnung muß wenigstens der für die Sprachproduktion so wichtige Prozeß der »Zeitteilung« (Pribram) erwähnt werden. Die Vorstellungen von komplexen Zusammenhängen der dinglichen oder sozialen Welt müssen zum Zweck sprachlicher Darstellung in Einzelgedanken, in einzelne Bissen unterteilt werden, damit sie im Gänsemarsch der sprachlichen Einheiten untergebracht werden können. Schwächen liegen in der polternden Tendenz, alles auf einmal sagen zu wollen. Ebenso empfindliche Folgen hat auch ein plötzlicher Sprung in der gedanklichen Zielsetzung während der Produktion eines solchen Einzelbissens, wodurch funktionale Kontaminationen entstehen; auch motorische Ablaufstörungen sind dabei unvermeidbar wegen der notwendigen Antizipationsvorgänge in der Umwandlung der Phonemfolgen in ein Zeit-Pattern für Muskel-Innervationen. Ebenso hinderlich ist ein nicht rechtzeitiges Abklingen bereits »verbrauchter« Teileinheiten (Perseveration), die deshalb in spätere Produktionen sich erneut mit einmischen. — Viele Details müssen aus Raumgründen unerwähnt bleiben. Eine ausführliche Darstellung mittels Videoaufnahmen und entsprechender theoretischer Erörterungen gibt Stoff für eine mehrsemestrige Lehrveranstaltung.

5. Differentialdiagnostik als Grundlage der Förderung

Auch die erforderliche Differentialdiagnostik unterliegt den neuropsychologischen Erkenntnissen von Vygotsky/Luria. Wenn schon jede psychische Funktion in ihrem Ablauf angewiesen ist auf das Zusammenwirken eines ganzen Netzwerks von hirnrorganischen Knotenpunkten, um wieviel mehr dann die Erledigung einer einzelnen Prüfungsaufgabe. Es gibt keine einzige Testaufgabe, mit der allein man eine spezielle Hirnfunktion überprüfen könnte. Vielmehr ist

zur Eingrenzung jeder Teilfunktionsschwäche jedesmal ein ganzes Bündel von systematisch variierten Aufgabestellungen und deren Vergleich erforderlich (*Graichen* 1975), wie dies für die neurologische Untersuchung von jeher bekannt ist (z. B. *Mumentaler*). Für die Sprachdiagnostik unerlässlich sind daher natürlich verschiedene Sprachtests sowie Kommunikationsbeobachtungen bei Verwendung von Sprache. In Ergänzung dazu haben sich seit etwa fünfzehn Jahren systematisch variierte »Regelprogramme der Artikulomotorik« mit sinnlosen Silben und parallel dazu mit anderen Körperbewegungen bewährt. Unter Ausschaltung der Semantik und der vertrauten syntaktischen Regeln werden die Probleme mit dem Grad der Geübtheit umgangen, der sich für kein Kind exakt bestimmen läßt. Vielmehr handelt es sich hier um ein Neu-Lernen dieser Regelreihen. Die Aufgabestellung wird aber nicht beim Erreichen irgendeines der sonst gebräuchlichen Lernkriterien abgebrochen; denn ganz im Gegenteil kommen gerade aus der danach fortgesetzten Dauerproduktion die entscheidenden Hinweise auf *Produktions-*Schwächen (eben nicht Wahrnehmungsstörungen). Formerfassung sowie Regelverständnis einerseits und deren exakte und flüssige Anwendung in Produktion und Darstellung andererseits sind zwei Paar Schuhe. Es folgt eine Auflistung der unumgänglichen Prüfungsstufen, die jeder Untersucher mit selbst gewähltem und variiertem Material anfüllen kann (Übersicht 3).

6. *Therapeutische Konsequenzen*

Alle Sprachbehinderten müssen selbstverständlich trotz ihrer zumeist mehrfachen Behinderung als ganze Persönlichkeit akzeptiert und respektiert werden. Unab-

dingbar ist auch die Notwendigkeit, ganzheitlich sprachlich mit ihnen zu kommunizieren; gedanklicher Austausch, sprachliche Stützung sozialer Bezüge müssen stets als Gesamtziel verfolgt werden, auch wenn dabei einzelne Strukturebenen momentan fehlerhaft bleiben oder sich nur schwer einbeziehen lassen. Fördernder Umgang darf sich nicht erschöpfen, die Kommunikationsbereitschaft nicht erstickt werden im Üben einzelner Teilstrukturen oder Regeln.

Dennoch gehören auch hier Integration und Differenzierung als dialektische Einheit unauflösbar zusammen. In der täglichen Förderung muß auch die große Vielfalt individueller Teilfunktionsschwächen ihre Berücksichtigung finden bei der Auswahl und Durchführung der für den Einzelfall geeigneten spezifischen Aufbauübungen oder Techniken. Es gibt weder einheitliche Störungsbilder noch einzelne Therapie- oder Fördermaßnahmen, mit denen in jedem Fall die gleichen günstigen Wirkungen erzielt werden könnten. Auch die höchst unterschiedlichen individuellen Begabungsschwerpunkte müssen erkannt und nach Möglichkeit zur Kompensation der Schwächen selbst, zumindest aber zur Stützung des Selbstwertgefühls hervorgeholt und eingesetzt werden. Nicht nur zur Überwindung von Dyslalien oder LRS, sondern auch zur Behandlung von Redeflußstörungen und Stottern muß nach allen neuropsychologischen Überlegungen eine Übungsbehandlung mit im Zentrum der Förderung stehen neben der Integration der gesamten Persönlichkeit. Gerade in der Behandlung von Stotterformen, wie sie in Wentorf an diesen Jubiläumstagen vorgestellt wird, liegt ein hervorragendes Beispiel ernsthafter und sorgfältiger sprachheilpädagogischer Arbeit in solcher ausgewogenen Zielsetzung.

Literatur

- Akert, K.: Probleme der Hirnreifung. In: Lempp, R. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern 1979, S. 12—32.
- Böhme, G.: Störungen der Sprache, der Stimme und des Gehörs durch frühkindliche Hirnschädigungen. Jena 1966.
- Conrad, R.: Serial order intrusions in immediate memory. *Brit. J. Psychol.* 51 (1960 a), S. 45—58.
- Dimond, S. J.: *Neuropsychology*. London 1980.
- Doehring, D. G., Trites, R. L., Patel, P. G., und Fiedorowicz, Christina A. M.: *Reading Disabilities. The Interaction of Reading, Language, and Neuropsychological Deficits*. New York/London 1981.

Neuropsychologische Differentialdiagnostik im Bereich Sprachproduktion

Prüfungsstufe	Störungen	Auswirkungen	Behandlung
a) Willkürl. Herstellen/ Nachmachen einzelner Gesichtss-/Hundstellungen ohne/mit visueller Kontrolle	Gesichts-/Munddypraxien; gelingt gar-nicht oder erst verspätet/fehlerhaft; nicht selektiv. Gedächtnisabruf aus dem 'motorischen Lexikon'; oder "Antriebsstörung"; taktil-kinästhetische Rückkoppelung	Dyslalien LRS (Redefluß nur minimal)	Sensibilisierung u. Bewegungstraining mit redundanten Kontrollen verschiedener Systeme (Sinnesmodalitäten); Vergleiche; Einbau in komplexe Bewegungsformen
b) Monotone Wiederholung; oral-motorische Diadochokinesen (manuell Tapping u.a. Formen)	Dyskinesien; Hyper-/Hypokinesen; Verlangsamung/Festlaufen in überhöhtem Kraftaufwand; Miinnervation; Ataxie/Dysmetrie; Frequenzverlust; Zerfall der Synchronisation; Propulsion; Antriebsverlust; oral-phonatorische Desintegration; Atemdysregulation	dysarthrische Dyslalien Stottern Poltern (LRS)	Große, weich ausschwingende Bewegungen mit rhythmischer Synchronisation; tiefe gedante Phonation; Aufbau/Zerschlagung von Rhythmen, Melodien; Pausenregulation; Stop-Training; Atemregulation; artikulatorisch u. körper-motorisch/manuellmotorisch
c) Einmalige Produktion 1) sinnlose Silben 2) Wortnamen (z.B. NETZKER)	unvollständiger/fehlhafter Laut/ Artikularem-Bestand; Initialhemmungen; Störungen im Artikularem-Fluß; Phonations-störungen bei Oralmotorik; Abrufprobleme für Begriffsnamen; Diskriminationschwächen	Dyslalien LRS Stottern Ausdrucksprobleme/Wort-schatz	Lautanbahnung/-korrektur; Unterscheidungstraining mit redundanten Schaltung verschie-dener Systeme senso-risch und artikulatorisch; Phonem-Artikulen-Graphem in Verbindung mit Wortsemantik; Vergleiche, Rätsel, Reime, Wortspiele; Wortschatzübu- gen; Starttraining mit kom-biniertem Artikulations/ Phonations/Atmungstraining; Dehnungsregulation; Absorp-tion; Tempo/Pausen/Stop-training
d) Dauerproduktion einzelner Silben (artikulatorische Diadochokinesen)	Labilität im Gedächtnis der phonema-tisch/artikulematrischen Musterstruk-turen; Segmentierungsprobleme; Abwei-chen in bekanntere Ablaufformen (Übergangswahrscheinlichkeiten); Ini-tialhemmungen im Ungleichgewicht Voraus/Rückwärtshemmung/Vorausaktivierung/ Startimpuls; Festlaufen; Desynchronisation Oralmotorik/Phonation/Atmung; Tempody-sregulation; Festlaufen; Kontamination	Dyslalien LRS Stottern Poltern	

_Ü_b_e_r_s_i_c_h_t_3_ (Fortsetzung)

Prüfungsstufe	Störungen	Auswirkungen	Behandlung
e) alternierende Silben (Bewegungseinheiten) 1) einmalig 2) Dauerausführg.	"Interferenzen" im Arbeitsgedächtnis; gegenseitige Störung durch pro-/retroaktive Hemmung nimmt zu bei zu schnellem Ablauftempo; Kontaminationen, verwaschene Muster; Iterationen; Mangel an Automatisierung durch Mangel an Antizipation während Produktion; Codierschwächen; Initialhemmungen	Dyslaalie LRS (Stottern, Poltern) (Dysgrammatismus)	Annäherung über Pausen; Temporegulation; Absetzen; Reime; Antizipationstraining; Regelprogramme mit/ohne Absetzen; Einbettungen; Start-training mit Antizipation; Rhythmik
f) sequentielle Reihen (mind. 2 Silben/Bewegungseinheiten) 1) einmalig 2) Dauerausführg.	Interferenzen; Reihenfolgeelastizität; Codierschwäche; Segmentierungsprobleme; Mangel an Automatisierung durch Codierschwäche/Mangel an Antizipation während Produktion; Reihenfolgezerfall	(Stottern Poltern) LRS Dysgrammatismus d.Reihenfolge	Versä; Reime; Regelprogramme artikulatorisch und körpermotorisch; Satzaufbauübungen; Cloze-Techniken; Les-/Recht-schreibtraining; Rhythmik
g) sequentiell-hierarchische Reihen (z.B. vor/rückwärts; mit Vor-/Nachschlägen; rhythmische Varianten etc.)	Mangel an Simultanbeachtung verschiedener Regel-/Merkmalsebenen; Abreißen von Gedächtnisbögen; Codierschwächen; Kontaminationen zwischen mehreren Ebenen; Initialhemmungen bei Vorschlagsystemen durch Ungleichgewicht Vorausaktivierung/Voraushemmung/Rückwärts-hemmung	Stottern Poltern (LRS) Dysgrammatismus durch Mangel an Simultanbeachtung	zusätzl. hierarchische Regelprogramme einschließl. Rhythmik; Vorschlageregeln; Cloze-Techniken; natürl. Sprechen in Kommunikation u. komplexer Darstellung unter Anwendung Sprech-/ Stimmtechnik; linguist. Regel- übungen
h) sequentiell-hierarchische Reihen mit Freiheitsgraden des Abrufs aus dem Arbeitsgedächtnis	Mangel an "Zeitteilung"; Interferenzen im weitesten Sinn; Kontaminationen/Intrusionen; Musterelastizitäten; Blockierung im Abruf; Mangel an Codierung/Antizipation/Automatisierung; Verbläsen der "Vorstellung"	Stottern Poltern LRS Dysgrammatismus	Regelprogramme mit FG der eigenen Gestaltung; Integration aller aufgeführten Techniken in natürl. Sprache u. Kommunikation sowie im rhythm. Zusammenspiel; Lesen Rätselraten; sachkundl. Wissensvermittlung/Aufnahme u. Wiedergabe; Rhythmik
i) natürliche Sprachproduktion, kommunikativ; systematisch variiert			Einbettung aller Techniken und Übungsschwerpunkte

- Eccles, J. C.: Plastic Responses of Cerebral Cortex. In: Popper, K. R., und Eccles, J. C.: The Self and Its Brain. Part II. Berlin/Heidelberg/London/New York 1977, S. 403—406.
- Goldschmidt, P.: Logopädische Untersuchung und Behandlung bei frühkindlich Hirngeschädigten. Berlin-Charlottenburg 1970.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenutzung. Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 1 (1973), S. 113—143.
- Graichen, J.: Kann man legasthenische und dyskalkulatorische Schulschwierigkeiten voraussagen? Praxis d. Kinderpsychol. 24,2 (1975), S. 52—57.
- Graichen, J.: Zum Begriff der Teilleistungsstörungen. In: Lempp, R. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern 1979, S. 43—62.
- Graichen, J.: Störungen der Integration. In: Remschmidt, H., und Schmidt, M. (Hrsg.): Neuropsychologie des Kindesalters. Stuttgart 1981, S. 280—291.
- Graichen, J.: Verschwinden Teilleistungsschwächen? Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 11 (1983), S. 355—362.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen als Störfaktoren beim Aufbau des Realitätsbezuges. In: Lempp, R. (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Bern 1984 a, S. 69—77.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen in den hierarchisch-sequentiellen auditiven, kinästhetischen und rhythmischen Regulationssystemen der Sprachproduktion. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Aspekte auditiver, rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie. München/Basel 1984 b, S. 9—31.
- Graichen, J.: Neuropsychologische Differenzierung des Dysgrammatismus durch artikulatorische Regelprogramme. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Tagungsbericht. Hamburg 1985 a, S. 75—86.
- Graichen, J.: Organismische Fehlregulationen als direkte Ursachen von Redeflußstörungen (Stottern) in neuropsychologischer Differentialdiagnostik. Sprache — Stimme — Gehör 9 (1985 b), S. 34—40.
- Grünewald, G.: Neuropsychologische Untersuchungsansätze. In: Haider, M. (Hrsg.): Neuropsychologie. Bern 1971, S. 40—66.
- Hacker, W.: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Dtsch. Verl. d. Wissensch. Berlin (DDR) 1973.
- Hécaen, H.: Introduction à la neuropsychologie. Paris 1972.
- Hécaen, H., und Albert, M. L.: Human neuropsychology. New York 1978.
- Heuer, Birgit: Krankengymnastische Behandlung bei Störungen der Bewegungsentwicklung im Bereich der Automatisierung und Programmsteuerung von sequentiellen Abläufen. Krankengymnastik 35 (1983), S. 198—203.
- Hörmann, H.: Psychologie der Sprache. Berlin/Heidelberg/New York 1, 1967.
- Keidel, W.-D.: Biokybernetische Aspekte bei Hör-, Sprach- und Stimmstörungen. Sprache — Stimme — Gehör 1 (1977), S. 6—17.
- Klix, F.: Die Organisation der Verhaltensdynamik im Dienste der Informationsaufnahme — Zusammenhänge zwischen Orientierungsreaktionen und Lernprozessen. In: Information und Verhalten. Dtsch. Verl. d. Wissensch., Berlin (DDR) 1973, S. 475—514.
- Lempp, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern 1964.
- Lenneberg, E. H.: Biologische Grundlagen der Sprache. (dtsh.) Frankfurt 1972.
- Luria, A. R.: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Dtsch. Verl. d. Wissensch., Berlin (DDR) 1970.
- Luria, A. R.: The Working Brain. London 1973.
- Luria, A. R.: The Neuropsychology of Memory. New York/Toronto/Washington 1976.
- Malatesha, R. N., und Hartlage, L. C.: Neuropsychology and Cognition. Volume 1 und 2. The Hague/Boston/London 1982.
- Mattis, S.: Dyslexia Syndromes: A Working Hypothesis that Works. In: Benton, A. L., und Pearl, D. (Hrsg.): Dyslexia. New York 1978, S. 43—58.
- Miller, G. A.: The magical number seven, plus or minus two: some limits of our capacity for processing information. Psychol. Rev. 63 (1956), S. 81—97.
- Miller, G. A., Galanter, E., und Pribram, K. H.: Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart 1973.
- Norman, D. A.: Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Weinheim/Basel 1973.
- Spreng, M.: Physiologie des Gehörs. In: Biesalski, P., und Frank, F. (Hrsg.): Phoniatrie — Pädaudiologie. Stuttgart 1982, S. 46—81.

- Tallal, Paula, und Piercy, N.: Defects of Auditory Perception in Children with Developmental Dysphasia. In: Wyke, Maria (Hrsg.): Developmental Dysphasia. London 1978, S. 63—84.
- Tallal, Paula, et al.: The relationship between auditory temporal analysis and receptive language development: evidence from studies of developmental language disorder. *Neuropsych.* 23, No. 4 (1985), S. 527—534.
- Vygotsky, L. S.: Psychology and localization of functions. *Neuropsych.* 3 (1965), S. 381—386.
- Whitaker, H. A.: Levels of impairment in disorders of speech. In: Malatesha, R. N., und Hartlage, L. C. (Hrsg.): *Neuropsychology and Cognition — Volume 1*. The Hague/Boston/London 1982, S. 168—207.
- Wolpe, J.: *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford 1958.

Anschrift des Verfassers:
Diplom-Psychologe Johannes Graichen
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Zentrum für Psychiatrie und Neurologie
Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Osianderstraße 14, 7400 Tübingen 1

Johannes Graichen ist seit 1967 als Diplom-Psychologe in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen tätig. Im klinisch-praktischen Bereich befaßt er sich mit entwicklungsgefährdeten Kindern jeder Art; dazu Forschung im engeren Bereich von (sequentiellen) Sprachentwicklungsstörungen.



Franz Wurst, Klagenfurt

Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 2, S. 74—82

Auditive Perzeptionsstörungen

Zusammenfassung

Anhand der Symptome der auditiven Wahrnehmungsstörungen bei Kleinkindern und Schulkindern werden die bisher verwendeten, zum Teil noch in Erprobung befindlichen Übungsmethoden dargestellt. Dabei wird auch auf die Gegenüberstellung von Hörstörungen und Wahrnehmungsstörungen sowie auf deren Wechselbeziehungen eingegangen.

Vorbemerkung

Von Störungen der auditiven Perzeption wird heute noch wenig gesprochen. Es gibt nicht viele Beschreibungen, kaum Prüfungsverfahren für das frühe Kindesalter, kaum Übungen, um die gestörte Funktion zu bessern. Auch Fachleute, medizinische wie pädagogische — Otologen, Phoniater, Sprachheilpädagogen, Gehörlosenlehrer — sind sich der Häufigkeit des Zustandes nur wenig be-

wußt. Noch weniger allerdings der Tatsache, daß dieser Zustand vielen Hörstörungen und gewissen leichten und schweren Störungen der Hirnentwicklung beigemischt ist, daß er sich hinter vordergründigeren Ausfallerscheinungen verbirgt.

1. Symptomenbild

Die Eltern von Säuglingen und Kleinkindern berichten nicht selten, daß das Kind manchmal aufmerkt und zu verstehen scheint, dann wieder nicht. Das gelte vor allem dann, wenn zum Kind gesprochen wird. Das Kind zeige sehr wenig Bereitschaft, Wörter zu wiederholen. Das Lallen sei spärlich und monoton. Die Frage der Eltern lautet: Ist das Kind schwerhörig, interesselos, launisch oder dumm?

Spätere Klagen: »Man muß ihm alles mindestens zehnmal sagen... erst wenn man böse wird, dann will er...«

»Einmal hört sie, das andere Mal wieder nicht...«

»Wenn ich vorlese, hat er nur Dummheiten im Kopf, schneidet Grimassen, bis alle lachen.«

»Ich muß ja alles zeigen, vormachen, bis sie begreift.«

»Ist das Kind interesselos, ist es sprechfaul? Es ist jedenfalls anders als andere Kinder.«

Uns geht es bei Untersuchungen nicht viel besser. Wir sind überzeugt, daß das Kind gut hört, dann wieder kommen Zweifel. Eltern geben uns »Beweise«, daß das Kind ganz sicher hört. Wir lassen uns durch solche Berichte beruhigen und unternehmen nichts Weiteres. Denn das Kind hat auf ganz leises Rufen oder nur auf ein »ps, ps« prompt reagiert und zu uns geschaut, auch wenn wir nicht in seinem Blickfeld standen. Hörprüfungen durch den Pädiater, durch den HNO-Arzt, bringen kraß unterschiedliche Ergebnisse. Dann wird noch der Psychologe, der Kinderpsychiater eingeschaltet. Was erhalten wir da nicht an Erklärungen: Schock, Ablehnung u. a. Nur selten wird bei den ersten Überlegungen an die auditive Perzeption gedacht, an eine Funktionsstörung des akustischen Analysators.

2. Teilfunktionen der auditiven Perzeption

2.1. Auditive Aufmerksamkeit

Es gibt auditiv hyperaktive Kinder. Sie hören nicht nur jedes Geräusch, auch jedes Nebengeräusch. Sie sind durch jedes Geräusch ablenkbar, hypervigil, nichts entgeht ihrer Aufmerksamkeit. Sie sind meist auch sehr impulsiv, können nicht stillsitzen.

Andere schalten im Gegensatz dazu sehr bald ab, wenn auditive Reize in zu großer Zahl, Dichte und Lautstärke über sie hereinbrechen. Auf auditivem Gebiet ermüden sie rasch. Sie stören schließlich, wenn sie nicht mehr begreifen, was um sie herum vor sich geht, weil sie sich langweilen. Man nennt diese Kinder unkonzentriert.

Ist die Störung eine schwerwiegende, dann geht sie auf folgenden Zustand zurück: Die akustische Umwelt ist für sie ein chaotisches

Durcheinander, dem sie nichts entnehmen können. Durch die Funktionsschwäche des auditiven Analysators können sie die Welt der auditiven Eindrücke nicht strukturieren. Sie sind unfähig, gewisse Laute oder Silben herauszugliedern und sie mit den zugehörigen Objekten und Erfahrungen zu assoziieren. So reagieren sie auf Laute und Geräusche völlig inkonsequent. Sie können sie nicht unterscheiden, nicht behalten, nicht interpretieren. Sie orientieren sich daher stärker an visuellen und taktilen Sinneserfahrungen, sind dadurch gehörlosen Kindern ähnlich. Sie sind an gewissen Erfahrungen stark fixiert und können sich schwer von außen abschirmen. Diese wahrscheinlich sehr früh erworbene Devianz steht mit einem autistischen Verhalten im Einklang. Kinder mit einem derart extremen Desinteresse bei auditiven Eindrücken aus der Umwelt finden wir nicht selten in Heimen für geistig Behinderte. Sie nehmen an ihrer Umgebung nicht Anteil.

2.2. Auditive Lokalisation

Wir alle kennen die unangenehme Erfahrung, wenn wir im Auto sitzen und ein Rettungswagen nähert sich uns mit lauter Sirene. Es macht uns unsicher, daß wir nicht wissen, aus welcher Richtung der Rettungswagen kommt und wie wir uns im Verkehr verhalten sollen. Viele von uns werden ihr Auto anhalten.

Ein Dauerzustand dieser Art mag bei Kindern mit einer Störung der auditiven Wahrnehmung gegeben sein. Lokalisationsgestörte Kinder wissen nie, aus welcher Richtung die Laute und Geräusche kommen und wie weit sie entfernt sind. Das macht die Panikreaktionen solcher Kinder verständlich. Manche sind, wenn der Geräuschpegel eine Schwelle überschreitet, sogleich in Furcht und Verwirrung. Manche halten sich die Ohren zu. Vor allem können sie aber auch nicht wissen, daß die Angst und Panik nur sie persönlich betrifft, die Welt der anderen aber in Ordnung ist. Im Gegensatz zu den bekannten und vertrauten Lauten, z. B. der Stimme der Mutter, kommt es zu emotionalen Abwehrreaktionen, wenn die Identifizierung der Stimme fortlaufend mißlingt.

Wir verstehen auch gut, warum diese Kinder nicht gefahrengerecht reagieren, warum sie gestörte Selbstschutzreaktionen haben.

2.3. Auditive Figur- und Hintergrundunterscheidung

Sie beruht auf der Unterscheidung bedeutungsvoller, relevanter Geräusche gegenüber Nebengeräuschen. Kinder mit einer zentralen auditiven Funktionsschwäche können hier nicht nach Ebenen verschiedener Bedeutung und Wichtigkeit differenzieren.

Im Vergleich zu früheren Zeiten hat die Zahl der Geräusche in der Umwelt zugenommen. Sie sind aber auch vielfältiger geworden, liegen in verschiedenen Schichten. Zum auditiven Hintergrund rechnen wir den Straßenlärm, den Lärm, der entsteht, wenn eine Anzahl von Kindern beisammen ist, den Lärm des Spielplatzes, der Beatmusik eines ständig in Aktion stehenden Recorders. Oberhalb dieser Schicht haben Geräusch- und Lautsignale schon mehr Aktualität für uns, eine Türklingel, das Telefon, der eingeschaltete Staubsauger, aber auch die Autohupe. Und dann soll das Kind noch das Kunststück vollführen, der Ansprache eine gezielte Aufmerksamkeit zu schenken.

