

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge

*G. Johannes Limbrock, München,
und Rodolfo Castillo-Morales,
Córdoba (Argentinien)*

Orofaziale Regulationstherapie
bei Kau-, Schluck- und Sprech-
störungen behinderter Kinder 231

Barbara Kleinert-Molitor, Bremen
»Früher konnte ich nicht mal
,Mamalade' sagen« — 10 Jahre
Frühförderung konkret — 241

Werner Göttinger, Bonn
Vier Grundformen des Stotterns 249

Dieter Kroppenberg, Mainz
Zur Problematik der
»physiologischen Sprachstörungen« 253

Aus der Praxis

*Heideloire Freise und
Marianne Menk, Hannover*
Zur pädagogischen Förderung
sprachauffälliger Kinder im Rahmen
einer Integrierten Gesamtschule 259

*Gela Brueggebors-Weigelt,
Hannover*

Überlegungen zum
Einsatz der Mantra-Meditation
bei Vokal-Stotterern 264

Umschau 268

Würdigung 272

Nachruf 274

Aus der Organisation 274

Bücher und Zeitschriften 275

Vorschau 278

Postverlagsort Hamburg
31. Jahrgang
Oktober 1986 · Heft 5

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, Guts-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, Glojenborg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	.....	Hans-Detlef Heining, Liegnitzer Weg 43, 4440 Rheine 1

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.

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



G. Johannes Limbrock, München,
und Rodolfo Castillo-Morales, Córdoba (Argentinien)

Orofaziale Regulationstherapie bei Kau-, Schluck- und Sprechstörungen behinderter Kinder

Zusammenfassung

Die Orofaziale Regulationstherapie wurde Anfang der siebziger Jahre in Córdoba/Argentinien entwickelt, zunächst für die funktionellen Mund- und Gesichtsanomalien der Kleinkinder mit DOWN-Syndrom. Typische Stigmata wie Progenie und Unterlippenvorstülpung, relative Makroglossie und kleiner Oberkiefer mit schmal-hohem Gaumen können hiermit beeinflusst werden, damit auch Folgeprobleme wie unverständliches Sprechen und Infekthäufung. Jetzt sind Modifikationen der Therapie für mundmotorische Störungen bei anderen Syndromen (z. B. Moebius), Zerebralpareesen und Hirntraumafolgen entwickelt worden.

Die drei Bestandteile der Orofazialen Regulationstherapie werden vorgestellt:

- die funktionelle Befunderhebung,
- die Mundübungen und
- die Gaumenplatte.

Eine grundlegende Übung wird ausführlich geschildert, bei der durch Schlucken oder Phonieren in verschiedenen Kopfpositionen eine Fazilitation der intraoralen, der Zungenbein- sowie der gesamten Schlund- und Halsmuskulatur erreicht wird.

Weitere Übungen im und am Mund und im Gesicht bringen sensomotorische Stimulationen als Vorbereitung für die Abläufe beim Kauen, Schlucken, Sprechen und für die Mimik.

Die Gaumenplatte stimuliert die Zunge und die Oberlippe, ggf. auch die Wange, nach dem Prinzip des Weiffenbach-Reflexes. Verschiedene Stimulationsmöglichkeiten und -indikationen werden vorgestellt. Übungen und Gaumenplatte sind fast immer gemeinsam indiziert, Indikationen und regelmäßige Kontrollen müssen gemeinsam von Sprachtherapeuten oder Krankengymnasten einerseits und Kinder- und Zahnarzt oder Kieferorthopäde andererseits ausgeführt werden.

Die Forderung nach Frühbehandlung kindlicher zerebraler Dysfunktionen gilt auch für die mundmotorischen Störungen, die sich in

Kau-, Schluck- und später in Sprechstörungen äußern. Sie führen unbehandelt außerdem zu Wachstumsdeformationen des Unter- und Mittelgesichts: z. B. beim DOWN-Syndrom zur relativen Makroglossie, zur Progenie, zu kleinem Oberkiefer mit hohem »Stufengaumen«; bei Zerebralpareesen z. B. zur Prognathie, zu Bißanomalien, Gesichtsskoliosen, frühem Zahnverlust. Hier vermag die Orofaziale Regulationstherapie wirksam einzugreifen. Sie wurde von *Castillo-Morales* in Argentinien ursprünglich für das DOWN-Syndrom entwickelt und jetzt in Zusammenarbeit mit Zentren in München und Hamburg für andere Syndrome (z. B. Moebius) und für zerebrale Läsionen modifiziert, namentlich für Zerebralpareesen und Hirntraumafolgen.

In ihrer Entstehungsphase ist diese Therapie von Wirkprinzipien der Bobath- und der Kabath-Therapie sowie der Funktionskieferorthopädie beeinflusst worden. Die Prinzipien der Inhibition und Fazilitation sind auch im heutigen Übungsprogramm wichtig: Die Ausgangslage muß relaxiert sein; sie soll pathologische Bewegungsmuster inhibieren und die erwünschten fazilitieren. Außerdem sind Teile der EB- und Mundtherapie nach H. A. *Müller* (1982) in vielen Fällen eine selbstverständliche Ergänzung zur Orofazialen Regulationstherapie.