Die genannten Geräusche sind ja nicht hintereinander geordnet, sie überlappen sich, liegen schichtenweise übereinander. Das Kind muß sie trennen lernen, den Anfang und das Ende eines Geräusches wahrnehmen, es herausgliedern lernen, je nach seiner Bedeutung für die gegebene Situation. Und das bei zunehmender Lärmverschmutzung.

Die Kinder von heute brauchen somit einen leistungsfähigen akustischen Analysator. Überbelastung macht gesunde Kinder durch die Lärmüberflutung wohl unruhig und suberethisch, Kinder mit schwacher zentraler Funktion aber werden verwirrt und schalten schließlich ab. Ähnliches erleben wir ja bei schwerhörigen Kindern, die ein unpassendes Hörgerät tragen.

Vester hat auf den Vorgang der Vernetzung im frühen Säuglingsalter aufmerksam gemacht und die Theorie aufgestellt, daß übermäßige und unzulängliche Reizproduktion die Grundmuster der Wahrnehmung verän-

dern. Wir dürfen somit nicht nur an organische Schädigungen im Bereich der zentralen Leitungsbahnen und des akustischen Analysators in der *Heschlschen* Windung denken, sondern auch an Reifungs- und Differenzierungsstörungen zur Zeit der Vernetzung.

Ein Figur-Hintergrund-gestörtes Kind kann nicht gewisse auditive Reize in den Hintergrund verdrängen, kann sich nicht zwecks ökonomischer Verarbeitung auf spezifische Reize konzentrieren. Schon gar nicht kann es ein unruhiges, mit vielfältigen akustischen Reizen gefülltes Milieu gliedern und einzelne Reize heraussondern. Man muß solchen Kindern erst mühsam beibringen, wie man Hintergrundgeräusche blockiert und von sich abschirmt. Man muß sie lehren, sich längere Zeit auf spezifische Reize einzustellen.

2.4. Auditive Diskrimination

Die Kinder müssen lernen, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Lauten und Geräuschen zu erkennen und auseinanderzuhalten. Am schwierigsten ist das bei Sprachlauten — da wirkt bereits das sensorische Sprachzentrum nach *Wernicke* mit. Klangunterscheidung mit Klanghölzern oder Raselbüchsen wurde bereits von *Montessori* geübt. Über die Laut- und Geräuschbedeutung gelangt das Kind schließlich zur Analyse sprachlicher Phoneme, die um so mehr Schwierigkeiten bereitet, je ähnlicher die Laute sind. Dialektspezifische Varianten der Aussprache bereiten auch Mühe. Schließlich müssen sich Kinder mit einer auditiven Wahrnehmungsschwäche in neue Personen ihrer Umgebung erst richtig »hineinhören«.

Personen mit schlampiger, undeutlicher Aussprache beanspruchen ihre Aufmerksamkeit derart, daß die Kinder meist schon nach kurzer Zeit abschalten.

Wir erkennen in diesem Bereich auch die »Verdünnungsreihe« zu Abortivformen: auditive Dyslexie, Legasthenie.

2.5. Erkennen auditiver Sequenzen

Nach *Piaget* werden Handlungsabläufe von Kindern erst ab dem sechsten Lebensmonat beobachtet. Nach der modalitätsspezifischen und der intermodalen Entwicklungs-

phase (*Affolter*) werden nun Handlungssequenzen »serial« zusammengeslossen, integriert. Das Kind merkt sich jetzt Handlungen, die aufeinander folgen. Das Kind ist jetzt auch fähig, sie zu planen. Gegen Ende des ersten Lebensjahres nimmt auch das Broca-Zentrum im linken Vorderlappen seine Tätigkeit auf und übermittelt Bewegungsentwürfe für Wörter der vorderen Zentralwindung zur Ausführung.

Das Kauen dient der Vorbereitung der artikulatorischen Koordination. Im Lallen vollzieht sich eine sensu-motorische Lernphase. Sekundäres Lallen tritt ab dem sechsten Lebensmonat auf. Die Auslese der Sprachlaute erfolgt über kinästhetische und sensorische Kontrollen: ein Servo-System nach *Van Riiper*.

Sequenzgestörte Kinder können nur die einzelnen Laute richtig hören, sie erfassen und behalten aber nicht die richtige Reihenfolge. Es bleibt ihnen auch die Bedeutung der Wörter unklar. Dadurch entstehen Mißverständnisse durch Sequenzverwechslungen und Irrtümer im Bedeutungsverständnis.

2.6. Auditives Gedächtnis

Manche Kinder entwickeln nur hauchdünne Gedächtnisspuren (Engramme) des Gehörten. Es liegt hier eine Störung der Speicherefähigkeit vor. Der Erfolg der auditiven Verarbeitung hängt letztlich ab von der Menge der gespeicherten und abrufbaren Informationen. Entgeht dem Kind nur ein kleiner Teil einer wichtigen Information, so wird schließlich das Ganze nicht verstanden und damit auch nichts behalten.

Manche Kinder können phonetische Details schwer behalten, andere scheitern am fehlenden Begreifen gewisser Wortkategorien. Wieder ergibt sich das Bild vom »konzentrationsgestörten« Kind. Es entstehen dadurch verschiedene Lernstörungen, die nur durch spezielle Tests erfaßbar sind. Verstärkt werden solche Störungen noch durch Lehrerwechsel und durch mangelnde Motivation zur Mitarbeit. Es sollen eben sympathische Personen sein, die das phonetische, das artikulatorische, das semantische Feedback geben.

3. Schweregrad, Varianten

Ich habe bisher nach Ausfallskategorien getrennt Kinder mit verschiedenen Schweregraden und mit verschiedenen Kombinationen auditiver Wahrnehmungsausfälle vorgestellt. Gemeinsam ist ihnen die Lernstörung und ein unterschiedliches Maß von Verhaltensstörungen.

Für alle gilt, daß sie nicht oder nur wenig sprechen. Wir tun daher gut, in jedem Fall einer verzögerten Sprachentwicklung an die auditive Wahrnehmungsschwäche zu denken.

Die meisten Kinder wenden sich vom Gesprochenen ab, bemühen sich also nicht, zu horchen. Sie sind meist launisch unaufmerksam, widersätzlich und aggressiv. Kompensatorisch orientieren sie sich stärker an visuellen Eindrücken, andere wieder, meist solche auf niedriger Integrationsstufe, geben sich lustvoll kinästhetischen Wahrnehmungen hin. Dazu gehören z. B. rhythmisches Wackeln, manchmal auch nur stereotype Fingerbewegungen. Auditiven Eindrücken gegenüber scheinen sie desinteressiert zu sein, doch durchaus nicht beständig. Manchmal wecken ganz leise Geräusche ihr Interesse, das Knistern von Seidenpapier, ein leises Reiben an der eigenen Ohrmuschel. Es überrascht uns natürlich, wenn sie harmonischen Klängen gegenüber Unlustäußerungen von sich geben und sich für kakophone Dissonanzen begeistern, z. B. wenn man mit einem Messer an Blechgefäßen kratzt.

Verstärkt man die Stimme — die Kinder gelten ja oft als schwerhörig — dann protestieren schwerer Betroffene mit Jammer- und Klagetönen und halten sich die Ohren zu. Sie vokalisieren aber melodischer als Gehörlose in Tonhöhe und Modulation. Sie gebrauchen Gebärden und führen ähnlich wie Gehörlose die Mutter an der Hand zum Objekt ihrer Wünsche und zeigen, was sie gerne möchten.

Nichtverbalen Aufträgen gegenüber sind sie hingegen bereitwillig und prompt. Verbale ignorieren sie oder lehnen sie affektiv ab. Das gilt besonders dann, wenn man die anscheinend Schwerhörigen oder Unwilligen

vorher unmutig oder ungeduldig mit lauter Sprache traktiert hat.

Unterrichtet man solche Kinder in Internaten für Gehörlose, dann hält man sie dort meist für bildungsunfähig. In Heimen für Geistigbehinderte fallen sie durch ihre praktische Intelligenz auf, beklagt aber ihren Mangel an Mitarbeit und ihre Aggressivität. Dieses Dilemma bleibt bestehen, wenn man sich nicht dazu entschließt, sie gesondert zu unterrichten. Dabei fällt uns die Aufgabe zu, ihre akustische Umwelt zu strukturieren.

4. Unterricht

4.1. Allgemeine Grundsätze

Bei schweren Fällen oder bei Verdachtsfällen im frühen Kindesalter wird man ganz an der Basis beginnen müssen. Meist wird im Unterricht Sorge getragen, daß die Kinder nicht auf digitale Verständigungsformen ausweichen. Damit nämlich schalten sie alle akustischen Eindrücke aus, die ihnen ja doch nur unverständlich und hinderlich sind. Sie kommen dann mit der Gestensprache und mit Handsymbolen ganz gut zurecht.

Diesem Grundsatz gegenüber gibt es Bedenken. Wenn wir die digitale Kommunikation stark unterbinden, vereiteln wir da nicht das natürliche Kommunikationsbedürfnis eines Kindes? Schränken wir damit nicht seine geistige Entwicklung ein, und schaffen wir nicht seelische Schäden, weil wir seiner Emotionalität Fesseln anlegen? Sicher müssen wir schwerere Aktionen befürchten, wenn wir das Kind in dieser Weise mit Konsequenz einengen. Richtiger wäre es ja, die ungeliebte und daher unbeachtete, vom Kind schließlich ausgeschaltete auditive Welt verständlicher und interessanter zu machen.

Ein Ausweg ist der, daß wir uns neben der Lärmabschirmung unseres eigenen mimischen Ausdrucks bedienen, den alle und besonders die hier beschriebenen Kinder sehr lieben, besonders wenn wir ihn steigern und humorvoll gestalten. Es gilt, das Kind auf gleichzeitig mit unserem Mienenspiel einsetzende oder abklingende Geräusche aufmerksam zu machen, und zwar dadurch, daß unsere Miene andeutet: »Da ist etwas, gib

acht!« Die Pädagogin kann z.B. mit ihrer Handfläche ihre Ohrmuschel »vergrößern«, sie kann die Brauen hochziehen und gleichzeitig mit überraschtem Blick den Zeigefinger heben. Dies alles mit erfreuter, überlebhafter Miene, die das Kind neugierig machen soll. Hat das Kind begriffen, dann genügt es, jeweils nur fragend dreinzublicken. Hat das Kind nun den Ton augenscheinlich bemerkt, dann drückt die Miene der Kindergärtnerin Zufriedenheit und Freude aus. Begreift das Kind nicht, dann ist die Miene der Betreuerin ratlos, suchend.

Wie schon erwähnt, soll das Übungszimmer möglichst weit entfernt liegen von jedem Straßenlärm, Spielplatz und Kindergeplauder.

4.2. Übungen zum Bewußtmachen von Lauten

Es hat sich hier eine Reihe von Übungen bewährt, mit deren Hilfe man den Kindern aufbauend den Unterschied zwischen Lautpräsenz und Lautlosigkeit bewußtmachen kann.

Das Kind hält die Augen geschlossen, und die Kindergärtnerin erzeugt in dem von Geräuschen abgeschirmten Raum mit einer Flöte Töne. Unmittelbar nach dem Erklingen des Lautes drückt man dem Kind leicht und dann immer kräftiger die Hand, in gleicher Weise wird das Ausklingen durch schwächer werdenden Händedruck signalisiert, das Ende des Lautes durch Loslassen.

Die Kindergärtnerin nimmt mit einer Glocke hinter dem Kind Aufstellung. Das Kind hat ebenfalls eine Glocke in seiner Hand. Es soll diese Glocke betätigen, sobald es den Glockenton von außen wahrnimmt.

Das Kind wird animiert, selbst Laute zu erzeugen. Es schlägt auf eine Triangel, es läutet mit einer Glocke, es schaltet ein Radio ein, es betätigt den Knopf eines Staubsaugers, eines Mixgerätes.

Das Kind soll lernen, im Tagesablauf auf bestimmte Lautsignale zu achten, z.B. Glockenzeichen bei Mahlzeiten. Man kann die Bereitschaft des Kindes durch kleinere Belohnungen konditionierend verstärken.

Das Kind probiert aus, welche Geräusche es

mit seinen Füßen selbst erzeugen kann. Es stampft mit den Füßen auf, klopft mit Bauklötzen auf den Tisch, knallt seine Absätze zusammen. Man macht es auf leise Geräusche aufmerksam, wenn es z. B. sachte auf das Pult klopft, wenn es ein Heft hin und her schiebt.

Das Kind legt den Kopf auf das Pult. Ein anderes Kind macht ein Geräusch vor. Die Kinder sollen nun selbst versuchen, das gleiche Geräusch zu erzeugen.

Mit beginnendem Interesse für die neue Sinneswelt und für deren Kenntnisnahme baut sich auch verspätet und zunächst noch unzulänglich die Funktion des auditiven Analysators in der *Heschl'schen* Region der oberen Schläfenwindungen auf. Das Kind hört nicht mehr resignierend weg, es beginnt zu horchen und zu verstehen. Wir sprechen von Lautsensibilisierung und Hörerziehung.

Jedes neue Geräusch soll isoliert und abgehoben dargeboten werden. Auch Bilder werden nun eingesetzt, auf die das Kind zeigt, wenn die Glocke läutet, wenn von einem Tonband ein Hund bellt. Wenn neue Geräusche anfangs nicht wahrgenommen werden, wird man mehrmals wiederholen.

Zu Beginn des Übens soll darauf Bedacht genommen werden, daß wahrnehmungsgestörte Kinder mit ihrer habituellen Ablehnung der auditiven Welt beim aktiven Horchen rasch ermüden. Die Betreuerin wird zwischen durch das Kind mit Bewegungs-, mit Fingerspielen, mit Bilderbüchern ablenken und unterhalten.

4.3. Lautunterscheidung nach ihrem Bedeutungsrang

Das Kind soll nicht nur lernen, die Laute wahrzunehmen, es soll sie auch verstehen, ihre Herkunft und ihre Bedeutung. Es soll schließlich lernen, richtig auf sie zu reagieren. Geräusche, die dem Selbstschutz dienen, werden von Anfang an intensiv geübt und wiederholt. Das Kind soll aus dem unverständlichen Gemenge der Laute seiner auditiven Umgebung bestimmte lebensbedrohende Geräusche heraushören. Es muß schon früh wissen, was man ignorieren kann, was man zur Kenntnis nehmen soll, bzw.

worauf man prompt reagieren muß. Ich nenne hier z. B. die Hupe eines Autos, die Alarmsirene eines Rettungswagens, einen Warnungsschrei. Die Kinder werden auf der Straße oder vor Bahnschranken auf das Geräusch »in natura« durch hinweisende Gesten und lebhaftige Angstgebärden aufmerksam gemacht. Daheim wird unmittelbar danach die Übung mit dem Gefahrengeräusch fortgesetzt. Man arbeitet dabei hauptsächlich mit Tonbandgeräten bzw. man behilft sich mit Bildern und Puppen, um dem Kind die Folgen von Versäumnissen klarzumachen.

4.4. Übungen zur Lokalisierung von Lauten

Das Kind kann nur dann auf einen Laut richtig reagieren, wenn es weiß, aus welcher Richtung er kommt. Für Übungen führe ich einige Beispiele an:

Die Helferin hat einen lauterzeugenden Gegenstand — Spieluhr, Wecker, Transistorgerät — versteckt, das Kind sucht ihn mit ihr gemeinsam mit offenen und mit geschlossenen Augen.

Die Kindergärtnerin geht mit einer Flöte durch den Raum, das Kind folgt ihr. Das Kind hat dabei die Augen geschlossen und folgt dem Ton ohne visuelle Unterstützung.

4.5. Übungen zur Lautunterscheidung

Wahrnehmungsgestörte Kinder sind anfangs nur imstande, größere Unterschiede zwischen zwei Lauten zu erkennen, z. B. dem Klingeln des Telefons und dem Bellen des Hundes. Zwischen Telefon und Haustürglocke gelingt die Unterscheidung noch nicht, und die Kinder reagieren falsch.

Zur besseren Lautdiskriminierung kann man z. B. vor das Kind eine Glocke und eine Trommel stellen, und man erzeugt dann hinter dem Kind Töne. Das Kind soll nun die Töne auf den eigenen Geräten der Aufeinanderfolge nach wiederholen.

Weitere Übungen nimmt man mit dem Tondiskriminator oder mit dem Audiometer vor, indem man die Tonunterschiede mehr und mehr annähert. Bei Tonskalen wählt man Reihen von Bauklötzen in verschiedenen

Höhen oder Farbskalen, auf die das Kind hinweist. Hohe Säulen oder Bausteine und die Farbe Rot entsprechen z. B. den hohen Tönen, niedrige und die Farbe Blau den tiefen Tönen.

Man nimmt eine Serie alltäglicher Geräusche auf Tonband auf, z. B. von Zügen, Flugzeugen, Tieren und Haushaltsgeräten. Das Kind zeigt auf Bildern, von welchen Dingen die jeweiligen Geräusche erzeugt werden.

4.6. Lautgedächtnisübungen

Die meisten Kinder mit auditiv-rezeptiven zentralen Störungen haben auch ein schlechtes Lautgedächtnis.

Man klatscht einmal, dann zweimal, schließlich dreimal in die Hände, und das Kind wiederholt die Handlung in der gleichen Weise. Anfangs sieht das Kind beim Klatschen zu, später gibt es die Folge wieder, während es in eine andere Richtung blickt. Man variiert schließlich mit unregelmäßigen Folgen, leisem und lautem Klatschen.

Man führt dann ein zweites Geräusch ein, z. B. Blasen, und wechselt mit Serien der verschiedenen Geräusche und kombinierten Serien ab, z. B. Blasen — Klatschen — Blasen. Das Kind versucht, die Sequenzen wiederzugeben. Wenn ein Kind auf gewisse neue Übungen nicht anspricht, ist eine Verstärkung des Tones in der Regel nicht angebracht. Eine Steigerung der Lautstärke kann Kinder eher verwirren. Günstiger wirkt oft, wenn man die Lautstärke abschwächt, das erhöht die aktive Aufmerksamkeit. Binaurale Verstärker sind nur dann angebracht, wenn neue Laute eingeführt werden sollen oder wenn gleichzeitig die Hörschärfe herabgesetzt ist. Kinder mit auditiver Wahrnehmungsstörung erfassen oft den Tonfall und Sprachrhythmus eines Satzes früher als die Bedeutung der einzelnen Wörter. Auf diese Fähigkeit greifen wir zurück, um sie Wortbedeutungen zu lehren. So bedienen wir uns z. B. bei den Sätzen »Zeit zu gehen«, »Zeit zu essen« oder »Zeit zu schlafen« einer unterschiedlichen Modulation. Später ändert die Kindergärtnerin den Tonfall des Satzes, um zu erkennen, ob das Kind mittlerweile den

Sinn des unterschiedlichen Wortes erfaßt hat.

Mit dem Nachahmen der Sprachmelodie gehen wir schließlich zum Sprachaufbau über.

4.7. Übungen zur Besserung des Sprachverständnisses

Anders als bei schwerhörigen Kindern ist das Sprachverständnis weniger in Mitleidschaft gezogen, weil das Kind der Sprachmelodie und der Betonung viel zu entnehmen vermag. Anfangs sucht das auditiv-dysphasische Kind immer wieder, auf Informationen auszuweichen, die ihm visuell zugehen, oder die Sprachmelodie zu verfolgen. Mit verdeckten Augen wird sich das Kind stärker auf das Gehörte konzentrieren können.

Unsere Erfahrung lehrt, daß die Prognose für die Sprachentwicklung um so günstiger ist, je früher mit dem Sprachtraining eingesetzt wird. Man soll das Alter zwischen drei und vier Jahren möglichst nicht versäumen. Dem Kind Wörter beizubringen, die es nicht versteht, hat keinen Sinn. Es erwirbt damit nur leere auditiv-motorische Nachahmungen, die es wegen der meist auch bestehenden mnestischen Schwäche rasch wieder vergißt.

Man beginnt mit dem wiederholten Anbieten einzelner, dem Kind bekannter Dinge: Ball, Puppe. Man zeigt auf den Gegenstand und fragt nach dem Wort. Man darf nicht drängen und soll abbrechen, wenn das Kind zum Üben nicht gerade gelaunt ist.

Man soll trachten, die Zahl der vom Kind benutzten Wörter zu stabilisieren, sie nicht fortlaufend zu vermehren. Begriffsinhalte haben jeweils den Vorrang.

Einfache Sätze werden dem Kind in übersichtlicher Gliederung vermittelt. Es empfiehlt sich auch der Gebrauch des Language Masters. Wir nehmen einzelne Wörter aus dem Satz heraus, bringen sie dem Kind möglichst anschaulich nahe und fügen sie dann wieder in den Satz ein. Damit das Kind Bedeutungseinheiten zu erkennen und sie mit den entsprechenden verbalen Symbolen zu verknüpfen vermag, muß man durch gleichzeitige Darbietung von Wort und Sinneseindruck bzw. Erlebnis die Assoziation herstel-

len. Auf diesen Grundsatz der Gleichzeitigkeit ist besonders zu achten.

5. Störungen der auditiven Wahrnehmung in der Schule

In der Regelschule werden leichtere Störungen der Lautperzeption oft nicht erkannt. Bei allen kortikalen Störungen sind die Funktionen des Unterscheidens, des Erkennens und des Behaltens gestört, doch meist in unterschiedlicher Ausprägung. Dementsprechend sind Sprachverständnis und Sprachgedächtnis meist in verschiedenem Grad ausgeprägt. Man könnte sagen, es gibt eine Verdünnungsreihe, angefangen von schweren Dysgnosen, die einer geistigen Behinderung gleichkommen, über rezeptive Dysphasien mit Symptomen aus dem Bereich eines *Wernicke*-Syndroms zu einer amnestischen Dysphasie. In leichteren Fällen spielt der Dysgrammatismus eine Rolle, die sensorische Dyslalie, die Dyslexie und die Lese-Rechtschreib-Schwäche. Wir finden dabei weitgehend unscharfe Grenzen.

Der Lehrer erkennt wohl, daß das Kind offenbar sprachlich unbegabt ist, daß es Lernschwächen hat und wenig aufmerkt. Hinzu kommen diverse Auffälligkeiten des Verhaltens. Das Zuhören in der Schule strengt die Kinder an. Sie schalten bald ab, beschäftigen sich mit anderen Dingen, stören ihre Nachbarn. Sie gelten als ablenkbar, unkonzentriert, undiszipliniert, ohne daß die eigentliche Ursache des Zustandes — die Perzeptionsstörung — erkannt wird.

Die Kinder erfassen Anweisungen nur dann und bringen nur dann genügende Aufmerksamkeit und Geduld auf, wenn man ihnen die Aufforderungen veranschaulicht. Sie sind »visuelle Typen«.

Sie wissen nichts von Hausaufgaben, weil sie bei Stundenschluß schon längst abgeschaltet haben und weil ihnen das Lernen auch verleidet ist.

Visuelle, motorische Fähigkeiten aller Art, taktil-kinästhetische, auch kreative sind demgegenüber oft — kompensatorisch — sehr gut entwickelt. Wieviel Dynamik bringen sie z. B. oft zum Ausdruck, wenn sie aufgrund

ihrer ärmlichen Sprache einen Vogel zeichnen, seinen Leib und die Flügel ausschneiden, diese senkrecht auf den Vogelleib kleben und mit diesem plastischen Objekt begeistert durch das Zimmer sausen.

Mit Wörtern als Kommunikationsmittel wissen sie viel weniger umzugehen. In leichteren Fällen werden gebräuchliche Wörter verstanden, seltenere schwer, abstrakte überhaupt nicht. Dadurch leidet das gesamte Sinnverständnis. Manchmal ist der Sprachschatz hauptsächlich auf Substantiva reduziert, sie werden meist an die Spitze des Satzes gesetzt.

In schweren Fällen können Wörter von Geräuschen zunächst nicht unterschieden werden. So bleiben die Kinder manchen Sätzen gegenüber völlig ratlos.

Recht häufig ist demgegenüber die Lautdifferenzierungsschwäche mit ihren Folgen. Die Kinder unterscheiden ähnliche Vokale und Konsonanten nur schwer. Sie hören nicht die Schärfungen heraus, nicht die Dehnungen — wie schwer erlernt man da bei der auditiven Form der Dyslexie die Orthographie.

Äußerlich erscheinen die Kinder häufig nur »unkonzentriert«. Wenden sie sich ihrer Umwelt hauptsächlich visuell zu, dann werden sie schwerhörigen Kindern immer ähnlicher. Gerade deshalb dürfen wir auditiv wahrnehmungsgestörte Kinder nicht mit Wörtern überschütten. Wir müssen einfache Sätze bilden in richtiger sprachlicher Struktur. Die Sätze sollen kurz sein, visuelle Erfahrungen werden das Sprachverständnis unterstützen.

Wörter sollen mit Erfahrungen gekoppelt sein, dann bedienen wir uns des Gesetzes der Simultanität. Durch ähnlich klingende Wörter (spritzen, spitzen, sitzen, schwitzen) kommen reichlich Mißverständnisse zustande.

Eine weitere Schwierigkeit liegt im Nichterfassen der Wortkategorien. Wir sollen uns dabei fragen, welches verbale Symbol welche Erfahrung repräsentiert.

Es gibt gleiche Wörter für verschiedene Objekte. Es gibt gleiche Objekte, die mit verschiedenen Wörtern bezeichnet werden. Adjektiva werden z. B. als Substantiva verkannt,

ein Messer, das groß, klein, spitz oder stumpf ist — ist es dann immer noch ein Messer, das gleiche Objekt? Die Kinder können diese Eigenschaft nicht vom Objekt abstrahieren, »abziehen«, so daß der Begriff Messer allumfassend zurückbliebe.

Bei den Verben ist es ähnlich. Was ist »gehen«, was »laufen«. Das Kind läuft — man zeigt dabei dem Schüler, wie es das tut. Auf der Straße läuft ein Hund. Das Kind sagt »Hund«, wir aber behaupten »er läuft«. Das verwirrt das Kind ebenso wie unsere verwendete Fingerbewegung. Jetzt besteht Gefahr, daß das Kind nun anstelle des Wortes »Finger« das Wort »läuft« verwendet.

Wir dürfen nun nicht meinen, die Kinder seien für Abstraktionen zu unintelligent. Wenn wir bedenken, wie schwer das Kind jedes einzelne Wort, jeden Begriff erwirbt und wie schwer dem Kind ein sprachliches Strukturverständnis aufzubauen ist, dann verstehen wir auch, wieviel Mühe ihm das Sprechen macht. Wir trachten, dem Kind den richtigen Bedeutungsumfang für die von ihm verwendeten Wörter zu geben. Angesichts seiner sprachlichen Enge und Starre ist das oft ein sehr mühsames Unterfangen, bei dem schließlich oft beide resignieren, das Kind und der Lehrer. Dann zieht sich das Kind in sein kleines, starres sprachliches Gehäuse zurück, in dem Phrasen und Slogans die einzigen festen Bezugspunkte bilden. Daran erkennt man auch im Alltag den Menschen mit schwachen sprachlichen Anlagen.

Literatur

- Affolter, Felicie: Die Fehlentwicklung von Wahrnehmungsprozessen insbesondere im auditiven Bereich. In: Berger, E. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Bern 1977.
- Montessori, Maria: Manuale di pedagogia scientifica. Neapel 1909. Deutsch: Mein Handbuch. Stuttgart 1922.
- Semel, Eleanor M.: Diagnose und Behandlung des gestörten Sprachverständnisses und der Sprechfähigkeit. In: Frostig, Marianne, und Müller, H. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen. Ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern. München 1981.
- Vester, F.: Denken, Lernen, Vergessen. Stuttgart 1978.

6. Ätiologie

Es müssen natürlich nicht immer Anlagen sein im Sinne der Genetik. Wir wissen heute viel von auditiven Vorprägungen, die bis in die Fötalzeit zurückreichen. Die postnatale Entwicklung des Kindes ist besonders in den ersten Monaten von auditiven Anregungen abhängig, die mit Freundlichkeit und Zuwendung gegeben werden sollen. Das dadurch motivierte Kind ist imstande, die Vernetzungen zu bilden, die es in den zuständigen Hirnregionen braucht, überwiegend im Cortex. Hierbei spielen Quantität und Qualität der Sinneseindrücke eine Rolle, ebenso wie die Weckung der Emotionalität durch Zuwendung, taktile und kinästhetische Eindrücke. Betrachten wir die Hörbahnen, dann ist uns auch klar, daß bei Schädigungen des Cortischen Organs oder bei chronischen Erkrankungen im Mittelohr die frühe Anregung der Hörinde unzulänglich ist oder unterbleibt. Genetisch bedingte Primärstrukturen erfahren keinen Ausbau durch die so wichtige Vernetzung. Hörgeschädigte Kinder haben daher auch immer ihre Schwierigkeiten im Aufbau der Sprache, vor allem auch was Satzbildung, Grammatik, Syntax, Semantik und Mnestik betrifft. Eine periphere Hörstörung ist somit auch immer eine zentrale Störung des Hörens, des Sprachverständnisses und des Sprachaufbaus. Kinder, die erst später ertaubt sind, sind aus diesem Grund in den genannten sprachlichen Funktionen besser dran als die auditiv Frühgeschädigten.

Anschrift des Verfassers:
Univ.-Prof. Hofrat Dr. Franz Wurst
Allgem. öffentl. Krankenhaus
des Landes Kärnten
Heilpädagogische Abteilung
A-9010 Klagenfurt

Dr. med. Franz Wurst ist a. o. Univ.-Professor in Wien sowie Primararzt am Landeskrankenhaus Klagenfurt (Heilpädagogische Abteilung), Facharzt für Kinderheilkunde. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Wachstums- und Entwicklungsforschung, Kinderneuropädiatrie, Wahrnehmungsstörungen im Kleinkind- und Schulalter. Prof. Wurst ist Verfasser mehrerer Bücher und zahlreicher wissenschaftlicher Abhandlungen.



Erwin Richter, Lübbenau (DDR)

Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß

Zusammenfassung

Eingangs schildert der Verfasser, wie er aus seinem eigenen schweren Stottern herausgefunden hat. Nach seiner Heilung erhielt er die Ausbildung zum Sprachtherapeuten. Es folgen einige Hinweise zum subjektiven Erleben seines Sprechverhaltens. Der Hauptteil des Beitrags beschäftigt sich mit Sprechtechnik einer Sprachübungsbehandlung. Hier wird unterschieden zwischen der Basistherapie und den weiterführenden Übungen. In der Basistherapie ist die Sicherung der klavollen Stimme als Hauptfaktor anzusehen. Mit der neuen Sprechtechnik kommt der Stotterer innerhalb des Behandlungsraumes recht schnell zum störungsfreien Sprechen. Jetzt braucht er einen Transfer, dieses symptomfreie Sprechen in den Alltag übernehmen zu können. Ein Weg dazu ist der Umschaltprozeß zur Selbststeuerung. Abschließend wird darauf verwiesen, daß die Übungsbehandlung immer mit einer psychotherapeutischen Betreuung zu integrieren ist.

Teil I

Zu meiner Person

Die Sprachstörung Stottern wird in ihrer Gesamtheit immer noch als ein Rätselkomplex angesehen. Trotz intensiver Forschungen aus verschiedenen Disziplinen birgt es noch viele Unklarheiten in sich.

Für den Sprachheillehrer, den Logopäden oder Sprachtherapeuten ist es schwierig, sich in das Wesen des Stotterns hineinzuarbeiten. Auch der in der Praxis stehende Therapeut braucht Jahre, um die nötigen Erfahrungen im Umgang mit Stotterern zu sammeln.

Man muß wohl selbst Stotterer gewesen sein, um leichter in die Rätselwelt der Sprachstörung hineinzufinden und sich mit den Problemen des Stotterns auseinanderzusetzen.

Dazu kommt, daß man als früher selbst Stotternder und jetziger Therapeut das Fehlverhalten seiner Klienten viel besser verstehen kann.

Heute weiß ich, daß mein überaus starker Leidensdruck und mein Heilwillen der Antrieb dafür waren, meine Selbsttherapie bis zum Enderfolg betrieben zu haben. Ich fühle mich und schätze mich als völlig geheilter Stotterer ein. Im üblichen Gebrauchssprechen ist die frühere Sprachstörung aus meinem Bewußtsein verschwunden. Zu Hause und im Bekanntenkreis spreche ich frei aus dem Sinn heraus, ohne jede Aufmerksamkeitskontrolle, völlig unbefangen.

Einige Themen zu meiner Selbstheilung

Es wird interessieren, was alles zu meiner Selbstheilung beigetragen haben mag. Schon hieraus könnten gültige Aussagen für eine Stottererbehandlung abgeleitet werden.

Schon als Schulkind und noch einmal als Lehrling wurde ich vier verschiedenen Behandlungen zugeführt, die keinen oder keinen bleibenden Erfolg hatten. Als Jugendlicher unternahm ich unter sehr großen persönlichen Opfern weitere Heilversuche, denn jede Behandlung mußte zu damaliger Zeit aus eigener Tasche bezahlt werden. Sie waren nicht nur zwecklos, sondern haben mich zusätzlich demoralisiert. Mein letzter Anstaltsbesuch von zwölf Wochen Dauer im Frühjahr 1938, ich war damals 27 Jahre alt, brachte auch keinen Erfolg. Mein Leidensdruck war weiterhin stark, und ich wollte unbedingt aus der Sprachstörung und damit aus meiner Minderwertigkeit heraus. So nahm ich mein Geschick in meine Hände. Ich besorgte mir Literatur und fing an, ein inten-

sives Studium des Stotterns, also meiner eigenen Krankheit, zu betreiben. Diese Bücher gaben mir zunächst ein theoretisches Grundwissen.

Die Hauptursache für mein Stottern suchte ich auf psychologischer Ebene. Es galt vor allen Dingen, die nervöse Erregung vor dem Sprechbeginn, die Sprechunsicherheit und die Sprechangst abzubauen.

Mir halfen hier zunächst die Schriften von Alfred *Appelt* aus München, der selbst ein Stotterer war und sich aus eigenen Erkenntnissen geheilt haben will. Ich kam mit *Appelt* in einen Briefwechsel mit schriftlichen Beratungen. Er war Anhänger der *Adlerschen* Individualpsychologie. Diese Schule gab mir sehr wertvolle Erkenntnisse. Die Anregung aus einem Buch, recht phlegmatisch zu werden, nahm ich sehr wörtlich. Ich bemühte mich, in allen Lebenslagen eine unbedingte Ruhe zu behalten und mich nicht so leicht über etwas aufzuregen. Dabei wollte ich zur Sprechruhe kommen, denn wir wissen, daß die Ruhe zum Sprechen ein sehr wichtiges Heilelement ist.

Meine Sprechangst griff ich direkt mit der Autosuggestion an. Nach zunächst angeeignetem Wissen über die Suggestion und ihrer Wirkweise betrieb ich über die Dauer von etwa zwei Jahren morgens und abends die vulgäre Suggestionstherapie. Diese — so glaube ich — hat einen wesentlichen Anteil an der Beseitigung meiner Sprachstörung gehabt.

Wie bereits erwähnt, suchte ich die Hauptursache meines Stotterns im psychischen Bereich. Darüber hinaus suchte ich aber auch nach Mitteln, um die Symptome umgehen zu können bzw. auszuschalten; ich suchte nach einer erleichternden Sprechtechnik mit flüssiger Sprechweise. Dazu erhielt ich sehr wertvolle Anregungen aus den Schriften von Paul *Pascher* in Hannover. Er war Praktiker und schrieb überzeugend aus der Praxis. Auf seine Beschwörungen hin horchte ich in mich hinein, ob wirklich die gestörte Atmung und die dadurch gedrosselte Stimmgebung am äußeren Stotterakt schuldig sind. Schließlich kam mir die Erkenntnis, daß immer die gehemmte, abgebremsste oder gar

abgeschnürte Stimmgebung, insbesondere am Satzbeginn, der Auftakt zum gestotterten Sprechen wurde. Inzwischen war ich in meinem Selbststudium auch bei *Elders* angelangt. Ich bemühte mich, seiner Empfehlung nachzugehen, die Konsonanten völlig außer acht zu lassen und nur »auf die Vokale sprechen zu wollen«. Das heißt mit anderen Worten, »mit Stimme sprechen zu wollen«.

In der Suche nach der günstigsten Sprechweise fand ich heraus, daß ich mich beim Sprechen nicht anstrengen darf. Daher versuchte ich, ohne Muskelkraft, also ganz entspannt zu sprechen.

Um es zusammenzufassen: Ich bemühte mich einerseits, in den Sprechprozeß viel Stimme zu geben, und andererseits, mich im Sprechvorgang nicht anzustrengen. Dies ist die unbedingt erforderliche neue Sprechtechnik, die in der Therapie zu üben und zu automatisieren ist.

Trotz Bemühens um Weichheit des Sprechens und Einbringen der Stimme in den Sprechprozeß traten doch immer wieder bei bestimmten Lauten Störungen tonischer Art ein, also Blockbildungen in der Artikulation. Es fehlte noch ein Glied in meiner Erkenntnis. Diese kam mir nach der Lektüre einer Schrift über die »negative kritische Selbstkontrolle« bei ansonst automatisch ablaufenden Handlungen.

Zur »kritischen Selbstkontrolle« sei eine kurze theoretische Abschweifung gestattet. An der ängstlichen Selbstbeobachtung ihres Sprechablaufs, mit Vorausschau von schweren Lauten, werden gewiß viele jugendliche und erwachsene Stotterer leiden. Es sind dies die Stotterer, die mit einer Aufmerksamkeitsspannung ihren Sprechgang daraufhin verfolgen, ob sie alles glatt herausbekommen, denen sich plötzlich ein angeblich »schweres Wort« entgegenstellt und den Redefluß abblockt. Oder es sind die Stotterer, die mehr »innerlich stottern«, die ihre Störung geschickt verbergen können und schnell ein schweres Wort gegen ein anderes auswechseln oder gar während des Sprechens den Satz noch umbauen.

Ich habe also am Abbau meiner seelischen Fehlhaltungen und gleichzeitig am Aufbau

einer neuen Sprechtechnik gearbeitet. So fand ich langsam in einem Zeitraum von etwa vier Jahren aus meinem Stottern heraus. Eine Sprachübungsbehandlung mit der heute erarbeiteten erleichternden Sprechtechnik hätte den Heilungsprozeß bestimmt um die Hälfte der Zeit oder sogar noch mehr verkürzt. *Wem* ich mehr zu meiner Heilung zu verdanken habe, kann ich heute nicht sagen. Ob der

- neuen Sprechtechnik mit dem vollen Einsatz der Stimme,
- Einsicht in die negative kritische Selbstkontrolle,
- Ruhebildung zur Ausschaltung der Erregungswelle,
- Einsicht in meine charakterlichen Fehlhaltungen,
- oder der betriebenen Autosuggestion zum Aufbau einer Sprechsicherheit.

Wahrscheinlich haben alle Faktoren zusammengewirkt. Ausschlaggebend war aber wohl meine beständige Motivation, mein unbedingter Heilwille und meine Beharrlichkeit. Ohne diese Voraussetzung einer geduldigen und ausdauernd betriebenen Lern- und Heilarbeit muß ein bleibender Erfolg angezweifelt werden.

Ich muß hier einflechten, daß man meinen Fall nicht verallgemeinern darf. Meine Ausführungen bestätigen zwar, daß es gut möglich ist, einen jugendlichen oder erwachsenen Stotternden wieder zum flüssigen Sprechen zurückzuführen. Aber die Praxis hat mich gelehrt, daß es doch recht schwierig ist, ein jahrelang bestehendes und fest verwurzeltes Stottern zu beseitigen. Meist ist es der Fall, daß der Stotternde selbst zu wenig zu seiner Heilarbeit tut. Dem Stotternden, der sich mit seiner Störung abgefunden hat, fehlt der Leidensdruck, und gerade dieser ist es, der den Antrieb zum Heilwillen gibt.

In einem Beitrag von Alf *Preus* (1974, S. 78) ist sehr folgerichtig gesagt, daß »das Problem der Motivation ... das Zentralste« des heilungsuchenden Stotterers ist. »Wenn der Sprachgestörte motiviert ist, seine Chance zu ergreifen und Energie einzusetzen, so bekommt die therapeutische Hilfe, die wir ihm geben, untergeordnete Bedeutung.«

Auch in meinem Weiterstudium als praktizierender Sprachtherapeut widmete ich mich vornehmlich dem Stottern. Das eifrige Studium der Phänomene des Stotterns ist bei mir bis zum heutigen Tag nicht erlahmt. Schon weit über 40 Jahre lang habe ich mich mit den Rätseln des Stotterns und den Problemen der Stotternden auseinandergesetzt. Ich habe alle mir zugängliche Literatur über Stottern gelesen und etwa 800 Titel in meine Sammlung gebracht. Ich bin Suchender auf dem Gebiet geblieben. Die theoretische Begründung und Anleitung meiner Sprachübungsbehandlung habe ich in einem Buch beschrieben (*Richter* und *Wertenbroch* 1979).

Wie bereits am eigenen Fall beschrieben, gliedert sich die Behandlung des Stotterns in einen seelisch-charakterlichen und in einen sprechtechnischen Teil, der sogenannten Übungsbehandlung. Der psychische Behandlungsteil ist zwar der wichtigere, aber er erfordert ein Langzeitprogramm, wobei das Verlassen der Symptomatik nur langsam nachvollzogen wird. Die Sprachübungsbehandlung dagegen bringt in verhältnismäßig kurzer Zeit die Symptombefreiung. Das symptomfreie Sprechen muß in einer Psychotherapie abgesichert werden, sonst kann sehr leicht ein Rückfall erfolgen.

Ich komme zwar aus der DDR, aber ich verrete nicht die dortigen Stotterbehandlungen. Ich habe meine eigene Übungsmethode entwickelt, habe sie jahrelang sehr erfolgreich praktiziert und werde ihre Brauchbarkeit jederzeit verfechten. Die folgenden Ausführungen (siehe den III. Teil) beschäftigen sich nur noch mit der Sprechtechnik, die eine erleichternde Sprechweise bringt, wobei ich meine subjektiven Erfahrungen mit einfließen lasse.

Teil II

Ich schätze mich als geheilter Stotterer ein. Jedoch läßt sich ein jahrzehntelang beständiges Stottern nicht mehr vergessen, es werden immer davon Spuren zurückbleiben, obwohl diese nach und nach immer mehr verblassen müßten. Besonders fest hat sich die Erinnerung an das Stottern im Unter-

bewußtsein verankert. Ich darf zu meinem eigenen Erstaunen berichten, daß ich noch heute als 74jähriger, 45 Jahre danach, seitdem ich flüssig spreche, gelegentlich nachts im Traum stottere.

Ein als geheilt geltender Stotterer bleibt immer noch gefährdet, gelegentlich in eine kurze Sprachstörung zu kommen. Vorerst bleibt über ihm das Damoklesschwert hängen. Ich möchte jetzt versuchen, vorzutragen, wie schnell ich selbst in eine kurze Sprachstörung kommen könnte.

Wenn der Hörer weiß, daß er einen ehemaligen Stotterer vor sich hat, wird er ganz besonders aufpassen, ob und wo dieser hängenbleiben wird. Weil ich weiß, daß Sie alle meinen Sprechgang aufmerksam verfolgen, ob ich anhaften werde, bin ich gezwungen, ohne es freilich zu wollen, mein Sprechen einer Eigenreflexion zu unterziehen. Ich bin jetzt, im Gegensatz zum sonstigen Sprechen, mein eigener Zuhörer geworden. Dazu muß ich eine Aufmerksamkeitskontrolle einschalten. Diese müßte ich aber unbedingt vermeiden, denn sie bringt mich unweigerlich wieder in eine Störung, sobald das Störungsbewußtsein, Unsicherheit und Erregung dazutreten. Eine immer gültige Sprechregel für den Stotternden lautet: »Ablenkung, um jeden Preis Ablenkung der negativen Selbstkontrolle des Sprechablaufs!«

Diese Selbstbeobachtung meines Sprechens müßte in mir Erregung und Unsicherheit auslösen, sobald als Assoziation Gedanken des Zweifels meines Könnens dazutreten. Wir wissen, daß die Sprechunsicherheit die Vorstufe der Sprechangst ist. Wenn ich jetzt in Erregung und Unsicherheit geraten würde, und es käme die Sprechangst dazu, so wäre ich geradezu verpflichtet zu stottern. Sobald ich mein Sprechen in eine kritische Selbstkontrolle nehme und es daraufhin beobachte, ob und wo ich hängenbleiben könnte, ist es sehr leicht möglich, daß sich plötzlich ein »schweres Wort« vor das geistige Auge schiebt, bei dem ich dann unweigerlich hängenbleiben müßte. So leicht kann sich die psychische Bedingung zum Stottern ergeben.

Aber ich will und werde nicht vor Ihnen stot-

tern. An dieser Stelle muß ich auf die eingangs gebrachte Gliederung der zwei Stotteranteile zurückgreifen. Zum psychischen Vorfeld darf ich wohl als Hauptpunkt angeben, daß mir das Störungsbewußtsein fehlt. Beim Fehlen des Störungsbewußtseins ist mir nun schon eine gewisse Sprechruhe und Sprechsicherheit zu eigen. Die Sprechsicherheit ist in tieferer Bedeutung eigentlich die Autosuggestion: »Ich kann!« — Wer mit der Suggestionstherapie vertraut ist, kann diese Autosuggestion selbst verstärken bis zu dem Punkt der Gewißheit: »Ich kann fließend sprechen!«

Jetzt wechsele ich auf den neurologischen Anteil des Stotterns über, auf die funktionell falsche Sprechtechnik. Trotz meiner seelischen Einstellung auf ein flüssiges Sprechen könnte sich dennoch hier und da ein Stotter-symptom zeigen. Die gestotterten Sprechmuster haben sich im Laufe der Jahre derart im motorischen Sprachzentrum eingespart. Jetzt wird freilich meine frühere sogenannte »Stotteranlage« im Gehirn nach so vielen Jahren der Nichtbeträchtigung weitgehend verkümmert sein, aber dennoch könnte rudimentär unerwartet ein Symptom einspringen.

Damit sich nicht so ein Stotter-symptom in meine Rede einschmuggelt, muß ich immer noch meinen Sprechablauf steuern. Diese Selbststeuerung ist hauptsächlich darauf gerichtet, daß ich mich ganz auf die Stimmgebung einstelle. Und meinen erzeugten Stimmklang muß ich mit dem Ohr festhalten, das heißt, ich muß meine Stimmgebung akustisch rückkoppeln. Wenn ich nun auch noch auf eine entspannte Artikulationsmuskulatur achte, so ist meine Selbststeuerung perfekt. Mehr brauche ich nicht, um im flüssigen Sprechen zu bleiben.

Abschließend möchte ich bemerken, daß meine Ausführungen auch darauf hinweisen sollten, wie leicht ein behandelter Stotterer wieder in eine Störung geraten bzw. rückfällig werden kann, wenn er nicht das theoretische Rüstzeug mitbekommen hat, und wenn er nicht die Technik der erleichternden Sprechweise beherrschen würde, um sich gegen gelegentlich einstellen wollende Störungen schützen zu können.

Teil III

Die Sprachübungsbehandlung

Die Therapieteile bzw. -ziele der Übungs-therapie sind folgende:

- Entspannung der Sprechmuskulatur
- volle Stimmbildung
- Zwerchfellatmung
- Stimmführung zum akzentuierten Sprechen
- langsam-ruhiges Sprechen
- eine positive seelische Einstellung zur neuen Sprechtechnik.

Diese Therapieziele bezeichne ich als Basis-therapie, dazu kommt in sekundärer Form die Umschalttechnik. Der wichtigste Arbeits- abschnitt innerhalb der gesamten Übungs- behandlung ist die Arbeit mit dem Stimmfak- tor, er bildet gleicherweise den Übungs- stamm. Darauf bauen sich eigentlich die ein- zelnen Folgen der Behandlung auf, wie ich aus unserem Buch (*Richter und Werten- broch, 1979, S. 56*) zitieren kann:

»Die Therapieteile stehen in enger Bezie- hung und ergänzen einander. Es ergibt sich folgender Zusammenhang: Gleichmäßig ru- hige und vertiefte Atemzüge durch Zwerch- fellatmung sind die Voraussetzung für die Stimmgebung und Grundlage für ein lang- sam-ruhiges Sprechen. Die Minimalspan- nung der gesamten Sprechmuskulatur gibt die Fähigkeit zur vollen Stimmbildung sowie zur ungehinderten Artikulation. Die vollere Stimmbildung wiederum ist die Vorausset- zung zum betonten Sprechen. Die Betonung ergibt das schwingvolle und ausdrucksvolle Sprechen, und dieses kann nur ein fließen- des Sprechen sein. Die ruhige und langsame Stimmführung unterstützt das entspannte und stimmhafte Sprechen. Eine positive see- lische Einstellung zu dieser erleichternden Sprechweise bewirkt deren Anwendung in al- len Sprechsituationen.«

Zum Verstehen der Behauptung, daß der Stimmfaktor Grundlage aller Übungsarbeit bildet, muß zunächst eine kurze einleitende Erklärung der funktionellen Verursachung der Stottersymptomatik erfolgen.

Das Stottern ist ein Sperrmechanismus psy- chischer Art: das ist Binsenwahrheit. Dieser

Sperrmechanismus muß jedoch von einer Zentrale neurophysiologisch gesteuert wer- den. Es erhebt sich für die Ätiologie als auch für die Therapie die so überaus wichtige Frage, in welches Organgebiet die Hirn- steuerung zuerst eingreift, ob in die Artikula- tion oder in die Phonation. Die Stotterer selbst könnten mit ihren subjektiven Empfin- dungen eher zur Klärung dieser Frage beitra- gen als die optischen Beobachtungen der außenstehenden Normalsprecher.

Es darf als ein Verhängnis des Stotternden angesehen werden, daß er um seine Stimm- hemmung nicht weiß, um daraus die Folge für die Therapie zu ziehen.

Es sind nicht die Konsonanten, die dem Stot- terer die Schwierigkeiten im Sprechen berei- ten, sondern es ist die abgebremste bis ab- geschnürte Stimmgebung, die nicht schnell genug in die Artikulationsstellung einfließt. Wir können diesen Vorgang auch auf eine einfache Formel bringen: »Der Konsonant wartet auf den Vokal!« Das heißt im erweiter- ten Sinne, er muß auf die nachfolgende Stim- me warten, denn nur der Vokal ist der Träger der Stimme.