Zusammenhänge von Sprach- und Sprechstörungen mit Zerebralpareesen und minimalen zerebralen Dysfunktionen hatte schon die Arbeitsgruppe von J. B. *de Quirós* in Buenos Aires (1969) untersucht. Auch hiervon gingen wichtige Impulse in die Orofaziale Regulationstherapie ein. Die Funktionskieferorthopädie weiß seit 50 Jahren (vgl. *Andresen, Häupl und Petrik* 1957) vom »Meer der Mus-

kelkräfte«, nämlich der Zunge, Lippen und Wangen, das auf das Wachstum der Kiefer und auf die Zahnstellung und die Bißschlußstellung einwirkt. Letztere werden erfolgreich mit Aktivatoren und Bionatoren behandelt.

Abwandlungen am Aktivator hat *Haberfellner* in Innsbruck (vgl. *Haberfellner* und *Rossiwall* 1976) vorgenommen, um das Speichelträufeln und die Zungen- und Lippenbeweglichkeit zu beeinflussen (vgl. auch *Haberfellner* und *Haffner* 1979/80).

Die von *Castillo-Morales* entwickelte Gaumenplatte nutzt ähnliche Prinzipien der Umlenkung gestörter Muskelkräfte, aber ohne jede passive Führung der Zunge und ohne den Nachteil eines locker sitzenden Apparates, der ohne aktiven Mundschluß herausfallen könnte und mit dem man schlechter sprechen kann.

Die Orofaziale Regulationstherapie gliedert sich in drei Teile:

1. die funktionelle Diagnostik (siehe Abbildung 1),
2. die Übungen,
3. die apparative Stimulation mit Gaumenplatte u. a.

1. Die funktionelle Diagnostik

Der detaillierten Befunderhebung der gestörten orofazialen Funktionen kommt große Bedeutung zu. Sie steht nicht nur am Anfang und Ende der Therapie, sondern muß sie ständig begleiten, denn die komplexen Abläufe der oralen Sensomotorik sind einerseits variabel unter äußeren Einflüssen, andererseits unter therapeutischen Eingriffen verändert, auch solchen an der übrigen Körpermotorik. Dabei kann nur die ständige Beobachtung des Gesamtbefundes der orofazialen Funktionsstörung den Therapeuten vor eventuellen Fehlbeeinflussungen schützen.

Grundlage der funktionellen Diagnostik ist ein Untersuchungsbogen, der von *Castillo-Morales* in Córdoba/Argentinien entwickelt und in gemeinsamer Arbeit in Hamburg ergänzt wurde. Selten werden im Einzelfall alle Details von Bedeutung sein. Der Bogen kann daher auch als Kriterienkatalog für eine funktionelle Beschreibung benutzt werden. Zu

diesem Zweck ist er hier gekürzt wiedergegeben. Er ist in den Zahnärztlichen Mitteilungen vollständig veröffentlicht (*Castillo-Morales et al.* 1985) und inzwischen weiterentwickelt worden. Er kann bei den Autoren angefordert werden.

2. Die Übungen

a) Die erste Gruppe der Übungen wirkt auf den gesamten orofazialen Komplex ein. Exemplarisch sei eine Übung ausführlich beschrieben, die sogenannte Castillo-Übung.

Sie dient als Vorbereitung der Muskulatur für die Funktionen des Essens, Trinkens und Sprechens, nicht als direkte Hilfe bei diesen Funktionen. Sie darf nur durchgeführt werden, wenn pathologische Bewegungsmuster gehemmt sind und keine neuen während der Übung ausgelöst werden. Das setzt eine spezielle Ausbildung voraus, sonst wird man dem Kind eher schaden als nützen.

Ausgangslage: Auf dem Rücken liegend, am besten auf der Matte, Beine über eine Knierolle, Becken ggf. durch Kissen unterlagert. Therapeut im Schneidersitz am Kopfende, hält den Kopf mit den Händen.

- Relaxierung der Schulter-Nackenregion (Massage, Streichen, Balancieren des Kopfes usw.), Mobilisation des Kopfes zu den Seiten, nach vorn und hinten.
- Traktion mit einer Hand am Hinterkopf, wobei der Daumen einerseits und die Finger andererseits die Mastoidfortsätze umfassen, in Richtung kranial. Dieser Stretch am Nacken bleibt während der ganzen Übung erhalten.
- Die andere Hand liegt mit der Handfläche am Kinn zur Kopf- und insbesondere zur Mundkontrolle.
- Zurückbeugen des Kopfes. Auffordern zum Schlucken bzw. zum Schluckversuch (falls der Patient gar nicht auf Aufforderung oder spontan nach etwas Wartezeit schluckt, kann mit einem Tropfen Saft fasilitiert werden).
- Vorbeugen des Kopfes in der Mittellinie. Auf Mundschluß achten. Ggf. auch hier zum Schlucken auffordern.
- Drehung des Kopfes zu einer Seite, gleichzeitig Seitneigung, so daß sich das

Abbildung 1: Untersuchungsbogen für den orofazialen Komplex nach Castillo-Morales
(Zusammenfassung)

A. Äußere Muskulatur:

Tonus, Kraft und Symmetrie der Kopfbeuger, -seitneiger, -rotatoren, der Kaumuskeln (achten auf mm. pterygoidei interni, die bei symmetrischer Aktion den Unterkiefer vorschieben, sonst zusammen mit den mm. pteryg. lat. die Mahlbewegungen des Kauens ausführen), der geraden Bauchmuskeln: Rektusdiastase?