Bei einem schweren Stotteranfall sind die krampfartigen Verzerrungen der Gesichts- und Mundmuskeln derart ins Auge fallend, daß daraus der irrtümliche Schluß der »spa- stischen Koordinationsneurose« abgeleitet wurde. In dem o. a. Buch habe ich beschrie- ben, daß nicht die Spasmen der Artikula- tionsmuskulatur die Ursache für den Stot- terablauf sind, sondern daß die Abbremsung bis Abschnürung der Stimmgebung als Hauptsymptom angesehen werden kann, das nun den weiteren Symptomenkomplex auslöst. Die Verspannungen greifen primär weniger in die Artikulationsmuskulatur als vielmehr in die Phonationsmuskulatur ein. Das Stottern beginnt also primär im Kehlkopf und nimmt sekundär den Mundraum in An- spruch. Der Stotterakt nimmt seinen Anfang vielleicht auch aus einer widrigen Atmung, jedoch eine gestörte Respiration bedeutet auch immer eine gestörte Phonation.

Wir wissen um den harten Stimmeinsatz, der in seiner weiteren Ausprägung zum völligen Glottisschluß führen kann. Sehr häufig beob-

achten wir die Anlauthemmung beim Satzbeginn mit offenem Vokal, die wir als Initialtonus bezeichnen. Es läßt sich beobachten, daß bei vielen Stotterern die Anlauthemmung das Hauptsymptom ist und daß dann ihre Rede symptomfrei fortgesetzt werden kann, wenn sie den Initialtonus überwunden haben, d. h., wenn sie in die Stimmgebung hineingekommen sind.

Mir persönlich stehen noch die tausendfach stark emotional erlebten Situationen deutlich vor Augen, wo ich sprechen wollte oder mußte — und nicht konnte. Es war in diesen Augenblicken eine tatsächliche Sperre vorhanden. Die Sperre blockiert das Hineinkommen in die Sprechfunktion, und diese beginnt immer mit der Stimmgebung. Mir selbst ist es sehr gewiß geworden, daß dieser Sprechsperre eine Phonationssperre voranging, bzw. durch die Blockade der Stimmgebung wird die Sprechäußerung nicht möglich.

Zur Basistherapie

Es sei nochmals wiederholt, daß der Stimmfaktor das wichtigste Glied in der Übungsbehandlung ist. Auf seine Bedeutung wurde in unserer Literatur schon von vielen Autoren hingewiesen. Nicht von ungefähr waren unter diesen Autoren ehemalige Selbststotterer. Es würde zu weit führen, einige dieser Autoren zu nennen, die für den Stimmfaktor eingetreten sind. Ich verweise auf meinen Beitrag (*Richter 1981^b*).

Die Bedeutung des Stimmfaktors für die Minderung bis Aufhebung der Symptomatik ist nach meinen Erfahrungen sehr schwer zu erfassen. Und das nicht nur für den Klienten, sondern auch für den Therapeuten selbst. Die meisten Therapieerfahrungen werden ihm wohl von anderer Seite zugetragen; und wie so oft liest man über sehr wichtige Stellen hinweg, ohne sie in den Blickpunkt zu nehmen und darüber nachzudenken. Jeder Autor, der für den Stimmfaktor plädiert, kann den Vorgang nur mit Worten beschreiben, und es ist schwierig, die Worte zu Sätzen so zu formen, daß der Sinn auch derart vom Leser verstanden wird, wie es in der Absicht des Autors lag. Noch viel schwieriger wird es

für den Therapeuten, dem Klienten diesen Vorgang mündlich klarzumachen. Man ringt fast verzweifelt mit Worten, die am Ohr des Klienten vorbeigehen, deren Sinn er nicht aufnimmt. Er nickt zwar mit dem Kopf, wird aber nicht zum Verstehen gekommen sein. Wenn aber einem intelligenten Klienten die Erleuchtung gekommen ist, wird er auch bald frei von Symptomen sein.

Es hängt sehr vom Intelligenzgrad des Stotternden ab, inwieweit er die Erklärungen über den Einsatz der Stimme in den Sprechprozeß verstehen und ob er überhaupt zu jener Erkenntnis kommen kann. Bei jüngeren Schülern und nicht sehr intelligenten Klienten konnte ich nur in den Übungen durch mein Vorbild wirken und sie zur Nachahmung anregen. Und dann kam immer noch dazu, ob der Schüler diese neue Sprechweise annehmen will und sie im täglichen Gebrauch einsetzen wird.

Ein weiterer wichtiger Punkt im Stimmgebrauch ist das Festhalten, das Verfolgen der Stimme mit dem Ohr. Das ist übrigens die einzig mögliche positive Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Sprechvorgang. Schon H. *Gutzmann* (1879—1954) forderte mit seiner 12. Sprechregel: »Höre auf den Wohlklang Deiner Stimme!« — Wohl nur wenige Therapeuten der Nachfolgezeit werden den folgenden Sinn und die Bedeutsamkeit dieser Sprechregel voll erkannt haben. Dahinter nämlich verbirgt sich schon der halbe Heilungsprozeß. Wir sprechen von einem Intonationsprinzip. Es besagt, daß eine Korrelation zwischen Ohr und Kehlkopf bzw. eine Funktionseinheit zwischen dem Stimmorgan Kehlkopf und dem Hörorgan Ohr besteht.

Im Singen tritt die koordinierte Leistung zwischen Hör- und Stimmorgan am deutlichsten zutage. Man hört die zu singenden Töne im Ohr bzw. Klanggedächtnis im voraus. Nur das Lauschen auf den eigenen Stimmklang veranlaßt das Ohr, im Auf und Ab der Stimme die Melodie zu formen, zu steuern. In einem Satz: Die auditive Rückkopplung steuert die Akzente in der Stimmgebung. So sollte es auch im Sprechen des Stotterers sein. Der Stotterer jedoch hört weder Stimme im voraus noch rückkoppelt er seine Stimmgebung

im Sprechprozeß; er richtet seine Konzentration nur auf die Artikulation.

Dazu nun die Nutzenanwendung im Falle meines Stotterns. Habe ich mich bei einer Unebenheit im Sprechen ertappt, so habe ich bewußt auf eine vollere Stimmgebung umgeschaltet. Immer dann, wenn sich eine kleine Hemmung in den Weg stellen wollte, meldete sich im Bewußtsein der Befehl: »Stimme geben, auf den Vokal gehen!« — Und damit kam ich über die sich einstellen wollende Hemmung hinweg. Ich muß aber eingestehen, daß ich diesen Vorgang noch jahrzehntelang gelegentlich tätigen mußte. Es ist also nicht der Fall, daß nach einer gewissen Übungszeit die Symptomatik für immer verschwunden ist. So leicht lassen sich wohl die eingefahrenen falschen Sprechmuster nicht beseitigen, die Engramme in der Großhirnrinde nicht löschen. Daher kommt es, daß der jugendliche und erwachsene Stotterer die Sprachstörung nicht so leicht verlieren kann; es bleibt meist ein gelegentliches Reststottern zurück.

Ich fasse zusammen: Meine subjektiven Erfahrungen und objektiven Beobachtungen an vielen Hunderten behandelter Stotterer in 22 Dienstjahren besagen folgendes:

Für die Basistherapie innerhalb der Sprechübungsbehandlung ist die Sicherung der vollen fließenden Stimmgebung als Hauptfaktor anzusehen. Mit einem weichen Stimmeinsatz und bewußter Stimmführung können alle jene genannten Verkrampfungserscheinungen ausgeglichen bzw. überwunden werden. Das Geheimnis für den Stotterer, ob jung oder alt, flüssig sprechen zu können, heißt: »Stimmgebung und Stimmklang! — Bemühe Dich um eine volle, sonore Stimme und halte den Klang mit dem Ohr fest!«

Ich möchte behaupten, daß das Umschaltenkönnen auf die Stimmgebung bzw. auf den nachfolgenden Vokal, der die Stimme trägt, und das Mithören des Stimmklangs das Geheimnis ist, um nicht steckenzubleiben, um keinen Block an einer Artikulationsstelle zu bilden. Aber das Können ist schwer, das muß dazugesagt werden.

Als nächstwichtigen Faktor innerhalb der Basistherapie müssen wir wohl den weichen

Stimmeinsatz werten, der eine spannungsfreie Artikulation mechanisch nach sich zieht. Die Übungen des weichen Einsatzes unterstützen unseren vorhin beschriebenen Hauptfaktor. Im »Übungsbuch« von *Wertebroch* (1979) ist eine reiche Auswahl von Übungen mit weichem Stimmeinsatz enthalten. Bei einer Neufassung dieses Buches würde ich die Stimmeinsatzübungen wesentlich erweitern, weil ich sie für so wichtig halte. Den weichen Stimmeinsatz mußte ich immer wieder üben lassen, weil der Schüler von Mal zu Mal davon verloren hat. Die Technik des weichen Einsatzes hätte der Klient zu Hause fleißig trainieren müssen, was jedoch meist nicht getan wurde. Mir wurde oft geantwortet, daß die Übungen so langweilig sind. Der Wichtigkeit wegen sei nochmals wiederholt: Der weiche Stimmeinsatz zieht eine kraftlose Artikulation nach. Wenn ich mich um einen weichen Stimmeinsatz bemühe, geht es einfach nicht, daß ich dabei in die Artikulation eine Muskelspannung hineinbringe. Als nächsten wichtigen Faktor können wir die Betonungsübungen oder Akzentübungen in die Basistherapie eingliedern. Diese Übungen in den verschiedensten Varianten unterstützen ebenfalls den Hauptfaktor Stimme, und sie leiten die Übungen zur Stimmführung im Satzsprechen ein. Die Betonung bringt eine Melodie ins Sprechen und verleiht ihm die Beweglichkeit... Das betonte Sprechen forciert die Stimmgebung, denn erst mit der Betonung auf ein betontes Sprechen verbindet sich automatisch die Intention, Stimme zu produzieren... Die Betonungskurve bringt Schwung, und ein schwungvolles Sprechen kann nie ein gestottertes Sprechen werden, denn mit dem Sprechschwung werden die im voraus gespürten Hemmungen glatt in den Mitschwung genommen.

Zur Einführung in die Basistherapie beginne ich mit dem sogenannten »Führungssprechen«. Das Mitsprechen des Therapeuten führt die Stimme des Klienten, er muß sich der etwas gedehnten Sprechweise mit vollklingenden Vokalen sowie dem ruhiglangsamem Sprechen anpassen. Der Klient findet deshalb recht schnell in diese ihm

fremd anmutende Sprechweise hinein, weil er auf diese hören muß, um sie zu treffen. Er schaltet somit den für die Stimmgebung äußerst wichtigen Höranalysator ein; d. h., daß er seinen produzierten Stimmklang akustisch-auditiv rückkoppelt. Noch bis zum fünften Arbeitsabschnitt — laut Übungsbuch — spreche ich zunächst oder nur noch gelegentlich mit; es genügt auch schon, wenn ich mitsumme. Die Stimme des Klienten muß so lange fremdgesteuert bzw. geführt werden, bis er selbst befähigt ist, die Führung seiner Stimme zu übernehmen.

Um es nochmals herauszustellen: Die Basisübungen verfolgen den Zweck, daß die Stimme im Sprechprozeß die Führung übernimmt, daß die Steuerung des Sprechablaufs durch die Stimme erfolgt. Weil die Stimmsteuerung in allen Sprechsituationen sich nur langsam einspurt, führen wir zur Vertiefung und Festigung eine Reihe von Ergänzungsübungen laut unserem »Übungsbuch« nach den Übungsschritten sechs bis elf durch. Ist die Basistherapie in den Grundprinzipien erarbeitet, so wird der Unterricht für Therapeut und Klient aufgelockerter und anregender. Es sei ausdrücklich vermerkt, daß die Ergänzungsübungen der Schritte sechs bis elf lediglich als Vertiefung der neuen Sprechtechnik anzusehen sind. In diesen Übungen muß nun schon völlig symptomfrei gesprochen werden. Sollten in diesem Unterrichtsgeschehen noch leichte Störungen auftreten, so wird damit angezeigt, daß die Basistherapie noch nicht voll beherrscht wird.

Ich darf berichten, daß ich mit meiner Methode dann beste Erfolge erzielt habe, wenn der Klient genügend motiviert war und auch nach Therapieabschluß weiterhin in einem regelmäßigen Sprechtraining blieb. Leider muß aber dazu gesagt werden, daß die Motivation des Stotterers, ob jung oder älter, sehr zu wünschen übrig läßt, meist mangelhaft ist oder gänzlich fehlt.

Der Umschaltungsprozeß

Die Übungsbehandlung hat zum Endziel, den Sprechgang in den *eigenen* Griff zu bekommen. Das heißt, daß der Stotterer

den Sprechablauf so zu steuern hat, daß er annähernd fließend bleibt. Der wichtigste Punkt, das gelernte Sprechen vom Therapiezimmer in das Alltagssprechen mitzunehmen, ist und kann nur die Selbststeuerung des Sprechverhaltens sein. Die Einhilfe des Therapeuten ist aus dieser Sicht recht begrenzt. Die Hauptarbeit hat der Stotterer selbst zu übernehmen. Das muß man ihm selbst und den Eltern klarmachen, ansonsten erwarten sie alles Heil vom Sprachtherapeuten.

Jetzt benötigen wir einen Transfer, der das symptomfreie Sprechen aus dem Schonklima Therapiezimmer in die Wirklichkeitsituationen der sozial-realen Sprachanforderungen überträgt. Dieser Transfer liegt im Steuerungs- und Umschaltprozeß und kann nur vom Klienten selbst in Ansatz gebracht werden. Der Klient muß unbedingt in die Selbststeuerung hineinfinden, will er auch außerhalb des Therapieraumes störungsfrei sprechen.

In einem früheren Beitrag (*Richter 1970^b*) habe ich über die Fremd- und Selbststeuerung und die unbedingt notwendige Umschaltung auf die nun mögliche flüssige Sprechweise berichtet. Die neue erleichternde Sprechtechnik bildet die Basis, auf der die Selbststeuerung überhaupt erst möglich ist. Wenn dem Stotterer nicht die Mittel in die Hand gegeben werden, mit denen er symptomfrei sprechen kann, wie sollte er sonst wissen, wo er mit seinem Willen tatsächlich eingzugreifen hat. Nur auf der Grundlage eines Fließend-sprechen-Könnens kann der Stotterer nach vorheriger Umschaltung seine Selbststeuerung aufbauen. Davon hängt jeder weitere Erfolg für das wirklichkeitsgerechte Sprechen im Alltagsleben ab. Wir haben jedoch bereits gehört, daß dies der schwierigste Abschnitt unserer gesamten Sprachübungsbehandlung ist, zumal der Umschalt- und Steuerungsprozeß vom Stotterer ein neues Verhalten erfordert und er seine alten eingeschliffenen Gewohnheitsweisen aufgeben muß.

Zum Umschaltungsprozeß beim schulpflichtigen Stotterer

Wir wenden uns jetzt dem schulpflichtigen Stotterer zu, bei dem aus Begriffsgründen der Steuerungsprozeß noch schwieriger sein wird. Beim Betreten des Therapiezimmers und dem Anblick des Therapeuten nimmt der Schüler eine innere Umschaltung vor und stellt sich auf die neue flüssige Sprechweise ein. Er steht jetzt unter Fremdsteuerung, steuert sich dann selbst und spricht deshalb hier fließend. Dem Zwang des Therapeuten entronnen, nimmt er beim Verlassen des Zimmers wieder die Umschaltung auf das gestotterte Sprechen vor. Das ist ihm bequemer und geläufiger; die neue flüssige Sprechweise ist ihm noch fremd, sein inneres Gefühl lehnt sie vorerst noch ab.

Hat der Schüler gelernt, innerhalb des Therapiezimmers symptomfrei zu sprechen, so muß der nächste Behandlungsschritt in eine ebenfalls wenig emotionale Sprechsituation gelegt werden. Da ist zuerst das Zuhause zu nennen. Er müßte nun auch hier bald unter Anleitung symptomfrei sprechen können. Von selbst wird er sich jedoch kaum ernsthaft darum bemühen. Es muß wohl ein Zwang im freundlichen oder strengen Sinne von außen einsetzen, der ihn immer und immer wieder in das störungsfreie Sprechen drängt.

Der Zwang zum symptomfreien Sprechen kann jetzt nur von den Eltern oder Großeltern ausgeübt werden. Das stotternde Kind kann genauso in die Einflußsphäre der Eltern kommen, wie es beim Therapeuten der Fall gewesen war. Die Eltern können das Kind ebenso zur Steuerung seines Sprechgangs anhalten bzw. beim Ansetzen zum Stottern vermittelt eines Zurufs zur Umsteuerung auffordern, wie es im Behandlungsraum der Therapeut tat. Allerdings müssen die Eltern einigen Sitzungen beigewohnt und erkannt haben, worum es geht und was sie vom Kind fordern sollen.

Sind die Eltern zur Mitarbeit in der Heilungsarbeit bereit — meist wird nur die Mutter aktiv —, so wäre überlegenswert, ob nicht aus der Verhaltenstherapie das Belohnungssystem hinzugezogen werden sollte. Mit diesem Prinzip einer Belohnung soll erreicht

werden, daß das Kind mehr Bemühen aufbringt, die gelernte Sprechweise anzuwenden und den Sprechablauf störungsfreier zu steuern. Es bekommt für dieses gewünschte Verhalten einen Anreiz, wird doch nun das »Schönsprechen« gleichermaßen bezahlt.

Zur Technik der positiven Verstärkung sei auf das Buch von *Wertenbroch* (1978) verwiesen.

Zur Integration: Übungsbehandlung mit Psychotherapie

Wenn auch im häuslichen Übungssprechen nur noch gering angehakt wird, so bleiben doch die kritischen Sprechsituationen bestehen, die nur zu oft von der Sprechangst getragen werden. In kritischen Situationen wird vorerst weiter gestottert. Es erweist sich, daß diesen kritischen Sprechsituationen mit der Übungsbehandlung erst nach langer Zeitdauer beizukommen ist. Um den Weg abzukürzen, muß jetzt die Psychotherapie als integrierter Bestandteil der Behandlung dazutreten.

In der Behandlung der jugendlichen Stotterer habe ich immer zuerst individuell mit der Übungsbehandlung begonnen. Konnte der Klient mit mir und seinen nächsten Angehörigen störungsfrei sprechen, so fing ich mit der psychotherapeutischen Betreuung an.

Ich bin der Ansicht, daß der Klient ungefähr verstehen muß, in welcher Weise er sich zu verhalten hat, um sprachlich bestehen zu können. Er muß seine Charakterschwächen erkennen, die die Sprachhemmung begünstigen, er muß insgesamt sein Verhalten zur Gesellschaft korrigieren, und er muß sich nach und nach noch zu einer selbstsicheren Persönlichkeit umerziehen. In dieser Aufklärungsarbeit liegt auch die Rückfallverhütung.

Als Schlußwort

In der Auswertung meiner Erfahrungen in 22 Dienstjahren kann ich jetzt im Rentenalter hinsichtlich der Behandlungserfolge bei stotternden Schülern eine positive wie auch leider negative Bilanz ziehen. Ich habe sehr gute Erfolge sehen können, die auch dauerhaft geblieben sind und die mir weiteren Auf-

trieb für mein Bemühen gaben. Aber in vielen Fällen war die Motivation des Schülers ungenügend, er setzte zu Hause die Sprechübungen nicht fort, die Mitarbeit des Elternhauses war mangelhaft, und die Folge davon war,

daß der erzielte Erfolg wieder verloren ging. Ich wünsche Ihnen für Ihre Arbeit, daß die Erfolge überwiegen, und hoffe, daß Sie bei Mißerfolgen nicht resignieren.

Literatur

- Appelt, A.: Die wirkliche Ursache des Stotterns und seine dauernde Heilung. München 1925.
- Brankel, O.: Versuch einer pathophysiologischen Gesamtschau des Stotterns. *Folia phoniat.* 7 (1955), S. 153—171.
- Elders, A.: Stotterheilung und Stimmpflege. Berlin o. J. (etwa 1926).
- Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1973, 2. Aufl.
- Gutzmann, A./H.: Übungsbuch für stotternde Schüler. 1. Aufl. Berlin 1879, 21. und 22. Aufl. Hannover 1954.
- Paschen, P.: Neue Wege der Stottererbehandlung. *Hippokrates* (1941) Heft 14, S. 372—379.
- Preus, A.: Prinzipien der Stotterertherapie nach Van Riper. *Die Sprachheilarbeit* 19 (1974), S. 69—85.
- Richter, E.: Rhythmus als ausdrucksfördernder Faktor in der Übungsbehandlung des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 12 (1967), S. 50—60.
- Richter, E.: Therapiewerte in der Übungsbehandlung des Stotterns. *Zeitschrift f. Heilpädagogik* 20 (1969), S. 625—635.
- Richter, E.: Über den Einsatz des Willens zur Verhütung des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 14 (1969), S. 143—148.
- Richter, E.: Über die abgebremsste Stimme im Symptombild und über die Bedeutung der Stimmführung in der Übungsbehandlung des Stotterns. *Zeitschrift f. Heilpädagogik* 21 (1970^a), S. 606—617.
- Richter, E.: Über die Fremd- und Selbststeuerung in der Therapie des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 15 (1970^b), S. 161—170.
- Richter, E.: Kritische Überlegungen zu den mangelnden Heilerfolgen in der Behandlung des Stotterns. *Zeitschrift f. Heilpädagogik* 23 (1972), S. 873—876.
- Richter, E.: Zu Fragen der Therapieresistenz des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 26 (1981^a), S. 326—335.
- Richter, E.: Zum Wiedereinflinden des Stimmfaktors in der Stottertherapie. *Der Sprachheilpädagoge* 13 (1981^b), S. 8—14.
- Richter, E.: Wenn ein Kind anfängt zu stottern. München 1981^c.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg 1979.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Psychotherapeutisches Lehrbuch für den jugendlichen und erwachsenen Stotterer (in Vorbereitung).
- Wertenbroch, W.: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher. Hamburg 1978.
- Wertenbroch, W.: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns nach der Methode von Erwin Richter. Hamburg 1979.

Anschrift des Verfassers:
Erwin Richter
Straße der Jugend 12
DDR-7543 Lübbenau

Erwin Richter ist Sprachtherapeut und lebt seit März 1977 im Ruhestand. Als ehemals Selbststotternder hat er sich über Jahrzehnte hin dem Problem des Stotterns gewidmet.



Uwe Pape, Wentorf

Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer

Zusammenfassung

Der Verfasser tritt für eine intensive Stottertherapie ein. In Kurzform führt er jugendliche Stotterer innerhalb von 17 Wochen zum stotterfreien Sprechen. Der Neuaufbau eines angstfreien Sprechens ist für ihn der Mittelpunkt der Therapie und das Vehikel für Veränderungen. Er berichtet aus zehnjähriger Erfahrung, in der 250 Stotterer durch diese Therapie gegangen sind.

1. Anlaß für diese Form der intensiven Stotterer- und Polterertherapie

Das Sprachheilwesen in Schleswig-Holstein ermöglicht den Sprachbehinderten nur einen vierjährigen Besuch der Sprachheilgrundschule.

Die schweren Redestörungen Stottern und Poltern wachsen wegen ihrer Hartnäckigkeit aus diesem System heraus. Die von diesen Störungen betroffenen Schüler bleiben über den Grundschulbereich hinaus im schulischen Rahmen unversorgt.

Die Staatliche Internatsschule richtete im Jahre 1975 einen Kurs zur Rehabilitation von Stotterern und Polterern ein. Es wurden 10- bis 21jährige Schüler aus allen Schularten aufgenommen. Kriterien für die Aufnahme in den Kurs waren die Schwere der Störung und der damit verbundene Leidensdruck.

Seit drei Jahren besteht ein Kurs für mehrfachbehinderte redegestörte Kinder. Unter diese Mehrfachbehinderungen fallen Reststammeln, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Dysgrammatismus, zentralbedingte Redestörungen und Lernbehinderung. Darüber hinaus zeigen sich als Sekundärsymptome Verhaltensauffälligkeiten. Das Primärsymptom muß aber bei Stottern und Poltern liegen.

2. Die Organisationsformen der Kurse

Das Ziel der Kursarbeit ist es, den redegestörten Menschen angstfrei und damit symptomfrei sprechend in die Schule und das Elternhaus zurückzugeben. Diesem Ziel ist die Organisation der Kurse verpflichtet.

Die erste Voraussetzung dafür ist eine kurze Therapiezeit, um Bindungen an Freunde, Schule o. ä. nicht zu sehr zu belasten oder abreißen zu lassen. Organisatorisch bietet es sich an, zwei Kurse in einem Jahr durchzuführen. Es pendelte sich eine Therapiedauer von 17 Wochen ein. Der Kurs für Mehrfachbehinderte bedarf wegen der Vielfältigkeit der Störungen und der sich daraus ergebenden vielschichtigeren Einflußnahme einer Therapiedauer von einem Jahr.

Die zweite Voraussetzung ist, Kontakte zur Heimatschule aufrechtzuerhalten. Besuche der eigenen Klasse, des Lehrbetriebes usw. in regelmäßigen Abständen sollen helfen, die Reintegration zu erleichtern. Die Bezugspersonen werden zu Zeugen, Partnern und Helfern während des Rehabilitationsprozesses. Darüber hinaus bietet diese Maßnahme eine gute Möglichkeit, die neuerlernten Fähigkeiten in gewohnter Umgebung zu erproben.

Die dritte Voraussetzung ist, vom Unterrichtsstoff her keine zu großen Wissenslücken entstehen zu lassen. Im engen Kontakt mit der Heimatschule werden Deutsch, Englisch und Mathematik parallel zum heimatlichen Unterricht angeboten. Für den Schüler der Kurse bedeutet das, engen Kontakt zum Klassenlehrer zu halten und Klassenarbeiten, Arbeitsmaterial u. a. mit nach Wentorf zu nehmen, um es hier zu bearbeiten.

Der Unterricht in Wentorf kann nur ein Ein-

zelunterricht sein, weil die unterschiedlichsten Altersstufen und Schulformen eine Gruppe bilden. Kriterium für die Aufnahme ist nur die Schwere des Leidens.

Die vierte Voraussetzung ist bestimmt durch die kurze Therapiedauer. Die Therapie im Internat muß ganztägig sein. Das am Vormittag vom Sprachheillehrer Erarbeitete wird am Nachmittag und Abend untereinander und mit den Erziehern geübt und geprobt. Schon in der zweiten Therapiewoche wird das Gelernte außerhalb des Internats beim Einkaufen usw. verwendet. Dieses ganztägige Vorgehen fordert hohe Verantwortung und fachliche Kompetenz der Erzieher. Sie tragen die sprachlichen Fortschritte in die Umwelt hinein. Sie erarbeiten neue Verhaltensweisen und Einstellungen, die die im Sprachheilunterricht erworbenen sprachlichen Fähigkeiten für das Leben nutzbar machen.

3. Therapeutische Vorüberlegungen

Die Anzahl der Therapieansätze ist fast unüberschaubar groß. Sie reicht von reinen Sprachübungsbehandlungen über Entspannungsverfahren zu Verhaltenstherapie, Bio-kybernetik, Tiefenpsychologie, medikamentöser Behandlung, »non avoidance«-Therapie, Makrobiotik, Umerziehung, Kaumethode usw. und Kombinationen aus diesen Verfahren.

Allein diese Aufzählung zeigt die Unsicherheit, wie dieser hartnäckigen Störung zu begegnen sei. Sie ist ein Indiz dafür, daß die Wissenschaft kein eindeutiges Bild des Syndroms Stottern anbietet. Jede neue Therapieform ist der Versuch, eine andere, auch nicht erfolgreiche, zu ersetzen. Die Entwicklung der Therapien führt heute so weit, daß man in der »non avoidance«-Therapie nur noch das Stottern modifiziert, also lernt, mit dem Stottern zu leben. Die große Zahl der Stotterer selbsthilfegruppen, in denen versucht wird, mit dem Stottern zu leben, sind ein Hinweis auf die Unzulänglichkeiten der gängigen Therapieformen und ein Anzeichen, vor dem Symptom zu resignieren.

Die Suche nach den Ursachen für das Stottern und die sich daraus ergebenden Therapieansätze haben für den Stotternden kaum

Hilfe gebracht. Es gilt für jeden Therapeuten, das Stottern für sich individuell zu verstehen und daraus seine Konsequenzen für die Behandlung zu ziehen.

Ich kann den Gegensatz einer mehr psychischen oder mehr somatischen Sichtweise des Stotterns nicht akzeptieren. Aus dem Bereich der Ausdruckspsychologie und der psychosomatischen Störungen wissen wir, daß Wirkendes und Bewirktes durchaus eine Einheit bilden können (Prof. Stückrath, Universität Hamburg). Körperlichkeit und seelische Befindlichkeit bilden im Gefühlsbereich eine Einheit. Beim Lachen sind es die Zwerchfellbewegungen, in denen sich das Gefühl ausprägt. Das gelöste Gefühl des Lachens ist an die Bewegtheit des Zwerchfells gekoppelt. Bei Verspannungen, Atemstillständen u. ä. kann das Gefühl Lachen nicht erfahren werden. Diese Gesetzmäßigkeiten lassen sich für alle Gefühle finden.

Ich habe versucht, die Gefühle im stimmlichen Bereich nach den Merkmalen Atem-einsatz, Atemform, Präsenz der Stimme, Verlauf und nach ihren Spannungsgraden zu beschreiben und zu ordnen (siehe Anlage 1). Das Stottern als Gefühl läßt sich in die Kategorie 2 einordnen, als Ausdruck größter existentieller Bedrohung. Dieses Gefühl verdrängt alle anderen und macht handlungsunfähig. Die Merkmale zeigen sich so, wie wir sie vom Stottern her kennen.

Für das Poltern, als Gefühl verstanden, gilt die Kategorie 5 bis 6. Hier lassen sich differentialdiagnostisch die Gegensätze zwischen Stottern und Poltern sehr gut erkennen. Stottern kann als Reaktion auf einen Umweltreiz verstanden werden und ist bei hoher Belastung (Prüfungssituationen u. ä.) durchaus angemessen. Dieses Stottern ist *nicht* pathologisch. Es gehört zum Menschen wie Weinen und Lachen, tritt nur sehr viel weniger häufig auf. Wenn bei geringerer Belastung (Auskünfte geben o. ä.) bereits gestottert wird, ist es pathologisch.

Gefühle treten als Reaktionen auf Umweltreize auf. Sie haben keine Ursachen im eigentlichen Sinn wie Krankheitserreger, Entwicklungsstörungen o. ä. Die Frage nach den Ursachen des Stotterns ist aus dieser

Sicht falsch gestellt. Es muß gefragt werden, auf welchen Reiz hin wird gestottert. So kann bereits in entspannter Situation beim Gespräch mit dem Freund oder auch erst unter Belastung beim Halten von Referaten gestottert werden. Dies sind Hinweise auf die Schwere des Stotterns.

Die Aufgabe des Therapeuten muß es sein, die Reizschwelle für das Stottern anzuheben, so daß aus dem pathologischen Stottern ein adäquates Reagieren auf die Umwelt wird. Dies erfordert ein willentlich gesteuertes Durcharbeiten des Ausdrucksfeldes. Die Gefangenheit in einem Reiz-Reaktions-Schema wird überwunden durch Befreiung in der Gestaltung.

Gestalten bedeutet nach außen gewendet verantwortlich handeln. Das Stottern wirkt nach innen gewendet selbstzerstörerisch.

Ich meine, es ist eine Lüge zu behaupten, man könne mit Stottern leben. Freies Sprechen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, sein Leben zu gestalten. Ein Stotterer kann nicht angstfrei unter Belastung sprechen. Daraus ergeben sich Fehlhaltungen und Entwicklungsdefizite.

Die Wentorfer Kurse setzen in dem »Nicht-angstfrei-sprechen-Können« an und bauen in einem Lehrgang eine neue angstfreie Sprechweise auf. Mit dem Sprecherwerb geht eine Neuorientierung der Persönlichkeit einher.

Die Gewißheit, den Sprechablauf zu beherrschen, führt zu Selbständigkeit und Angstfreiheit. Der Stotterer fühlt sich im Zentrum seines Leidens, nicht Herr seiner Ausdrucksmittel zu sein, ernstgenommen. Er wird aus der Abhängigkeit vom technischen und medikamentösen, aber auch modifizierten Stottern herausgeführt. Das Sprechenkönnen selbst wird zum Motor für eine Persönlichkeitsumstellung.

4. Die Therapie in Wentorf

Um den Zielsetzungen der Stotterer-Therapie in Wentorf gerecht zu werden, bedarf es einer Didaktik des Sprechlernens. Herkömmliche Systeme ohne Stottern steuern den Sprechvorgang von außen, wie Sprechen nach dem Metronom, begleitende und ablenkende Handbewegungen, wie die liegende Acht usw. Die technischen Hilfen machen das Sprechen unnatürlich. Sie zerstören die prosodischen Merkmale des Sprechens, die über den Inhalt hinaus die Persönlichkeit und seine Gestimmtheit mitteilen. Der Stotterer stottert lieber, als »unmenschlich« zu reden.

Der Neuanfang des Sprechens muß den Sprechbeginn noch einmal beginnen. Die Lallphase, das Erproben und Einschleifen von Bewegungsmustern des Sprechens wird mit Stimmübungen noch einmal nachvollzogen.



Aus der Arbeit in Wentorf:
Stimmübungen

Diese Übungen nach phonetischen Gesichtspunkten entwickelte der Therapeut aus den Stimmübungen der Akzentmethode von Prof. Svend *Smith*. Der Sprechablauf wird gedanklich neu geordnet. Er führt von der Kindersprache (Ausrufe, Ein-, Zweiwortsätze) zu einer parataxen Sprechweise (Sinnsprechen) bis hin zum gestaltenden Sprechen (siehe Therapieplan Anlage 2). Dieser Weg enthält für den Stotterer die Chance, den Sprecherwerb, der normalerweise unbeußt in der frühen Kindheit erfolgt, noch einmal bewußt, willentlich und verantwortlich nachzuholen. Dieser Prozeß ähnelt dem Erwerb einer Fremdsprache. Dauernder Gebrauch der neuen Sprechmuster führt zur Automatisierung des stotterfreien Sprechablaufes.

Das Integrieren des neuen Sprechens in die Persönlichkeit dauert länger als die Kurszeit in Wentorf selbst. Die Stotterer-Nachsorge verfolgt und stützt diesen Verwandlungsprozeß. Nach unseren jetzigen Erfahrungen ist er nach zwei Jahren abgeschlossen. So gliedert sich die Stotterer-Therapie der Kurse in Wentorf in einen stationären und einen ambulanten Teil.

Über das reine Sprechlernen hinaus geht mit Sicherheitssprechen, Sinnsprechen und gestaltendem Sprechen eine Umorientierung des stotternden Menschen einher. Er lernt, aus seinen erstarrten Ausdrucksmöglichkeiten, die auch ihre Entsprechung in einer erstarrten, auf Stottern fixierten Gefühlswelt finden, herauszutreten. Übungen, die den mimisch-gestischen und stimmlichen Bereich ausdrucksfähiger machen, setzen ihn in den Stand, Gefühle, Meinungen und Einstellungen nach außen zu bringen. Er wird exspiratorisch orientiert. Dies bedeutet, verantwortlich in die Umwelt hineinzuwirken, aber auch empfindsamer und verletzbarer zu werden. Dieser über das reine Sprechen hinausreichende Weg bedarf der behutsamen Führung durch die Erzieher. Es ist eine Umerziehung der Persönlichkeit über Bewegung und Stimme.

Wichtig für den Neuerwerb der Ausdrucksmöglichkeiten ist, die alten Sprech- und Gestaltungsmuster durch Nichtgebrauch zu-

rückzudrängen. Die neuen Möglichkeiten sollen bereits nach der ersten Therapiewoche stotterfrei verwendet werden. Von da an wird nicht mehr gestottert. Für den Stotterer bedeutet das Einschränkung auf das Mögliche. Dieser Rückgriff auf einfache Sprechmuster (Sicherheitssprechen), die tief akzentuiert nur eine langsame, willentlich gesteuerte Äußerung zulassen, wird vom Stotterer als Einengung, aber auch als Befreiung erlebt. Es erfordert für Stotterer und Therapeuten sehr viel Mut, mit dieser langsamen, überakzentuierten Sprechweise bereits in die Umwelt hineinzugehen. Der Stotterer braucht aber nicht mehr zu stottern.

In einem zweiten Schritt wird die Vielzahl der Akzentuierungen zurückgenommen und ein normales Sprechtempo erreicht. Das Sprechen klingt normal. Es wird gewöhnlich nach der dritten Therapiewoche erreicht. Das Stottern darf in keinem Falle zugelassen werden, weil dann die alten gefährdeten Sprechmuster die Überhand gewinnen könnten. Als Möglichkeit, stotterfrei unter höchster Belastung zu sprechen, bleibt dann noch ein Rückgriff auf das Sicherheitssprechen.

Die Befreiung in Ausdruck und Persönlichkeit vollendet sich im gestaltenden Sprechen. Dieses Sprechen trainiert die prosodischen Merkmale des Stotterers. Er teilt nicht nur Inhalte mit, sondern agiert als Persönlichkeit. Der Stotterer lernt in Wentorf, über das Sprechen seine Persönlichkeit neu zu ordnen und zu entfalten.

5. Gedanken zur Therapie, ihre Grenzen und Ergebnisse

Diese Therapieform existiert jetzt zehn Jahre in Wentorf. Es sind 200 mittelschwere bis schwere Stotterer durch die Kurse gelaufen. Wie sind die Erfolge zu messen und zu werten? Ist es nicht menschlicher, einem unter hohem Leidensdruck Stotternden zum Sprechen seines Namens zu verhelfen, als einem unbekümmert Stotternden zum symptomfreien Sprechen zu verhelfen? Der Therapieerfolg wird im ersten Fall nicht als ausreichend bezeichnet werden können. Stotterertherapie ist aber Hilfe zum Leben. Die Qualität des Erreichten mag durchaus unter-

	1	2	3	4	5	6
<u>Merkmale</u>						
<u>Spannungsbild</u>	sich fallen lassen verhaucht sehr flach inspiratorisch	erstarrt, versteift gepreßt extreme Hochatmung, auch Atemstillstand	hochgespannt hart Hochritzung	gehalten fest Bauch- u. Brust-ärmung gut aufeinander abgestimmt	entspannt weich gute Bauchatmung, wenig Brustatmung	enthumt verhaucht Bauchatmung
<u>Ateneinsatz</u>						
<u>Atemform</u>						
<u>Präsenz</u>						
<u>Laufstärke</u>	gering	gering	überlaut, tonlos s Ziel Brustregister scharf	von leise bis laut Mittelregister	Tendenz zum Lauten Brustregister	undifferenziert überlaut Brustregister
<u>Register</u>	Kopfregister verschleiert	zum Kopfregister tendierend verschärft	Dur - Klang geweitet	Dur - Klang weit	Dur - Klang sich weitend	Verfall des Dur-Klangs überweit
<u>Moll-Dur-Klang</u>	mehr Moll-Klang eng	Moll - Klang sehr eng	gläsern obertonreich	ausgeglichener, klar vokalisch - konsonant	vokalisch melodios	geräuschhaft verwaschen
<u>Farbigkeit</u>	rauh, bröcklig	knarrend, farblos, obertonarm	Quint- bis Oktavsprünge	alle Schwankungen möglich	schwebend schon ungesichert	unkontrolliert ausufernd
<u>Verlauf</u>	ungerichtet schwankend abfallende Linien	Monotonie	überschneidend skandierend	flexibel	unabhängig fließend	überschnell
<u>Tonhöhen-schwankungen</u>	stark verlangsam	ungleichmäßig langsam		rhythmische Gliederung	Legato	tuckhaft zerfließend
<u>Tempo</u>	unrhythmisch	Staccato				
<u>Verlaufsqualität</u>	keine	keine angenehme Reaktion	zielend nur in eine Richtung	alle Möglichkeiten der Reaktion und Gestaltung	Streben nach Lustgewinn verstellt den Blick für die Umwelt	Durch ungenügende Wertung keine adäquate Reaktion auf die Umwelt
<u>Reaktionsmöglichkeiten</u>	keine	keine angenehme Reaktion	aggressiv	in sich ruhend	genießend	
<u>allg. Binnberühndlichkeit</u>	Verweigerung des Kontakts mit der Umwelt	Gefangenheit im Reaktionschema				
<u>Signale</u>	Resignation Ermüdung Schlaf	Schreck Furcht	Zorn Mut Flucht	Zuwendung Lächeln Trotz	Lachen Gleichgültigkeit Verlegenheit	Gelächter Rausch Fähigkeit

Poltern

Stottern

Anlage 1

Therapieplan des halbjährigen Rehabilitationskurses für Stotterer und Polterer

Aufteilung der Wochen	Atem- und Stimmtherapie nach S. Smith Vitalimpulse (Seufzen) nach U. Pape				Athemrhythmisch angepaßte Phonation nach Coblenzer/Muhar			
	1.	2. 3. 4.	5. 6. 7. 8. 9. 10. 11.	12.	13. 14. 15. 16. 17.	17. — 51.		
Schwerpunkte der Sprechtherapie	Aufnahmediagnose a) Videoaufnahme b) Cassettenaufnahme mit Auszählen der Stotterersymptome über 3 Minuten c) Erstellung individueller Sprechleistungsstufen	Anbahnung des Sicherheitssprechens a) seufzen b) lösen c) weiche Einsätze d) Satzmuster	Anbahnung des Sinnsprechens a) Akzentuierung von Texten nach dem Sinn b) Anwendung im Gespräch c) Referate vortragen		Anbahnung des Gestaltenden Sprechens Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten im mimisch-gestischen und stimmlichen Bereich. Verschiedene Formen der Akzentuierung: Lautstärke/Dehnung/Tonhöhenveränderung. Gedichte/Inszenierungen von Theaterstücken/Hörspiele.	Nachkontrolle in 6wöchigem Abstand.	ab 52.	
Schwerpunkte des Sozialbereiches Umwelttraining	Einführung in die Institution	Erprobung erster Satzmuster in der Umwelt (Einholen von Auskünften/Einkäufe/Übernahme von Aufgaben in der Gruppe)	Sprachliche Erprobung in der <i>alten</i> Umgebung (regelmäßiger Besuch der Heimatschule/Lehrstelle/Berufsschule). Sprachliche Erprobung in <i>fremder</i> Umgebung/ Klassenreise	Langzeiterprobung in der <i>alten</i> Umgebung	Stadt- und Verkehrsspiel Interviews/Besuch öffentlicher Einrichtungen	Eine 3wöchige stationäre Nachbehandlung ist möglich.	Nachsorge/ Elternberatung bei Bedarf.	
Persönlichkeitsformung	Einführung in die Regeln des Gruppenlebens	Erste Gruppen- und Einzelgespräche. Aufbau eines Selbstwertgefühls. Intensives Selbstständigkeits-training.	Konfliktlösendes Rollenspiel, Fortführung des Selbstständigkeitstrainings, Konfliktbearbeitung in der Gruppe, Erörterungen von Gruppenprozessen		Individuelle Desensibilisierungsmaßnahmen (Bewerbungsgespräche, Sexualaufklärung, Interessentfindung und Zielsetzung für die persönliche Zukunft.)			
Elternschulung	1. Elterninformation über den organisatorischen Ablauf des Kurses. Individuelle Elternberatung ist jederzeit möglich.	2. Elterninformation (Einführung und Erläuterung der Therapie). Wöchentliche schriftliche Beurteilung der neuen Sprache am Wochenende.	Kommunikationstraining nach Gordon. Ich-Boischaften, Aktives Zuhören, Konfliktlösungen, Förderung der Gesprächsfähigkeit in der Familie.		3. Elterninformation (Erläuterung der Nachsorge. Weitere Verfolgung der sozialpädagogischen Maßnahmen.)			
Unterricht	Einzelunterricht begleitend zum individuellen Leistungsstand der Heimatschule (bei Bedarf Legasthenertraining oder/und bei Bedarf Gastunterricht in Fremdsprachen im benachbarten Gymnasium)							

schiedlich sein, aber allgemein läßt sich sagen, daß jeder Stotterer in Wentorf eine Verbesserung seines Sprechens und damit seiner Lebensmöglichkeiten erfahren hat.

Der Anteil an gut gebesserten Stotterern ist, gemessen an anderen Therapien, erstaunlich hoch. Was den Langzeiterfolg angeht, ist die Rückfallquote gering. Wir führen das auf das effektive Handwerkszeug (Stimmübungscassetten, akzentuiertes Lese- und Sprechmaterial) zurück, das den Stotterer in die Lage versetzt, bei Rückschlägen sich selbst zu regenerieren.

Das Ziel, unabhängig vom Therapeuten eigenverantwortlich den Sprechablauf zu kontrollieren und durch den dauernden Gebrauch zu automatisieren und zu normalisieren, wird in etwa zwei Drittel aller Fälle erreicht. Die Grenzen dieser Therapieform liegen dort, wo schwer und langsam gelernt wird. Grenzen sind dort, wo die auditive Kontrolle des Sprechablaufes durch Schwerhörigkeit oder Dysgnosie eingeschränkt ist, wo Bewegungsstörungen ein willentlich gesteuertes, gebärdenhaftes Agieren einschränken. Diese Grenzen werden durch den Jahreskurs weiter hinausgeschoben.

Grenzen der Therapie liegen aber auch beim Stotterer selbst. Er bekommt die Mittel in die Hand, frei zu kommunizieren. Die Entscheidung, das Stottern wirklich aufzugeben, trifft er jedoch allein. Es gibt wenige Fälle, wo willentlich weitergestottert wurde. Sie wollten so bleiben, wie sie waren und so von der Um-

gebung angenommen werden. Der schmerzhafteste Prozeß, das Stottern aufzugeben, bedeutet Verantwortung übernehmen und verletzbar zu werden. Neben der Vermittlung neuer Ausdrucksmöglichkeiten ist für Therapeuten und Erzieher die behutsame Einflußnahme auf diesen Entscheidungsprozeß die wichtigste Aufgabe. Wenn ein Stotterer den Mut aufbringt, sich für ein stotterfreies Leben mit allen Risiken zu entscheiden, so fühlen wir Hochachtung.

In einem Wochenendtraining lernen die Angehörigen, einen neu Sprechenden, der seine Meinungen und Wünsche nachdrücklich vertritt, anzunehmen. Dies geschieht nach dem Programm von *Gordon* (»Familienkonferenz«).

Diese Darstellung kann nur ein Hinweis auf eine sehr vielschichtige Arbeit sein. Sie sagt nichts über das Hören von Klängen, über Ängste des Therapeuten und der Stotterer, über Freude und Mißgeschicke. Auch technische Hinweise fehlen. Diese unvollkommene, kurze Darstellung kann aber ein Hinweis auf eine gelungene Umorientierung in der gängigen Stottertherapie sein. Er ist der gelungene Versuch, in einem kurzen, festen Zugriff neue Lernprozesse in Gang zu setzen, die es dem Stotterer ermöglichen, an der Regelschule und in der Umwelt nicht mehr stotternd zu agieren. Aus der langandauernden, oft frustrierenden Behandlungszeit wird so eine von berechtigter Hoffnung und Erfolgen getragene kurze Rehabilitation.

Literatur

- Rudert, J.: Ausdruck der Sprechstimme. Handbuch der Psychologie, Band 5. Göttingen 1965, S. 422 ff.
Strehle, H.: Mienen, Gesten und Gebärden. München 1954.
Trojan, P.: Der Ausdruck der Sprechstimme im Deutschen. Frankfurt/Berlin 1954.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Pape
Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte
Golfstraße 5, 2057 Wentorf

Uwe Pape ist seit 1974 Sprachheillehrer an der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf und seit 1975 Leiter der Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer. Er entwickelte — ausgehend von der Akzentmethode Prof. Svend Smiths — eine eigene Therapieform. Er sieht das Stottern als menschliches Ausdrucksmittel wie Lachen und Weinen.



Marlies Siefken, Wentorf

Die Entwicklung vom neuen Sprechen zum eigenen Sprechen

Zusammenfassung

Der Stotterer- und Poltererintensivtherapie folgt nach einem stationären Teil in Wentorf eine ambulante Nachbehandlung gleicher Dauer. Die sprachliche Erprobung im alten Milieu wird in den Therapieprozeß mit einbezogen.

Die Verfasserin berichtet an einem Fallbeispiel, wie neue Sprechmuster, die unter Kontrolle angebahnt wurden, sich in der Umwelt bewähren.

Mein Tätigkeitsfeld in der Staatlichen Internatsschule in Wentorf umfaßt die Therapie im Jahreskurs zur Rehabilitation von Stotterern und Polterern.

Die 10- bis 15jährigen Schüler sind neben der Sprachstörung oftmals lern- und mehrfachbehindert. Die von mir durchgeführte Therapie beruht auf den von Uwe Pape entwickelten Prinzipien.

In meinem Beitrag beziehe ich mich auf einen erwachsenen Stotterer. Die auftretenden Symptome und Mechanismen sind bei Erwachsenen wesentlich ausgeprägter und können deshalb anschaulicher dargestellt werden.

Die Muster der neuen Sprache sind schnell zu vermitteln und zu erlernen. Ein symptomfreies, wenn auch verlangsamtes und stark akzentuiertes Sprechen ist nach einer Therapiestunde möglich.

Die Stotterer nehmen es begeistert an, es eröffnet sich für sie plötzlich eine neue Welt mit ungeahnten Möglichkeiten.

Die Therapie sollte demnach von da ab unproblematisch verlaufen: Man braucht nur noch das Sprechtempo zu erhöhen, weniger Akzente zu setzen und dieses in der Umwelt zu trainieren.

An einem Beispiel, das für fast alle steht,

sollen die Schwierigkeiten, die während der stationären Behandlung und vor allem in der Zeit danach entstehen und bewältigt werden müssen, erläutert werden. Herr K. wurde zweieinhalb Wochen stationär behandelt. Zur Verdeutlichung der anschließenden Problematik hier eine Beschreibung der Diagnose: Herr K. zeigte starkes klonisch-tonisches Stottern. Er sprach auf der Inspiration. Die Atmungsform war clavicular. Um die Verspannungen im Kehlkopf zu überwinden, zeigte er starke Schluckbewegungen, er schnappte nach Luft oder schob Atem vor. Bei Zischlauten ließ er alle Luft entweichen, um dann auf der Restluft etwas herauszupressen. Als Randsymptom des Sprechvorganges traten Mitbewegungen des ganzen Körpers auf, insbesondere Kopfrucken, Fußscharren und starke Schweißausbrüche. Blickkontakt während der Kommunikation vermied er. Leidensdruck sowie Sprechangst waren ausgeprägt.

Wie Herr K. berichtete, war er unfähig, in der Umwelt zu kommunizieren. Kaufte er sich Zigaretten, konnte er nur auf die Marke zeigen, wollte er mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, mußte er das Fahrziel auf einen Zettel aufschreiben und diesen vorzeigen. Eine Arbeitsstelle hatte er aus Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren und einen Kollegen wegen der ständigen Hänseleien zusammenzuschlagen, gekündigt. Aus diesem Grunde war er zu Beginn der Therapie arbeitslos.

Die Therapie für Herrn K. verlief dann genau nach den von Uwe Pape entwickelten Prinzipien, nur zeitlich wesentlich gerafft.

Am zweiten Therapietag war es möglich, Gespräche mit Herrn K. mit Hilfe des Sicher-

heitssprechens zu führen. Er war durch diesen Erfolg ermutigt und bestrebt, zügig in der Therapie fortzufahren. Diesem Verhalten stand ein Mißtrauen entgegen, ob dieses Sprechen wirklich überall möglich ist, nach so langen Jahren der sprachlichen Unfähigkeit. Herr K. ging deshalb alleine in die Umwelt, kaufte ein und sprach mit Freunden. Diese Unternehmungen waren von Erfolg gekrönt.

Daraus resultierend machte die Therapie rasche Fortschritte. Durch die ständigen Erfolgserlebnisse sind die Stotterer dann so beflügelt, daß sie ihre schmerzliche Vergangenheit verdrängen und ihren Traum vom natürlichen Sprechen sofort verwirklichen wollen.

Zitat aus dem Tagebuch von Herrn K.: »Erster Therapietag. Obwohl ich mir die größte Mühe gab, ich erwischte mich immer wieder, wie ich mich selbst betrog, indem ich anfang, ohne Sicherheitssprache zu sprechen. Ich wußte zwar, daß es mir nur schadet, aber die Versuchung war so groß, daß es wirklich große Kraft benötigte, nur diese Sicherheitssprache anzuwenden.«

Zur Erläuterung muß hier gesagt werden, daß Stotterer in der Lage sind, affektbeladene Aussagen oftmals symptomfrei bewältigen zu können, sachbezogene Aussagen aber stotterbesetzt sind. Für diese schweren Sätze greifen sie dann auf die neuen Muster, in

diesem Fall auf Sicherheitssprechen zurück. Es ist aber nicht möglich, einen neuen Sprachaufbau zu leisten, während alte Sprachmuster immer wieder reaktiviert werden. Das Stottern muß ad hoc eliminiert werden.

Der weitere Therapieverlauf kennzeichnet sich durch Höhen und Tiefen im sprachlichen Bereich.

Jede neue Sprechstufe und jeder sprachliche Fortschritt, besonders in der Umwelt, löst Euphorie aus. Das Ergebnis ist ein übersteigertes Sicherheits- und Selbstwertgefühl. Die Stotterer entwickeln daraus neue Ansprüche an sich selbst und an die Therapie. Herr K. konnte und wollte nicht einsehen, warum er immer auf die saubere Verwendung der neuen Muster achten soll, wenn das Sprechen doch geht. Die Stotterer wollen in dieser Phase gut sprechen, es fehlt aber durch den Erfolg die Einsicht in die Notwendigkeit des harten und konsequenten Übens und der dauernden Anwendung des guten Sprechens.

Zitat aus dem Tagebuch von Herrn K.: »Am Nachmittag erwischte ich mich immer wieder beim Pfuschen. Abends im Zimmer wurde ich dann wieder übermütig. Mit meinem Zimmerkollegen unterhielt ich mich — und die Techniken, die ich immer anwenden sollte, ich benutzte sie nur, wenn ich mich festgesabbelte hatte. Ich sehe ja ein, daß die ganze



*Aus der Arbeit in Wentorf:
Ruhigstellen mit Kontrolle
der Atmung*

Therapie nur auf Disziplin aufgebaut werden kann, aber kann es denn schlimm sein, wenn ich ein paarmal pfusche?»

Wie schon beschrieben, kann sich mit dieser Verfahrensweise die neue Sprache nicht verfestigen. Durch den von Herrn K. beschriebenen »Pfusch« kommt es immer wieder zu mehr oder weniger starken Rückfällen. Deshalb gehen die Bestrebungen ständig dahin, dem Stotterer zu verdeutlichen, daß es nur zwei Möglichkeiten gibt: zu stottern oder gut zu sprechen. Einen Kompromiß dazwischen gibt es nicht.

Den Entschluß, für welche Möglichkeit er sich entscheidet, muß er ganz alleine treffen, denn mit dieser Entscheidung übernimmt er auch die Verantwortung für sein Sprechen.

Herr K. wollte diese Verantwortung nicht übernehmen, denn es hätte für ihn bedeutet, immer gut sprechen zu müssen. Er agierte mit der Argumentation, daß es ihm so ausreiche, denn wenn es darauf ankäme, könne er auf die neuen Muster zurückgreifen und somit jede sprachliche Situation bewältigen. Die Muster des neuen Sprechens halten nur für eine gewisse Zeit an. Wenn immer wieder alte Sprechmuster dagegengesetzt werden, versagt plötzlich die neu erlernte Sprechweise mangels Training. So tritt während des Therapieverlaufes immer wieder die Frage auf, ob die Stotterer das Stottern wirklich aufgeben wollen. Das Stottern aufgeben heißt

nämlich, wie jeder andere Mensch zu sein, es heißt, Verantwortung übernehmen zu müssen und Entscheidungen zu treffen. Diese würde wohl jeder Mensch zeitweilig gerne umgehen.

Während der stationären Behandlungszeit übernehmen die Therapeuten und Erzieher einen Teil Verantwortung. Der Stotterer wird auf gutes Sprechen hingewiesen, es wird mit ihm geübt, Gefahren schlechten Sprechens werden aufgezeigt, über den Sprechablauf wird die Kontrolle übernommen. Für diese Verantwortung werden sie auch schuldig gemacht: Schlechtes Sprechen liegt dann an der Therapie oder am Therapeuten.

Zitate aus dem Tagebuch von Herrn K.: »Sie wollte nun die Geschichte hören, die ich am Donnerstag geübt haben sollte. Schon nach dem dritten Satz sagte sie, ich soll aufhören. Sie sagte nur, daß ich sie in dieser kurzen Zeit zwanzigmal angepfuscht hätte. Sie forderte mich auf, über die Sache nachzudenken, und brach die Therapie ab. Wütend ging sie aus dem Zimmer, und ich saß da mit meinem Talent. Ich war sauer, denn ich fühlte mich ungerecht behandelt.«

»Frau Siefken sagte mir, daß es so nicht ginge. Ich hatte ein komisches Gefühl im Bauch. Ich weiß nicht wie, aber ich fühlte mich erwischt.«

Nach zweieinhalb Wochen Therapie hatte sich der Sprachstatus von Herrn K. gut ge-



*Aus der Arbeit in Wentorf:
Musik und Bewegung*

bessert. Das neue Sprechen hörte sich natürlich an, und er war in der Lage, in jeder Situation symptomfrei kommunizieren zu können. Tagebuchzitat: »Ich bin jetzt ein ganz normaler Mensch. Ich werde jetzt von denen, die mich nicht als Stotterer kannten, genauso gefordert wie alle anderen Menschen. Früher wurde ich aus Mitleid oft nicht so sehr gefordert. Das wird wohl jetzt vorbei sein. Das ist für mich der einzige Nachteil. Ich wollte schon immer gefordert werden. Auf geht's ins neue Leben.«

An diesem Tage wurde die Verantwortung für sein Sprechen, die wir kurzfristig übernommen hatten, an Herrn K. zurückgegeben. Er hatte nun die Aufgabe, eigenverantwortlich das neu erlernte Sprechen zu seinem eigenen Sprechen zu machen und das Stottern nicht mehr zuzulassen.

Herr K. sollte im nachfolgenden Halbjahr zehnmal ambulant zur Überprüfung seines Sprachstatus erscheinen.

E. S., eine ehemalige Schülerin, schreibt in ihrem Tagebuch zu ihren ersten Erfahrungen in der Umwelt: »Zwischen Stottern und Nichtmehr-Stottern macht die Umwelt begrifflicherweise keinen Unterschied. Das gute Sprechen wird für die Menschen viel schneller zur Selbstverständlichkeit als für den ehemaligen Stotterer. Das ist für den Betroffenen selbst im ersten Moment eine Enttäuschung. Wenn man wirklich aufhören will zu stottern, muß man sich klar werden, daß man nicht für andere, sondern für sich selbst das Sprechen gelernt hat. Dann muß man weiter arbeiten, obwohl es niemand mehr würdigt.«

Herr K. kam nach einer Woche zur ersten Überprüfung. Er sprach sehr gut, hatte fleißig geübt und berichtete über seine Erfolge mit dem guten Sprechen in der Umwelt. Er hatte sich um Arbeit bemüht, Bewerbungsgespräche geführt und nun eine interessante Stelle in Aussicht. Er war einkaufen gewesen, hatte telefoniert, Gespräche mit Freunden und Fremden geführt. Die Umwelt hatte seinem guten Sprechen viel Lob gezollt.

Die nächsten Überprüfungstermine nahm Herr K. nicht wahr. Aus den Erfahrungen mit anderen Stotternern mußte es zu einem Rückfall gekommen sein.

Zitat aus dem Tagebuch von Herrn K. dazu: »Nun ist es fast drei Monate her, daß ich die letzte Therapiestunde hatte. Es ist schön, daß ich wieder in Wentorf bin. Während der drei Monate durchlebte ich die wohl schlimmsten Tage. Der prophezeite Rückfall kam. Hier wurde immer gesagt: Mach regelmäßig die Stimmübungen, sonst stürzt du ab! Ich hatte es doch wirklich geglaubt. Und dann kam der Tag, an dem ich die Übungen einmal nicht machte, weil ich entweder zu müde war oder warum auch immer. Jedenfalls sprach ich dann am nächsten Morgen immer noch gut. Und dann kam das zweite, dritte, vierte Mal usw.; und ich sprach immer noch gut. Aber dann ging es abwärts. Zuerst merkte ich gar nicht, was mit mir passierte. Als ich es merkte, war es wohl schon viel zu spät. Ich stotterte. Freunde, Verwandte und besonders meine Verlobte sprachen mich immer wieder darauf an. Aber ich, ich hielt es immer noch nicht für nötig, mit dem Üben anzufangen. Dann wurde ich auf der Arbeit gefordert — auch sprachlich. Und so kam es dann, daß ich wieder anfang zu üben. Ich konnte mich aus meinem schlimmen Tief herausholen. Aber so ganz habe ich es nicht geschafft. Als ich gerade ‚aus dem Größten‘ heraus war, rief Frau Siefken an und machte einen Therapietermin klar. Jetzt geht es aufwärts — und das ist schön. Ich machte keine Versprechungen mehr für die Zukunft. Ich habe *nur* etwas versprochen — und wenn ich das nicht halte, dann enttäusche ich mich selbst am meisten.«

Fast für jeden nach diesem Prinzip therapierten Stotterer kommt der Zeitpunkt, wo er sich sprachlich sicher fühlt. Er will dann ohne Therapiemittel leben. Das ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht möglich. Der Rückfall, so schmerzlich er einerseits ist, so lehrreich ist er für den Stotterer andererseits.

Die Schüler, wie auch Herr K., bekommen Therapiemittel an die Hand, die es ihnen ermöglichen, sich selbständig aus diesem Tief zu regenerieren. Sie müssen den gesamten Gang durch die Therapie noch einmal alleine gehen, erst dann sind sie selbständig und unabhängig.

Der Kampf, das Stottern zu besiegen und das

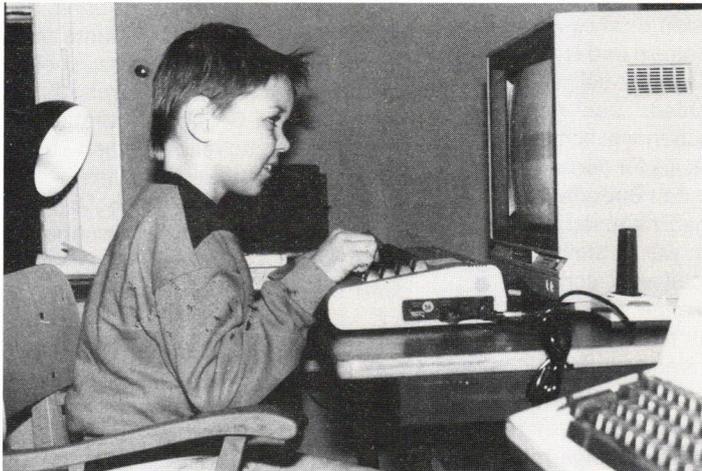
neue Sprechen zum eigenen Sprechen werden zu lassen, ist damit immer noch nicht abgeschlossen. Der Zeitpunkt, wann dieses geschehen ist, hängt von der Willenskraft und der Konsequenz jedes einzelnen ab. Wenn er in den darauffolgenden ein bis zwei Jahren kontinuierlich arbeitet und immer gut spricht, ist das neue Sprechen so verinnerlicht, daß er auf Therapiemittel und willentliche Kontrolle des Sprechaktes verzichten kann. Werden zwischendurch alte Sprechmuster zugelassen, verlängert sich der Prozeß entsprechend.

Herr K. hat jetzt durch intensive Eigenarbeit und durch ambulante Beratung wieder einen guten Sprachstatus erreicht.

Zum Abschluß möchte ich betonen, daß diese Therapie auch bei jungen und auch lern- und mehrfachbehinderten Kindern nach den genannten Prinzipien erfolgreich durchgeführt werden kann. Die Therapiezeit verlängert sich dann von der 14tägigen stationären Behandlung des Herrn K. auf ein Schuljahr.

Anschrift der Verfasserin:
Marlies Siefken
Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte
Golfstraße 5, 2057 Wentorf

Marlies Siefken ist seit 1981 als Stimm- und Atemtherapeutin an der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte beschäftigt und leitet dort den Rehabilitationskurs für jüngere Stotterer und Polterer.



*Aus der Arbeit in Wentorf:
Am LRS-Computer*

Leserbrief

zum Beitrag von Gisela und Holger Lakies »Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns« (Heft 4/1985 und Heft 6/1985)

Obwohl auch ich eine fachliche Diskussion über die beste und dem Einzelfall angemessene Stotterertherapie sehr begrüße, kann ich doch die Form des o. a. Beitrages nicht akzeptieren. Bei mir ist — kommunikationspsychologisch gesehen — im Kern folgende Nachricht angekommen: Die Fachberater (in Niedersachsen) weisen Herrn Lakies als freiberuflich tätigem Sprachtherapeuten zu Unrecht zu wenige Klienten zu. Anstatt eine persönliche Aussprache mit dem Fachberater zu suchen, verschiebt er sein Problem auf eine scheinbar sachliche Ebene, indem er den Fachberatern für Hör- und Sprachgeschädigte im Grunde genommen ihre fachliche Kompetenz abspricht oder ihnen zumindest indirekt Pflichtverletzung gegenüber den Sprachbehinderten vorwirft.

Da ich seit 1968 in unserer Stationären Abteilung für Stotterer und ebenfalls nebenamtlich durch langjährige Tätigkeit als Stotterertherapeut umfangreiche Erfahrungen sammeln konnte und außerdem die meisten stationären Sprachheileinrichtungen im Bundesgebiet persönlich kenne, möchte ich auf dieser Grundlage folgende Feststellungen treffen:

1. Die in Niedersachsen von den Fachberatern für Hör- und Sprachgeschädigte in enger Zusammenarbeit mit dem Amtsarzt und den Sozialarbeitern des Gesundheitsamtes durchgeführte Untersuchung der Sprachbehinderten mit dem anschließenden Therapievorschlag hat sich sehr bewährt, zumal keine finanziellen Interessenkonflikte bestehen.
2. Der Fachberater verfügt nicht nur über ein umfangreiches Wissen (durch Ausbildung, laufende Kontakte zu den mit der Therapie betrauten Institutionen und Personen, z.B. Sprachtherapeuten, Ärzten) und eine lange Erfahrung, sondern auch über einen genauen Überblick über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten in seinem Einzugsbereich. Da ihm behandelte Stotterer stets wieder vorgestellt werden müssen, kennt er ebenfalls die Behandlungserfolge der entsprechenden Therapeuten und Institutionen. Die Einleitung stationärer Sprachheilmaßnahmen erfordert grundsätzlich die Zustimmung des Amtsarztes.
3. Bisher konnte ich seinen gestellten Diagnosen und seinen Therapievorschlägen stets voll zustim-

men, auch wenn dem Stotterer zunächst eine ambulante Therapie verordnet wurde.

4. Eine stationäre Sprachheilbehandlung erfolgt grundsätzlich nur mit Zustimmung der Eltern, nachdem sie unsere Einrichtung kennengelernt haben.
 5. Bei fast allen uns zugewiesenen Stotterern wurde bereits vorher eine ambulante Sprachtherapie ohne anhaltenden Erfolg durchgeführt.
 6. Alle diese Stotterer zeigten außerdem schon eine ausgeprägte neurotische Fehlentwicklung mit einer vielfältigen neurotischen Symptomatik (z. B. Einkoten, Einnässen, Kontaktstörungen, Überangebrauch, starke Bequemlichkeitshaltung, Aggressionsgehemmtheit oder psychosomatische Störungen wie Hauterkrankungen, Bronchialasthma) auf der Basis familiärer Beziehungsschwierigkeiten.
 7. Die meisten ambulant tätigen Sprachtherapeuten (auch Sprachheilschulen) veranlassen sehr verantwortungsbewußt rechtzeitig eine stationäre Sprachheilbehandlung, sobald sie ihre Maßnahmen für nicht ausreichend halten.
 8. Leider verschweigen auch manche Stotterertherapeuten ihren langjährigen Klienten die Möglichkeit, beim Gesundheitsamt um Rat zu suchen. Nur zufällig erfahren die Eltern dann — sehr erbost — von der Möglichkeit einer stationären Therapie.
- Zu Lakies' Beschreibung der Organisation der Stotterertherapie sei vorweg betont, daß die Sprachheilheime die verschiedenen Möglichkeiten einer Stotterertherapie voll akzeptieren und auch zu würdigen wissen. Lakies beschreibt die vielen Vorzüge einer ambulanten Stotterertherapie, wobei für mich offenbleibt, ob hier aus eigener Praxis berichtet wurde. Demgegenüber zeichnet er ein Bild von den Sprachheilheimen, das der Realität nicht entspricht. Lakies berücksichtigt in seiner Darstellung der Sprachheilheime nicht ausreichend die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkräfte (medizinische, sprachheilpädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen), die intensive Elternberatung mit den verschiedenen psychologischen Möglichkeiten trotz längerer Anfahrtswege der Eltern (z.B. Fokalthherapie), die langjährige Nachbehandlung der Stotterer, die gute Zusammenarbeit mit aufgeschlossenen und vorurteilsfreien Kollegen in freier Praxis.
- Iwert* und *Oertle* konnten in ihren Leserbriefen

(Heft 6/1985), die ich voll unterstütze, vieles richtigstellen und klären.

Warum stellt *Lakies* die Behandlungserfolge der Sprachheilheime in Frage (es gibt entsprechende Veröffentlichungen), während er gleichzeitig eine Aussage über das Kindersanatorium in der DDR unkommentiert übernimmt (Heft 4/1985, S. 178)?

Alle unsere Klienten sind am Ende des neunmonatigen Kursus imstande, mit Hilfe der sogenannten Sprechstützen störungsfrei zu sprechen. Aber das eigentliche Problem des Stotterers bleibt doch die Generalisierung des störungsfreien Sprechens, das nach meinen Erfahrungen nur zu erreichen ist, wenn die zugrundeliegenden psychischen Konflikte aufgearbeitet werden konnten. Die häufig unbewußten Ängste des Stotterers, durch projektive Tests (z. B. Sceno) zutage gefördert, erfordern eine entsprechende Psychotherapie. Außerdem werden die Stotterer während ihres stationären Aufenthalts fortlaufend zum störungsfreien Sprechen angehalten.

Zudem widerspricht *Lakies'* Ansicht über »eine diätetische und medikamentöse Unterstützung der Sprachheilbehandlung« unseren Erfahrungen.

Es würde zu weit führen, in einem Leserbrief noch ausführlicher auf einzelne Probleme der Stottertherapie einzugehen.

In *Lakies'* Falldarstellung über eine sogenannte sorglose Einweisung in stationäre Behandlung (Heft 6/1985, S. 298) wird unsere Auffassung über Diagnose und Therapie des Stotterns besonders deutlich. Stottern ist für mich eine situationsbedingte Kommunikationsstörung bei *subjektiven* Belastungen. So kann ein halbstündiges, symptomfreies Sprechen allein nicht ausreichend sein, um von einer stationären Sprachheilmaßnahme abzuraten, die von anderen qualifizierten Fachkräften empfohlen wurde.

Abschließend möchte ich folgende Vorschläge unterbreiten:

1. Eine enge Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Fachkräften (im weitesten Sinne) auf

sachlicher Basis erscheint unumgänglich. Beziehungsschwierigkeiten sollten direkt und offen geklärt werden.

2. Der ambulant tätige Stottertherapeut stellt nach etwa 20 bis 30 Sitzungen das Kind dem Gesundheitsamt (in Niedersachsen) bzw. einer anderen unabhängigen Institution erneut vor. Dort werden weitere Therapiemaßnahmen empfohlen.

3. Der Sprachtherapeut sucht vermehrt Kontakt zu den Sprachheilheimen, um deren umfangreiche Erfahrungen für die eigene Praxis zu nutzen, wobei gleichzeitig ein Erfahrungsaustausch stattfindet.

4. Der Sprachtherapeut arbeitet, sofern er nicht selbst eine zusätzliche psychotherapeutische Qualifikation besitzt, eng mit psychotherapeutisch ausgebildeten Fachkräften (Arzt, klinischer Psychologe, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut u. ä.) zusammen.

5. Die Sprachheilheime überweisen diesem Personenkreis dann ggf. ihre Klienten zur Nachbehandlung, wenn das Therapieergebnis nicht befriedigt und die eigenen Nachbehandlungsmaßnahmen nicht ausreichen. (Das wäre nach meinen Erfahrungen nur der Fall, wenn die Behandlungsdauer zur Durchführung der Psychotherapie des Stotterers und zur Aufarbeitung der Familienkonflikte nicht ausreichend war.)

Insgesamt gesehen wünsche ich mir eine umfassende, fachliche Diskussion über das gesamte Stottererproblem mit vorurteilsfreien, informierten Kollegen, auch wenn ich — verständlicherweise — eine stationäre Stottertherapie wegen der interdisziplinären Zusammenarbeit und komplexen, intensiven Therapie in den meisten Fällen für optimal halte.

Hans Bokelmann
Studiendirektor, Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeut
Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte
(Stationäre Abteilung für Stotterer)
Silberfundstraße 23, 3200 Hildesheim

Umschau

Wissenswertes zum Thema ABD § 1 und § 2

(Allgemeine Bestimmungen für Diplomprüfungsordnungen in der Fassung vom 30. Mai 1980)

Häufig muß leider festgestellt werden, daß Studierende des Diplomstudienganges Sondererzie-

hung und Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Sprachrehabilitation existentielle Bestimmungen aus der ABD nicht kennen. Das hat zur Folge, daß manche Dipl.-Pädagogen, die bekanntlich nur im außerunterrichtlichen Bereich der Sprachrehabilitation eingesetzt werden können, nicht mit Angehörigen anderer sprachtherapeutischer Berufs-

gruppen konkurrieren können, also keine hinreichende Existenzgrundlage haben.

§ 1 *Bezogenheit des Studiums auf die Berufspraxis*

§ 1 Satz 1

»Die Dipl.-Prüfung bildet den 1. berufsqualifizierenden Abschluß des Studiums.«

Die Dipl.-Prüfung ist also nur ein *erster* berufsqualifizierender Abschluß, dem noch ein zweiter Abschluß folgen muß. Über die zweite Phase fehlen nähere Bestimmungen, da für diesen Bereich nicht mehr die Universität zuständig ist.

Seit Herbst 1985 gibt es für Dipl.-Pädagogen des Studienganges Sondererziehung und Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Sprachrehabilitation eine Weiterbildungsphase, die zwei Jahre berufsbegleitend von der Akademie für Sprachrehabilitation, dem medizinisch-therapeutischen Weiterbildungswerk des Berufsverbandes diplomierter Sprachheilpädagogen e.V., Bonn, betrieben wird und mit einer Zweiten Prüfung (Weiterbildungsprüfung) abschließen soll.

§ 1 Satz 2

»Durch die Dipl.-Prüfung soll festgestellt werden, ob der Kandidat die für den Übergang in die Berufspraxis notwendigen gründlichen Fachkenntnisse erworben hat, die Zusammenhänge seines Faches überblickt und die Fähigkeit besitzt, wissenschaftliche Methoden und Erkenntnisse anzuwenden.«

Der Dipl.-Studiengang ist also zwingend auf die Berufspraxis ausgerichtet. Studieninhalte sind von dorthin zu bestimmen. In diesem Zusammenhang hat der Berufsverband diplomierter Sprachheilpädagogen e.V., Bonn, im Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium des Landes Nordrhein-Westfalen nicht nur einen Studieninhaltskatalog, sondern auch Richtlinien zur ordnungsgemäßen Durchführung eines Berufspraktikums erstellt. Danach beträgt das Berufspraktikum insgesamt 52 Wochen (1300 Stunden).

Nach § 16, 3 ABD ist die erforderliche berufspraktische Ausbildung Voraussetzung für die Zulassung zur Diplom-Prüfung. In diesem Zusammenhang sei auch auf § 3 ABD hingewiesen:

»Eine für das jeweilige Studienziel gegebenenfalls erforderliche berufspraktische Tätigkeit, die mit den übrigen Teilen des Studiums inhaltlich und zeitlich abzustimmen und nach Möglichkeit in den Studiengang einzuordnen ist, wird auf die Regelstudienzeit nicht angerechnet.«

Das bedeutet, daß sich durch das Berufspraktikum die Studienzeit zwangsläufig verlängert.

§ 2 *Angaben des Studienschwerpunktes im Zeugnis:*

»Ist die Diplom-Prüfung bestanden, verleiht das zuständige akademische Organ den Diplomgrad mit der Angabe der Fachrichtung, z. B. »Diplomchemiker«, ... Auf Antrag des Absolventen ist in der Diplomurkunde der Studiengang anzugeben.«

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls § 24 ABD zu sehen, in dem es heißt:

»... Gegebenenfalls sollen ferner die Studienrichtung und die Studienschwerpunkte in das Zeugnis aufgenommen werden.«

Die Absolventen des Diplomstudienganges sollten also in jedem Fall beim Prüfungsamt beantragen, daß der Arbeitsschwerpunkt Sprachrehabilitation in die Zeugnisurkunde aufgenommen wird.

So weigerte sich z. B. im vergangenen Jahr die Universität Dortmund plötzlich, den Dipl.-Pädagogen der Studienrichtung »Sondererziehung und Rehabilitation« den Schwerpunkt »Sprachbehindertenpädagogik« (Sprachrehabilitation) zu bescheinigen.

Das hatte für die Betroffenen schwerwiegende Folgen. Da sie nicht nachweisen konnten, daß sie gemäß den Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien zu den Personen gehören, die für die Durchführung von Sprachtherapie berechtigt sind, blieben sie daher unberücksichtigt. Anstellungsträger, Verbände und Krankenkassen erkannten sie nicht an. Selbst der Berufsverband diplomierter Sprachheilpädagogen e.V., Bonn, konnte die Betroffenen erst nach zusätzlichen Befragungen und Erbringung von Bescheinigungen aufnehmen. Mühselige Interventionen brachten schließlich eine Änderung: Der Minister für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen wies die Universität Dortmund mit Erlaß vom 23. Mai 1985 an, nachträglich den Schwerpunkt »Sprachbehindertenpädagogik« (Sprachrehabilitation) auf dem Dipl.-Zeugnis zu bescheinigen.

In Ergänzung dazu sei auch auf die Schlußbestimmungen im § 26 ABD verwiesen. Danach ist eine nachträgliche Korrektur bzw. Ergänzung des Zeugnisses »nach einer Frist von fünf Jahren ab dem Datum des Prüfungszeugnisses ausgeschlossen«.

Quellennachweis: GMBI. 1980, Nr. 25, S. 422–427

Dipl.-Päd. Gregor Heinrichs
Sprachheilbeauftragter
Goethestraße 56, 4000 Düsseldorf 1

Hörgestörte Kinder in »Normalklassen« gern gesehen

Die Integration behinderter Kinder in normalen Schulklassen stößt offenbar bei den Schülern auf weit weniger Widerstände, als in der Öffentlichkeit noch vielfach befürchtet wird. Dieses ermutigende Ergebnis erbrachte eine Untersuchung des Heidelberger Dozenten für Pädaudiologie und Gehörlosen-Pädagogik Armin Löwe, die im Auftrag der GEERS-STIFTUNG Dortmund durchgeführt wurde.

Bei der Untersuchung von 300 hörgeschädigten Kindern, die zusammen mit normalhörenden Klassenkameraden die Schule besuchen, stellte sich heraus: Auch die Lehrer stehen ihren behinderten Schülern weit aufgeschlossener gegenüber, als bisher angenommen wurde.

Die Studie ergab:

— Mehr als 90 Prozent der befragten Lehrer empfinden ihre hörgeschädigten Schüler keineswegs als eine Belastung.

— Etwa 70 Prozent von ihnen sehen in der Anwesenheit der hörbehinderten Kinder sogar eine Bereicherung für ihre Klasse.

Ebenfalls als überraschend muß die Tatsache gewertet werden, daß 57 Prozent der in Regelschulen (das sind Grundschulen, Realschulen und Gymnasien) unterrichteten hörgeschädigten Kinder mindestens ein Musikinstrument spielen!

Der jetzt auch in Buchform vorliegende Forschungsauftrag behandelt aber nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch die Grenzen gemeinsamen Unterrichts für hörbehinderte und gesunde Kinder. Professor Löwe zeigt dabei auch didaktische Hilfen für die Lehrer auf. Er empfiehlt u. a. bewährte Sitzordnungen und technische Hilfen, die den hörbehinderten Schülern das Lernen erleichtern. Das 192 Seiten starke Buch mit dem Titel »Hörgeschädigte Kinder in Regelschulen« kann gegen Voreinsendung von 25 DM unter folgender Anschrift bestellt werden: GEERS-STIFTUNG, Postfach 806, 4600 Dortmund 1.

Mentorentag des Lehrgebietes Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover

Am 12. Februar 1986 fand der diesjährige Mentorentag statt, an dem etwa 150 Sprachbehindertenpädagogen aus ganz Niedersachsen teilnahmen. Zum einen sollte dadurch die Möglichkeit geschaffen werden, die Zusammenarbeit zwischen den an der theoretischen bzw. praktischen Ausbildung für

Sonderschullehrer mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik beteiligten Kolleginnen und Kollegen zu intensivieren; zum anderen wurden durch drei Vorträge unterschiedliche Aspekte der sprachbehindertenpädagogischen Arbeit beleuchtet.

Im ersten Vortrag referierte Prof. Dr. Dr. Hausamen das Thema: »Lippen-Kiefer-Gaumenspalten: Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen und sprachtherapeutischen Intervention«. Der Schwerpunkt des Referates lag in der Darstellung der Anatomie der Fehlbildungen anhand von Diapositiven und in Erläuterungen der verschiedenen interdisziplinären Behandlungsmaßnahmen.

In einem zweiten Referat befaßte sich Fritz Steinmeier mit Prozessen der sensorischen Integration im Zusammenhang mit Sprachentwicklungsstörungen bei Vorschulkindern. Auf dem Hintergrund der Theorie von J. Ayres wurden Fördermöglichkeiten herausgearbeitet, die durch Videoaufnahmen veranschaulicht wurden.

Helga Kalkowski erläuterte in ihrem Vortrag »Therapeutische Aspekte im Klassenunterricht mit Sprachbehinderten«. Hier wurden anhand von Unterrichtsbeispielen und generellen Unterrichtsprinzipien Möglichkeiten für die Verbindung unterrichtlicher, erzieherischer und sprachtherapeutischer Zielsetzungen im Klassenunterricht aufgezeigt.

Uwe Förster

REHAB '86 trotz Erweiterung voll ausgebucht

Die 4. Internationale Fachausstellung für Reha-bilitationshilfen, die in Karlsruhe vom 24. bis 27. April 1986 unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Lothar Späth stattfindet, hat ihre Ausstellungsfläche gegenüber dem Vorjahr erheblich erweitert.

Trotz dieser fast 25prozentigen Flächenvergrößerung sind alle Standplätze in den Hallen und im Freigelände voll belegt. Fast 180 Aussteller zeigen ihre neuesten Hilfsmittel oder bieten ihre Dienstleistungen an. Auch zahlreiche Verbände haben wieder Beratungsstände eingerichtet. Eine Reihe von Besucherdelegationen, u. a. aus der Volksrepublik China, Kanada und den Vereinigten Staaten, wollen die REHAB '86 als offizielle Vertretung ihres Landes besuchen.

Besondere Bedeutung hat der Kongreß als Fortbildungsveranstaltung (anerkannt gemäß § 23 Absatz 4 SchwbG). Unter dem Eindruck der doch noch in diesem Jahr beabsichtigten Novellierung des neuen Schwerbehindertengesetzes wird eine

umfangreiche Informationstagung für die Vertrauensleute der Behinderten in Behörden und Industrie, Betriebsräte und Arbeitgebervertreter stattfinden. Unkenntnis und Unsicherheit bei der Behandlung von Behinderten am Arbeitsplatz soll mit dieser Veranstaltung abgebaut werden.

Die REHAB wird 1986 die größte europäische Veranstaltung ihrer Art sein.

23. Arbeitstagung der Dozenten für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 2. bis 4. Oktober 1986 an der Universität Freiburg/Schweiz

Thema: Forschung und Lehre für die Sonderpädagogische Praxis — Wie schlagen wir in der Ausbildung die Brücke? Mit Plenumsreferaten zu Grundsatzfragen und zahlreichen Workshops zu praxisbezogenen Ausbildungselementen.

Plenumsreferenten sind voraussichtlich: Prof. Dr. Klaus-Peter Becker, Berlin (DDR), Prof. Dr. Ulrich Bleidick, Hamburg, Jürg Jegge, Sonderpädagoge und Schriftsteller, Rorbas/Schweiz, Prof. Dr. Walter Thimm, Oldenburg, sowie von der sonderpädagogischen Praxis direkt Betroffene.

Das detaillierte Programm erscheint im Mai. Es kann angefordert werden bei: Prof. Dr. Urs Haeblerlin, Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg, Petrus-Kanisius-Gasse 21, CH-1700 Freiburg.

AKoP: Fortbildung 1986

Im AKoP (Arbeitskreis Kooperative Pädagogik) haben sich Fachkräfte aus Pädagogik und Behindertenarbeit zusammengeschlossen, die überzeugt sind, daß Kooperation Ziel und Weg eines menschenwürdigen Lebens ist. Daher wollen sie die Zusammenarbeit verbessern zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, Schülern und Lehrern, Patienten und Therapeuten, zwischen den Fachkräften selbst. Diesem Ziel dient auch die AKoP-Fortbildung. Ihr herausragendes — kostspieliges — Qualitätsmerkmal ist, daß stets mehrere Dozenten den gesamten Kurs gemeinsam gestalten. Geleitet wird sie von Prof. Dr. Franz Schönberger, Lehrgebiet Allgemeine Behindertenpädagogik an der Universität Hannover.

Vom 29. September bis 3. Oktober 1986 veranstaltet das Ev. Diakoniewerk Gallneukirchen (A-4210 Gallneukirchen, Telefon 07235/3251 bis 55) einen offenen Kurs mit Prof. Jetter und Prof. Schönberger (Univ. Hannover) sowie Prof. Fagner (Päd. Ak. Linz): Kooperative Pädagogik im Alltag der

Sonderschulen — Der Erwerb von Zeichensystemen unter behindernden Bedingungen.

Basel, 1. bis 5. September 1986: Die schulische Integration Behinderter aus der Sicht einer sozialen Ökologie. PD Dr. Emil E. Kobi, Univ. Basel, Prof. Dr. K. Jetter und Prof. Dr. Schönberger, Univ. Hannover.

Unterschleißheim/München, 8. bis 12. September 1986: Sonderpädagogische Förderdiagnostik zwischen Auslesezwängen und Bildungszielen. Prof. Dr. K. Jetter und Prof. Dr. F. Schönberger, Univ. Hannover, Prof. Dr. K. D. Schuck, Univ. Hamburg.

Neustadt/Weinstraße, 6. bis 10. Oktober 1986: Kooperative Pädagogik schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher — Körpererfahrung und Zusammenarbeit. Dipl.-Päd. W. Praschak, Univ. Hannover, A. Fröhlich, Landstuhl, Ch. Spranke, Hamburg, H. Schönberger-Kuse, Neustadt a. Rbge.

Ganderkesee bei Bremen, 13. bis 17. Oktober 1986: Kooperative Pädagogik des Anfangsunterrichts im Lesen und Schreiben. Prof. Dr. K. Jetter, Univ. Hannover, I. Koopmann, Sonderschullehrerin, Delmenhorst.

Stuttgart, 27. bis 31. Oktober 1986: Kooperative Förderung des mathematischen Denkens im Eingangs- und Primarbereich. Prof. Dr. F. Schönberger, Univ. Hannover, J. Greiner, Seminarleiter, Hannover.

Hannover, 6. bis 9. November 1986: Wie macht man die Video-Technik fruchtbar für die Arbeit mit Behinderten? Dipl.-Päd. K.-P. Meyer-Bendrat, Univ. Hannover, Prof. Dr. H. Mülke, Univ. Bielefeld, Fa. W.-D. Lixfeld, Hannover.

Weitere Informationen bei: AKoP-Fortbildung, Prof. Dr. F. Schönberger, Ricklinger Straße 13, 3057 Neustadt 1, Telefon (05032) 64949.

Ferienkurse 1986

Die Schule Schlaffhorst-Andersen, Jugenddorf Bad Nenndorf, im Christlichen Jugenddorfwerk Deutschlands bietet wieder Ferienkurse an:

02. bis 12. Juli 1986

14. bis 19. Juli 1986

13. bis 18. Oktober 1986.

Die Kosten für die Kurzurse (415 DM) und den zehntägigen Kurs (830 DM) enthalten Unterkunft, Vollverpflegung und täglich Gruppenunterricht in kleinen Gruppen in den folgenden Gebieten der Methode Schlaffhorst-Andersen: Schwingen (einzeln), Atmung und Singen, Atmung und Sprechen, Atmung und Bewegung, Chor.

Richten Sie Ihre Anfragen bitte an: Schule Schlawhorst-Andersen, Jugenddorf Bad Nenndorf, Bornstraße 20, 3052 Bad Nenndorf, Telefon (05723) 31 23.

Tagungen

5. und 6. September 1986. Psychologische Hilfen während der Vojta-Therapie. Ort: Kinderzentrum München, Klinik, Blumenburgstraße 71, 8000 München 19. Leitung: Dipl.-Psych. Walter Hoffmann, München, Bärbel Hosenfeld, Krankengymnastin, München. Zielgruppe: Krankengymnasten mit Vojta-Kurs, Psychologen. Kursgebühr: 130 DM.

13. und 14. September 1986. Therapie zur Gruppenfähigkeit von Klein- und Schulkindern. Ort: Kinderzentrum München, Klinik, Blumenburgstraße 71, 8000 München 19. Leitung: Dipl.-Psych. Gisela Fröhlich, München. Kursgebühr: 80 DM.

17. und 18. September 1986. Das Bobath-Konzept in der Pädiatrie. Ort: Kinderzentrum München, Pavillon, Lindwurmstraße 129 e, 8000 München 2. Leitung: Primaria Dr. Margit Hochleitner, A-Leonding. Kursgebühr: 120 DM.

17. bis 19. September 1986. Psychomotorische Therapie beim MCD-Kind. Ort: Montessori-Schulen des Kinderzentrums München, Turnhalle, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Leitung: Frau Susanne Navill, CH-Zürich, John Graham, San Carlos, USA, Hanspeter Egloff, CH-St. Gallen. Kursgebühr: 450 DM.

Anmeldungen für alle Kurse erbeten an: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V. im Kinderzentrum München, z. H. Frau Bolte, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

Nachruf

Prof. Svend Smith gestorben

Im November 1985 verstarb der Professor der Phonetik, Svend Smith. Wir verlieren damit nicht nur einen Freund, sondern auch einen »Altmeister der Sprachheilarbeit«.

In den dreißiger Jahren entwickelte er die Grundsätze seiner Akzentmethode, die sich neben den gängigen Therapien in Dänemark nicht durchsetzen konnten. In vielen Kursen im Ausland verbre-

tete er seine Ideen. Er befruchtete auch unsere Arbeit durch immer neue praxisbezogene Einfälle. Selbst als »Gaukler vom Tivoli« blieb er ein Phonetiker.

Die Akzentmethode feiert in diesem Jahr fünfzig-jähriges Jubiläum. Svend Smith hat uns damit ein wirksames Handwerkszeug gegeben, das sich in verschiedenen Therapieformen bewährte.

Wir trauern um einen guten Freund und eine fachliche Größe.
Marlies Siefken/Uwe Pape

Würdigung

Frau Prof. Dr. Gerda Knura

Mit Ablauf des Wintersemesters 1985/86 trat die Inhaberin des Lehrstuhls »Pädagogik der Sprachbehinderten« an der Universität zu Köln, Frau Prof. Dr. Gerda Knura, in den Ruhestand. Zur Würdigung ihrer bisherigen Verdienste um die Sprachbehindertenpädagogik veranstaltete das Seminar für Sprachbehindertenpädagogik am 5. Februar 1986 eine akademische Tagung, an der neben zahlreichen gegenwärtigen und ehemaligen Studentinnen und Studenten auch viele, zum Teil von weither angereiste Kolleginnen und Kollegen aus Schulen und Hochschulen teilnahmen und ihre Verbundenheit mit Prof. Dr. G. Knura zum Ausdruck brachten.

Für die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) überbrachte Herr Hans-Dietrich Speth als langjähriges Mitglied des Hauptvorstandes der dgs im Namen der 1. Vorsitzenden die besten Grüße und Wünsche, überreichte Blumen und ein Buchgeschenk und lud Frau Prof. Dr. Knura als Ehrengast zum Kongreß der dgs im Oktober 1986 in Düsseldorf ein.

Die LG Rheinland der dgs war durch den Landesgruppenvorsitzenden Theo Borbonus vertreten.

Prof. Dr. Hans-Joachim Scholz hielt eine eindrucksvolle Laudatio. Gewürzt mit humorigem Tiefsinn zeichnete er die einzelnen Lebensstationen seiner Kollegin nach und würdigte ihre besonderen Verdienste in Wissenschaft und Lehre. In

einer persönlichen Bemerkung dankte er für ein Jahrzehnt harmonischer Zusammenarbeit und kollegialer Verbundenheit und betonte, daß das Seminar für Sprachbehindertenpädagogik in Köln den Weggang von Prof. Dr. Gerda Knura wegen der damit verbundenen Einbuße menschlicher Qualität zutiefst bedauere.

In ihrer Erwiderung bedankte sich Frau Prof. Dr. Knura tief bewegt für die Ehrung, die ihr durch die Laudatio und die akademische Tagung zuteil geworden war, und ließ noch einmal viele persönliche Begegnungen und die daran geknüpften Erlebnisse Revue passieren. Lang anhaltender und herzlicher Beifall bekundete nachdrücklich die Zuneigung, die Prof. Dr. G. Knura unter den Teilnehmern der Veranstaltung genoß.

Im weiteren Verlauf der akademischen Tagung referierten Mitarbeiter des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik über ihre gegenwärtigen und künftigen Forschungsvorhaben. Dr. Jutta Breckow sprach über »Früherkennung von Sprachbehinderung«, Dr. Berthold Neumann über die »Aussagefähigkeit sprachdiagnostischer Verfahren« und Dr. Renate Eckert über »Ganzheitliche Sichtweisen in der Sprachbehindertendidaktik«. Dankbar verwiesen die Referenten auf die fruchtbaren Anregungen, die sie immer wieder durch Gespräche mit Prof. Dr. G. Knura erfahren haben. Sie bewiesen mit ihren neue Aspekte sprachheilpädagogischer Arbeit reflektierenden Ausführungen, daß die Sprachbehindertenpädagogik in Köln trotz bedrückend hoher Studentenzahlen und dadurch bedingter überproportionaler Lehrverpflichtungen der Seminarmitglieder das Bild einer dynamischen, sich weiterentwickelnden wissenschaftlichen Disziplin bietet.

Bei der Würdigung der Verdienste von Prof. Dr. Gerda Knura ist besonders das ihren beruflichen Lebensweg von Anfang an prägende pädagogische Engagement zu betonen, das mit der Ausbildung zur Volksschullehrerin begann und über eine langjährige Tätigkeit als Lehrerin, Studium der Sprachheilpädagogik, Gründung einer Sprachheilschule und anderer sprachheilpädagogischer Einrichtungen, Studium der Psychologie, der Psychopathologie und der Philosophie mit Diplom und Promotion schließlich 1971 zur Berufung als o. Professorin auf den Lehrstuhl »Pädagogik der Sprachbehinderten« an der damaligen Pädagogischen Hochschule Rheinland, Abteilung für Heilpädagogik, in Köln führte. Richtungweisend für die weitere wissenschaftliche Tätigkeit wurde ihre Dissertation »Das Vorurteil gegenüber stotternden Kindern bei angehenden Kindergärtnerinnen und Volksschullehrern«. Der sprachbehinderte

Mensch im Interaktionsfeld seiner Umwelt wurde damit für Prof. Dr. G. Knura zu einem zentralen Anliegen. Sprachbehinderungen werden nun interpretiert als Störungen zwischenmenschlicher Kommunikation mit den verhängnisvollen Folgen, die sich für den betroffenen Menschen, im besonderen für das Kind und dessen Entwicklung seines sozialen Wertbewußtseins ergeben. Prof. Dr. G. Knura hielt es stets für ein besonderes Erfordernis, Sprachstörungen als Beeinträchtigungen von Lern- und Denkprozessen zu sehen, um auf die Erschwernisse der sprachbehinderten Kinder in ihrer schulischen Laufbahn hinzuweisen und die sich daraus ergebenden sprachheilpädagogischen Maßnahmen abzuleiten. Dazu gehörte auch die von ihr sehr früh erhobene Forderung nach einer komplexen sprachheilpädagogischen Frühförderung.

Von den zahlreichen publizistischen Beiträgen, zu denen sich Vorträge und Gutachten, Diskussionsrunden und Gespräche im kleinen Kreis gesellten, ist besonders die zusammen mit Dr. B. Neumann herausgegebene »Pädagogik der Sprachbehinderten« zu nennen.

*

Auch an dieser Stelle, sehr geehrte Frau Prof. Dr. Knura, sprechen wir Ihnen im Namen aller Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik für die von Ihnen geleisteten Beiträge zur Förderung der Sprachbehindertenpädagogik und zur Wahrung der Interessen der von Sprachbehinderung bedrohten oder betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen Dank und Anerkennung aus. Voll Hochachtung vor Ihrer Arbeit schließen wir uns den Schlußworten der von Prof. Dr. H.-J. Scholz gesprochenen Laudatio an: »Wir alle schulden Frau Prof. Dr. Knura Dank, wir schulden ihr Anerkennung für ihre erfolgreiche wissenschaftliche Arbeit, wir schulden ihr Respekt für ihre gesamte pädagogische Tätigkeit, sei es als Lehrerin oder Hochschullehrerin. Immer war sie bereit, ihre ganze Kraft in den Dienst der Erziehung und Bildung junger Menschen zu stellen. Wir wünschen alles Gute, beste Gesundheit und Zufriedenheit im und mit dem Ruhestand. Aber Ruhestand heißt für Prof. Dr. G. Knura ganz sicher nicht »ruhig stehen«, sondern in Ruhe das tun können, wozu ihr die Arbeitsfülle und die berufliche Belastung der vergangenen Jahre keine Zeit gelassen haben.«

Für den neuen Lebensabschnitt begleiten Frau Prof. Dr. Gerda Knura unsere besten Wünsche.

Bundesvorstand der dgs	Landesgruppe Rheinland der dgs
Anita Schwarze	Theo Borbonus

»Der Ständige Ausschuß für Berufsfragen« der dgs hat auf seiner Sitzung am 23. November 1985 in Hameln folgende Personen benannt, an die sich unsere Mitglieder bei berufsständischen Fragen wenden können:

Landesgruppe der dgs

Baden-Württemberg	Tilman Walter, Iltisweg 1, 7312 Kirchheim/Teck
Bayern	Peter-A. Kreuels, Gamskogelstraße 4, 8221 Inzell
Berlin	Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	— nicht benannt —
Hamburg	Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15 b, 2100 Hamburg 90
Hessen	Cornelia Altwicker, Waldenser Straße 8, 6078 Neu-Isenburg
Niedersachsen	Thomas Döhlinger, Gut Hengholt, 4576 Berge
Rheinland	Gregor Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	Jürgen Hölper, Raiffeisenstraße, 6501 Lörzweiler
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Gerhardt Wohlrab, Saarbrückenstraße 44, 2300 Kiel 1
Westfalen-Lippe	Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 4426 Vreden

Bericht über die Tagung der dgs-Landesgruppe Niedersachsen in Hameln

Vom 21. bis 23. November 1985 fand in Hameln die Herbsttagung statt, für die neben der Mitgliederversammlung ein Fortbildungsprogramm vorbereitet worden war. Zunächst stand jedoch ein Kolloquium mit Kostenträgern, Krankenkassenvertretern, Ärzten sowie Vertretern des Gesundheitsamtes und Politikern aus dem Kreis Hameln/Pyrmont auf dem Programm. Thema: Die Versorgung Sprachbehinderter im Kreis Hameln/Pyrmont.

Den ersten Vortrag hielt dann Frau Prof. Dr. Wilken, Universität Hannover, zu dem Thema Diplomstudium und was dann? Professionalisierung und Handlungskompetenz — zur Ausbildungs- und Berufssituation von Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik.

Danach folgten die Ausführungen von Herrn Hoch, Bonn-Oberkassel, zum Thema Diagnostik, Therapie und nachgehende Fürsorge bei LKG-Kindern.

Es schloß sich die Mitgliederversammlung an, auf der zunächst die Berichte des Vorstandes vorgelesen wurden. Im weiteren Verlauf der Versammlung wurden Vorstandswahlen durchgeführt. Der neue Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

1. Vorsitzender: Wolfgang Scheuermann. 2. Vorsitzender: Johann Bodamer. Schriftführer/Referent für Fortbildung: Uwe Förster. Rechnungsführerin: Maika Damrau. Vertreter der Fachberater: Otto Neumann. Referent für Sprachheilschulen: Heiko Sieling. Vertreter der LG Niedersachsen im

Ständigen Ausschuß für Berufsfragen der dgs: Thomas Döhlinger.

Otto von Hindenburg, der nach 26jähriger Vorstandsarbeit — davon allein zehn Jahre als 1. Vorsitzender der LG Niedersachsen — nicht wieder kandidierte, wurde von der Mitgliederversammlung einstimmig zum Ehrenvorsitzenden gewählt.

Die Tagung endete nach den Vorträgen von Norman Bush und Rolf Junker zum Thema: Stotterer-Selbsthilfe als therapeutisches Angebot (Erfahrungsberichte aus der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland).

Uwe Förster

dgs-Landesgruppe Niedersachsen: Fortbildungsveranstaltung: Verhaltenstherapie des Stotterns

Unter der Leitung von Prof. Dr. W. Wendlandt, Berlin, fand vom 14. bis 16. Februar 1986 im Gästehaus der Universität Hannover eine Fortbildungsveranstaltung statt. Thema: Verhaltenstherapie des Stotterns.

Prof. Wendlandt demonstrierte dabei den Teilnehmern verschiedene Behandlungsmaßnahmen und stellte Tonbandausschnitte und Videoaufzeichnungen aus Behandlungssitzungen vor. Anhand von Übungen und Rollenspielen erhielten die Teilnehmer Gelegenheit, praktische Erfahrungen im Umgang mit Therapieschritten und schwierigen therapeutischen Situationen zu sammeln.

Es war insgesamt eine gelungene Veranstaltung, eine Tatsache, die zur Vorbereitung ähnlicher Maßnahmen beitragen sollte.

Uwe Förster

Renate Eckert: Auswirkungen psychomotorischer Förderung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M./Bern/New York 1985. 258 Seiten. Gebunden. 57 DM.

Die Arbeit geht von der Beobachtung aus, daß viele sprachentwicklungsgestörte Kinder gleichzeitig motorisch auffällig sind. Dazu wird in einer umfangreichen Literaturanalyse der Forschungsstand zum Zusammenhang von motorischer, sensorischer und sprachlicher Entwicklung aufgezeigt. Im Vordergrund steht dabei eine multifaktorielle und zirkuläre Betrachtung. Die jeweiligen Störungen können sich gegenseitig aufschaukeln, wobei die eigentliche Ursache nicht mehr erkennbar ist. Um diesen Kausalitätszirkel sich gegenseitig aufrechterhaltender Beeinträchtigungen zu durchbrechen, wird auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen, entwicklungsorientierten Förderung verwiesen, die nicht nur auf ein herausragendes, (sprach-)pathologisches Phänomen eingeht, sondern möglichst auf mehrere Entwicklungsbereiche gleichzeitig einwirkt und damit die Struktur an sich ändert.

Dazu wird auf den Konzeptansatz der Psychomotorik verwiesen, der über eine primäre Welterfahrung den direkten Zugang zu einer Aktivierung des ganzen Menschen anstrebt. Über die Motorik soll die Gesamtpersönlichkeit des Kindes angesprochen und damit indirekt auf die Sprache eingegangen werden.

Im Rahmen einer empirischen Erhebung werden die Auswirkungen einer ganzheitlichen psychomotorischen Förderung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern im Alter von fünf bis neun Jahren überprüft. Dazu erfolgen Prä- und Post-Testuntersuchungen zur Motorik, Wahrnehmung, Sprache und Intelligenz, um die Wirkungen einer zehnwöchigen Förderphase zu beurteilen. Die Ergebnisse — die Werte zur Intelligenz und Gesamtkörperkoordination waren angestiegen, im Bereich der Sprache aber nicht signifikant — werden vor dem Hintergrund anthropologischer Theorien interpretiert. Dabei muß letztlich unklar bleiben, ob mögliche Fortschritte entwicklungsbedingt, Effekte der psychomotorischen Förderung oder aufgrund eines dritten, unbekanntes Faktors zustande gekommen sind. Daraus ergibt sich die prinzipielle Schwierigkeit der Effektivitätskontrolle, da durch empirisch-analytische Forschung lediglich Verhaltensmerkmale, aber nicht die Hintergründe des Zustandekommens aufgedeckt werden. Die Ver-

fasserin ist sich dessen bewußt und verweist darauf, daß bei dem gewählten ganzheitlichen Ansatz »qualitative Forschung hier einen großen Beitrag zur Aufklärung von schwer meßbaren Phänomenen leisten« (S. 191) kann.

Insgesamt stellt die vorliegende Publikation zum bearbeiteten Themengebiet eine gründlich recherchierte und kritisch kommentierte Literaturanalyse vor. Sie stellt einen wesentlichen Beitrag zur Grundlagenforschung dar und ist dabei nicht nur für die Theoriebildung von Interesse, sondern auch von unmittelbarer praktischer Bedeutung.

Manfred Grohnfeldt

Peter Ehrlich und Klaus Heimann:

Bewegungsspiele für Kinder. Wie ein Kind in seiner Entwicklung gefördert werden kann. Verlag modernes lernen, Dortmund 1982. 84 Seiten, kartoniert. 16,80 DM.

Das Buch enthält 87 zum Teil allgemein bekannte, zum Teil von Kindern »entdeckte« und benannte Spiele für den Altersbereich zwischen vier und zwölf Jahren, gegliedert in sechs Gruppen: Spiele zur Förderung der visuellen Wahrnehmung (18 Angebote), akustischen Wahrnehmung (12), taktilen Wahrnehmung (10), Motorik (24), Sprache (6) und des Sozialverhaltens (17). Die übersichtlichen Beschreibungen geben Hinweise zum Material, zur Durchführung und zu Variationsmöglichkeiten sowie zur Zielsetzung. Fotografien und Abbildungen lockern die Darstellung auf.

Die vorgenommene Zuordnung der Spiele in die sechs Bereiche besitzt selbstverständlich wegen der vielen Überschneidungen ein gewisses Maß an Ungenauigkeit. Die Autoren, Diplom-Pädagoge der eine, Diplom-Psychologe der andere, haben deshalb am Schluß des Buches eine schematische Übersicht der Spiele angefügt und darin die ihrer Meinung nach geförderten Bereiche nach Haupt- und Nebenbereich gekennzeichnet. Insofern ist jeder Bereich häufiger vertreten, als durch die obigen Angaben ausgewiesen wird.

Im Vergleich der einzelnen Förderbereiche untereinander fällt der sprachliche hinsichtlich seines Angebots nicht nur quantitativ stark ab. Die Auswahl der Spiele ist dürftig, die angegebenen Zielsetzungen sind fragwürdig. Wie beispielsweise durch die Verlängerung von Sätzen (»Geschichte ohne Ende«) der Wortschatz und die verbale Ausdrucksfähigkeit und durch die Nachahmung von Tierlauten (»Welches Tier bin ich?«) wiederum die

verbale Ausdrucksfähigkeit gefördert werden sollen, ist nur schwer nachzuvollziehen. Auf diesem Sektor gibt es Besseres, Anregenderes, wenn man z. B. an die Materialien von Gertraud Heuß (Sehen Hören Sprechen), Rose Götte (Sprache und Spiel im Kindergarten) oder von *Arp* et al. (Hören Spielen Sprechen) denkt, um nur wenige zu nennen. Sie sind den Autoren offensichtlich, wie das Literaturverzeichnis ausweist, nicht bekannt und verdienten wenigstens im Falle einer Neuauflage Berücksichtigung.

Aus meiner Sicht kann ich das Buch nur bedingt empfehlen.

Jürgen Teumer

Informationsreihe über Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten, herausgegeben von der Wolfgang Rosenthal Gesellschaft e.V.: Heft 1: Erstbehandlung von Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten (16 Seiten). Heft 2: Informationen zu den Ursachen und zur Verhütung (16 Seiten). Heft 3: Informationen zu den Möglichkeiten von Korrekturoperationen (26 Seiten). Bestell- und Bezugsadresse: Wolfgang Rosenthal Gesellschaft e.V., Geschäftsstelle: Paul-Schneider-Straße 12, 6338 Hüttenberg.

Im August 1981 gründeten betroffene Eltern, fachkundige Ärzte und Therapeuten eine Selbsthilfevereinigung zur Förderung der Behandlung von LKG-Spalträgern. Der Verein führt in Würdigung von Person und Lebenswerk den Namen von Prof. Dr. Dr. Wolfgang *Rosenthal* (1882—1971), einer überaus interessanten und vielseitigen Persönlichkeit, die einen kurzen biographischen Exkurs notwendig macht.

Rosenthal hatte eigentlich zwei Berufe/Berufungen: Auf der einen Seite war er in seiner Jugend Mitglied des weltberühmten Thomanerchors in Leipzig und dadurch mit Leben und Werk des früheren Thomaskantors Johann Sebastian Bach vertraut. Begabt mit einer ausgezeichneten Stimme tat er sich später in ganz Europa als gefragter Sänger und Bachinterpret hervor. Auf der anderen Seite war *Rosenthal* Arzt und Chirurg und als solcher u. a. mit der Untersuchung der Gebeine Bachs befaßt. Schließlich aber, durch Erfahrungen im Ersten Weltkrieg auf die Nöte von Kiefer- und Gesichtsverletzten aufmerksam geworden, widmete er sich danach in besonderer Weise der Behandlung von LKG-Spalträgern. Seine Einsichten und Methoden machten ihn weltweit bekannt. Sein Lebenswerk auf diesem Gebiet krönte er 1943 mit der Gründung einer Spezialklinik für Spalträger in Thallwitz bei Leipzig, nach wie vor eine Institution auf diesem Sektor. Daß *Rosenthal* in seiner Jugend zudem stotterte, ließ ihn »am eigenen Leibe« die Bedeutung einer Sprachbehin-

derung schmerzlich erfahren und machte ihn auch dem pädagogischen und psychosozialen Anliegen einer Therapie gegenüber empfänglich.

Kehren wir zu der Selbsthilfevereinigung zurück, die sich zur Aufgabe gemacht hat, Eltern und Betroffenen Hinweise auf qualifizierte Beratungen und Therapiemöglichkeiten zu geben, Aufklärung der Öffentlichkeit zu betreiben und bestehende bzw. zu errichtende spezielle Behandlungszentren zu unterstützen. Die Hilfe kann u. a. über Kontaktadressen von betroffenen Eltern, die bereit sind, ihre Erfahrungen bei der Behandlung ihrer Kinder weiterzugeben, oder über das gesamte Bundesgebiet verteilte Regionalgruppen erfolgen, nicht zuletzt natürlich bei der o. a. Geschäftsstelle erfragt werden.

Elemente der Aufklärungsarbeit sind die bisher erschienenen drei Hefte. (Heft 1 ist zum Zeitpunkt der Abfassung dieser rezensierenden Anmerkungen vergriffen; es ist jedoch bereits im März 1986 in einer überarbeiteten Neuauflage erschienen.) Alle drei Informationsschriften wenden sich in erster Linie an die betroffenen Eltern, selbstverständlich auch an ältere Spalträger selbst. Sie versuchen, durch einen zum Teil bebilderten bzw. grafisch angereicherten Text den Betroffenen ein Stück ihrer Sorgen zu nehmen, sie vor allem anzuregen, sich rechtzeitig in die richtigen Hände zu begeben und ihnen begründete Hoffnung auf eine gelingende Rehabilitation zu machen. Die Hefte bauen in ihrer Folge inhaltlich aufeinander auf. Während Heft 1 u. a. Informationen über die Ernährung, zur Abfolge der Operationen, über die Gefährdung des Mittelohres und zur logopädischen (sprachheilpädagogischen) Behandlung enthält, befaßt sich der Text in Heft 2 akzentuiert mit den Ursachen und vor allem den Fragen der risikomindernden Prophylaxe, die bereits vor dem Beginn einer geplanten Schwangerschaft einsetzen sollte. Heft 3 schließlich beschäftigt sich mit den auch vorkommenden unbefriedigenden Ergebnissen der Primäroperation, ihren Ursachen und Folgen und den Chancen, die Korrekturoperationen bieten.

Es versteht sich von selbst, daß die Informationen nicht ganz ohne fachsprachliche Termini auskommen. Vielleicht könnte hierbei jedoch in Neuauflagen eine meines Erachtens für die hauptsächliche Zielgruppe notwendige sprachliche Vereinfachung angestrebt werden. Für Fachleute sind die Inhalte allemal eine besonders willkommene Hilfe für die beratende Tätigkeit.

Außer diesen Schriften sind bei der Rosenthal Gesellschaft noch weitere Materialien abrufbar, nämlich Falblätter, Adressenlisten, sogar eine

Schallplatte bzw. Cassette mit der Musik Bachs (von deren Reinerlös ein bestimmter Betrag an die Gesellschaft geht), nicht zuletzt eine sicher manchen Lesern schon bekannte Informationsschrift zur sprachheilpädagogischen Behandlung von Kindern mit LKG-Spalte, verfaßt von dem Sprachheilpädagogen Volker Eggeling, Hamm.

Mit Ausnahme der Tonmaterialien sind alle übrigen kostenlos erhältlich; Spenden und Mitgliedschaften in der Wolfgang Rosenthal Gesellschaft sind jedoch erwünscht. Jürgen Teumer

Aus anderen Zeitschriften

Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 2, 1986:

Gerd Jacobsen, Hamburg: Ko-Artikulation — Eine Stotterkontrollmöglichkeit. S. 9—12.

Es wird auf die Artikulationsmethode von Courtney Stromsta hingewiesen. Es wird das »ursprüngliche Stottern« bei den Betroffenen gesucht, »um darauf einzuwirken«. Das soll geschehen durch Üben der »koordinierten Artikulationsbewegungen vom ersten in den zweiten Laut«. Auch Emotionen sollen beeinflusst werden.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 1, 1986:

L. N. Meschtscherskaja, Moskau: Anwendung akustischer Einwirkungen bei der Korrektur des Stotterns. S. 29—39.

Es handelt sich um eine Übersetzung aus der Defektologija, Heft 3, 1985. Danach soll eine enge Verbindung zwischen dem Stottern und der Wahrnehmung der eigenen Stimme bestehen. Verschiedene Apparate werden eingesetzt, u. a. der Übertöneffekt und die verzögerte Sprachrückkopplung. Wissenschaftliche Untersuchungen über Wirkung und Erfolge müßten jedoch noch weiter vertieft werden, meint die Autorin.

informatio. Mitteilungen des Seraphischen Liebeswerkes Pro infante et familia, Solothurn/Schweiz

Meta Mannhart, Cebu City/Südliche Philippinen: Funktioniert die Sozialarbeit in der Schweiz? S. 14—19.

Dies war ein Vortrag in Englisch, der in Cebu City gehalten wurde. Erfolge, aber auch Mißerfolge der Sozialarbeit in der Schweiz wurden geschildert und dabei die Träger der Sozialarbeit, die sozialen Dienststellen sowie die So-



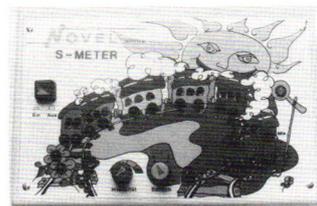
Die SVG-Serie

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.



S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelaute (S, Sch ...).

Audiotest AT 8.000

Neuer mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihen-gehöruntersuchungen.

NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp
Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6
Telefon (02327) 70764

zialarbeiter und ihre Ausbildung als eventuell beispielgebend in den Blick gefaßt. Am Schluß das Resultat: Die Sozialarbeit funktioniert!

logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande

Nr. 5, 1985:

H. *Hopmann*, Amsterdam: Een communicatieprogramma met een dove mongoloide jongen (Ein Kommunikationsprogramm mit einem tauben mongoloiden Knaben). S. 131—136.

Am Beispiel der Falldarstellung eines jetzt neunjährigen Jungen wird deutlich, daß nur ein interdisziplinäres Teamwork ein Totalkommunikationsprogramm ermöglichen kann.

T. *de Wit-Gosker*, Zwolle: Zwakzinnige kinderen en het gebarenalfabet van Borel *Maisonny* (Schwachsinnige Kinder und das Gebärdenalphabet von Borel *Maisonny*) S. 136—139.

Bei der Suche nach Unterrichtsmöglichkeiten für ihr Downsyndromkind stießen die Eltern auf das Gebärdenalphabet. Es brachte eine große Hilfe beim Lesen- und Schreibenlernen.

H. *Bos*, Amsterdam: Communiceren met gebaren (Kommunizieren mit Hilfe von Gebärden). S. 143—145.

In den letzten Jahren bemerkt man ein steigendes Interesse für andere Kommunikationsformen als die gesprochene Sprache. So verwendet man immer häufiger Gebärden-systeme bei hör- und geistigbehinderten Kindern und bei Autisten.

Nr. 11, 1985:

G. J. C. *ter Pelkwijk* u. a., Rotterdam: Vroege Diagnostiek bij slechthorende kinderen (Frühe Diagnostik bei schwerhörigen Kindern). S. 321—324.

Umfragen stellten fest, daß Schwerhörigkeit durch Eltern, Ärzte, ja sogar durch Fachpädagogen und Logopäden oft erst spät erkannt wird. Bessere Aufklärung und Beratung soll zur frühen Diagnostik führen.

Arno Schulze
(Übersetzungen aus dem Niederländischen:
Zier Dykhuizen, Emmen)

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND



stellt für die — Rheinischen Schulen für Körperbehinderte
Pulheim-Brauweiler, Duisburg und Essen — ein:

Logopäde/-in

je nach Voraussetzungen — Vergütungsgruppe VI b / Vc / Vb, Fg.1B BAT —

zur Erteilung von Sprachtherapie für körperbehinderte und
sprachbehinderte Kinder.

Gefordert wird die staatliche Anerkennung als Logopäde/-in.

Bei den Rheinischen Schulen für Körperbehinderte Pulheim-Brauweiler
und Essen handelt es sich um eine Halbtagsstelle.

Bewerbungen sind zu richten an den



Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland
Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21
Kennziffer: 12/12

Telefonische Auskunft: (0221) 82 83 25 49



Diplom- Sprachheilpädagogin

Examen 1986, sucht Arbeitsbereich in sprachtherapeutischer Praxis oder Institution.

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

Diplompädagogin

25 (Schwerpunkt: Sprachbehindertenpädagogik), Diplom 1986, Praktikum im Sprachheilkindergarten, sucht Stelle möglichst Raum Hannover—Harz.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 04/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sonderschullehrer

35, Examen 1984, sucht ab August 1986 unbefristete Ganztagsbeschäftigung als Sprachtherapeut.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 01/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Für unseren »Ambulanten Sprachheildienst« suchen wir zum nächstmöglichen Termin zwei

Logopädinnen/Logopäden oder Sprachheilpädagogen/innen

für eine Ganztagsstelle und eine Halbtagsstelle.

Der Aufgabenbereich der Sprachtherapeuten des Ambulanten Sprachheildienstes umfaßt die Diagnostik, Beratung und Therapie sprachauffälliger Kinder in Kindergärten in Stadt und Kreis Offenbach und in der Ambulanz. Außerdem steht der Einrichtung eine moderne Pädodaudiologische Anlage zur Erkennung von Hörbeeinträchtigungen zur Verfügung.

Bewerber/innen müssen in der Lage sein, selbständig zu arbeiten, und sollten sich in das bestehende Team einfügen. Durch die Mobilität handelt es sich um eine eigenverantwortliche und abwechslungsreiche Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Arbeits- und Fallgesprächen mit Kolleginnen und anderen Therapeuten.

Die Vergütung erfolgt nach BAT V b/IV b mit den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes. Ein Dienstwagen kann zur Verfügung gestellt werden.

Das Arbeitsgebiet befindet sich in verkehrsgünstiger Lage im Herzen des Rhein-Main-Gebietes. Sie finden hier alle schulischen Angebote, Hallen- und Freibäder, Sportanlagen u. v. m.

Für Informationen wenden Sie sich bitte an die Geschäftsführung, Telefon (069) 8068-376 und -391, oder an das Büro des Ambulanten Sprachheildienstes, Telefon (069) 845288.

Bewerbungen sind zu richten an:
Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach e.V.
Berliner Straße 60, 6050 Offenbach.

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

- J. Steiner:* Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen.
J. Breckow: Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte.
W. Wertenbroch: 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.
G. J. Limbrock und R. Castillo-Morales: Orofaziale Regulationstherapie bei Kau-, Schluck- und Sprechstörungen behinderter Kinder.
G. Brueggebers-Weigelt: Überlegungen zum Einsatz der Mantra-Meditation bei Vokal-Stotterern.
H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann: Untersuchungen zu metalinguistischen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder.
H. H. Chipman, L. Barblan und F. M. Dannenbauer: Zeitliche Beziehungen in der Sprache: Ein Vergleich zwischen normalen und dysphasischen Kindern.
M. Grohnfeldt: Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik.
B. Kleinert-Mollitor: »Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen« — 10 Jahre Frühförderung konkret.
D. Kroppenberg: Zur Problematik der »physiologischen Sprachstörungen«.
H. Freise und M. Menk: Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule.
W. Göttinger: Vier Grundformen des Stotterns.
V. Wennemann: Differenzierungsmaßnahmen im Erstleseunterricht — Die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen als Indikator zur Aufstellung eines Förderprogramms.
H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann: Einige Anmerkungen zur Diagnose »Dysgrammatismus« bei Schülern von Schulen für Sprachbehinderte.
S. Bensinger: Bericht über die Durchführung einer Erwachsenen-Stotterer-Gruppe.
A. Kotten-Sederqvist: Was leistet unsere Stimme?
H. Mäulen-Petermann: Zahngesundheitserziehung in der Sprachheilschule unter besonderer Berücksichtigung sprachtherapeutischer und sonderpädagogischer Aspekte — Lernangebote für die Primarstufe.

Wir planen den Aufbau eines Sprachheilkindergartens und suchen dafür eine qualifizierte Fachkraft aus den Bereichen Logopädie—Sprachheiltherapie.

Wenn Sie über entsprechende Kenntnisse, vielleicht sogar Erfahrung und etwas Organisationstalent verfügen, setzen Sie sich bitte unverzüglich mit uns in Verbindung. Wir zahlen Vergütung entspr. den Bestimmungen des BAT.

LEBENSILFHE für BEHINDERTE
Kreisvereinigung Holzminden e.V.
Fasanenflug 13, 3450 Holzminden
Telefon (05531) 6909.

Dipl.-Sprachheilpädagogin

26 J., sucht ab August 1986
Stellung in Bremen und Umgebung —
praktische Erfahrungen in der
Behandlung kindlicher Sprach-
störungen und Leitung einer Psycho-
motorik-Gruppe sprachbehinderter
Kinder.

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

Einzig deutschsprachig kommentierte Fachzeitschriften-Bibliographie

Logopädie Sprachbehindertenpädagogik 1984—85

H.-J. Motsch und Mitarbeiter

Auslieferung: Mai 1986

Die fünfte Nummer dieses für Praktiker und Wissenschaftler hilfreichen Mediums fachlicher Ausbildung und fachlicher Weiterbildung orientiert wieder über ca. 800 Fachartikel aus 40 bedeutenden Fachzeitschriften des deutschen, englischen und französischen Sprachraums.

Jeder Artikel hat eine deutschsprachige Zusammenfassung!

Die Bibliographie hält ihre Leser auf dem laufenden über den aktuellen Stand diagnostischer, erzieherischer und therapeutischer Erfahrungen mit Sprachbehinderten sowie über den aktuellen Stand der Forschung und Theoriebildung.

Zielgruppe: Hörgeschädigtenpädagogen, Logopäden, Patholinguisten, Phoniater, Psychologen, Sprachheillehrer, Sprachbehindertenpädagogen.

Bestellung an: Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg, Petrus Kanisius-Gasse 21, CH-1700 Freiburg/Schweiz

Abonnement (30% Rabatt)

Hiermit abonniere ich die Fachzeitschriften-Bibliographie

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> ab Nr. 2 Logopädie 1978—79 | sFr. 17.50 |
| <input type="checkbox"/> ab Nr. 3 Logopädie 1980—81 | sFr. 19.— |
| <input type="checkbox"/> ab Nr. 4 Logopädie-Sprachbehindertenpädagogik 1982—83 | sFr. 20.— |
| <input type="checkbox"/> ab Nr. 5 Logopädie-Sprachbehindertenpädagogik 1984—85 | sFr. 21.— |

Das Abonnement ist nach Bezug von mindestens zwei Nummern jederzeit kündbar.

Einzelexemplare

Hiermit bestelle ich als Einzelexemplar

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Nr. 2 Logopädie 1978—79 | sFr. 25.— |
| <input type="checkbox"/> Nr. 3 Logopädie 1980—81 | sFr. 27.— |
| <input type="checkbox"/> Nr. 4 Logopädie-Sprachbehindertenpädagogik 1982—83 | sFr. 28.— |
| <input type="checkbox"/> Nr. 5 Logopädie-Sprachbehindertenpädagogik 1984—85 | sFr. 29.— |

Die Preise verstehen sich inklusive Verpackung und innerhalb der Schweiz inklusive Porto. Bei Auslandsendungen kommen die Portokosten hinzu.

Adresse des Bestellers:

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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



Die Tagesbildungsstätte für geistig behinderte Kinder (anerk. n. § 142 c NSchG), einschließlich Sonderkindergarten, sucht zum 1. 9. 1986 eine

Sprachtherapeutin/Logopädin Sprachheillehrerin

in Teilzeitarbeitsumfang von 20 Wochenstunden. Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT (VKA). Günstige Urlaubsregelung. 5-Tage-Woche.

Schriftliche Bewerbungen an:
Tagesbildungsstätte für Behinderte
Am Hohen Felde 53, 2160 Stade.

BHW DISPO 2000

Jetzt mit Bausparziel-Versicherung.
Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.

Welche Vorteile Ihnen diese neue Freiheit bringt, steht im neuen *BHW-Bauspar-Buch*. Kostenlos anfordern. BHW Bausparkasse für den öffentlichen Dienst, Postfach 10 13 22, 3250 Hameln 1, Btx *55 255 #

BHW
Die Bausparkasse mit Ideen