B. Lippen:

Spontan: geöffnet? normoton? hypoton, hyperton, dyston? Unterlippe relaxiert, vorgestülpt? Rhagaden? Bißspuren? Abdruck der Zunge oder der Zähne auf den Lippen? Speichelfluß? Mundwinkel: hoch- oder heruntergezogen? Rhagaden? Oberlippen-(Philtrum-)länge, -dicke, -tonus? Kinnmuskel kontrakt? Eingezogene Unterlippe? oder aktiv vorgestülpt?

Aktiv: Saugen an Ober- und Unterlippe? Aktives, flaschenhalsförmiges Vorstülpen der Lippen? Aktivität der Oberlippe bei Mimik, Saugen, Schlucken, Sprechen? Primitive orale Reaktionen wie Such-, Saug-, Schluckreaktion? Würg- und Hustenreflex?

C. Zunge:

Hypertroph? hypotroph? asymmetrisch? gefeldert? Impressionen der Zähne? Zungendiastase? Wie groß?

Ruhelage: zwischen den Zähnen? seitlich? vorn? Drückt die Zunge gegen die unteren/oberen Schneidezähne? gegen die Unterlippe? Ist die Zungenwurzel in Ruhe gehoben (normal), die Zungenspitze gesenkt (normal)?

Beweglichkeit: Zittern? Faszikulationen? Wurmformige oder athetoide Bewegungen? Ist die spontane oder die stimulierte Seitbewegung regelrecht? Saugt das Kind an der Zunge? Wie sind die Willkürbewegungen nach oben, unten, vorn, hinten, rechts, links? (Jeweils Zungenspitze und -rücken, im Mund oder herausgestreckt beurteilen).

D. Harter Gaumen:

Weit, hoch, gotisch, spitz-hoch, eng? Stufengaugen? Mittellinie abdruckartig geformt? Komplet oder inkomplett gespalten? Submuköse Spalte?

E. Weicher Gaumen:

Komplette oder submuköse Spalte? Symmetrie und Beweglichkeit bei Phonation oder Würgen?

F. Zähne:

Milchzähne, Wechselgebiß? Bleibendes Gebiß? Lücken? Zahndurchbruch verzögert, irregulär? Stellungsanomalien? Formveränderungen (tonnenförmig, zapfenförmig, stiftförmig, abgeschliffen ...)?

G. Biß:

Offener Biß? Vorgeschieber Ober- oder Unterkiefer (Pseudoprognathie oder -progenie)? Kreuzbiß (Malokklusion rechts oder links)?

H. Ober- bzw. Unterkiefer:

Prognathie (Distalbiß)? Mikrognathie? Progenie (Mesialbiß)? Mikrogenie? Beweglichkeit im Kiefergelenk? Habituelle Luxation?

I. Schluckakt:

— Atypisch? mit eingezogener Unterlippe? mit Zungenstoß? bzw. mit Lutsch-Knansch-Bewegungen? mit der Zunge zwischen den Schneidezähnen? zwischen den Molaren?

— Kann das Kind beißen, kauen, schlürfen? aus der Flasche trinken, aus dem Becher, an der Brust trinken? oder Flüssigkeit nur vom Löffel nehmen?

— Nimmt es breiige Nahrung? halb feste, feste Nahrung?

— Kann es saugen, blasen? Wie ist der Saugakt?

K. Sprache und Artikulation:

Wie viele und welche Wörter spricht das Kind? Spricht es Sätze? Liegt eine Differenz zwischen Sprachverständnis und expressiver Sprache vor? Welche Vokale und Konsonanten sind ggf. gestört, welche Artikulationszone ist im einzelnen gestört:

1. Artikulationszone, Lippenlaute, z. B. B, P, M

2. Artikulationszone, Dentallaute, z. B. D, T, N

3. Artikulationszone, Palatinallaute, z. B. G, K usw.

Kinn dem Akromion nähert. Auch hierbei Nackenstretch.

- Wieder Aufforderung zum Schlucken.
- Zurückdrehen zur Mittellinie, und zwar gegen Widerstand: Entweder wird der Patient aufgefordert, den Kopf zurückzudrehen, oder mit Ansprechen, Spielzeug oder Geräuschen zur Gegenseite orientiert oder zusätzlich durch Druck des Oberschenkels des Therapeuten auf die gegenüberliegende Schulter (nicht bei verspannten Schultern). Dabei bewegen sich zuerst die Augen in die gewünschte Richtung, die Halsdreher und die mimische Muskulatur sowie die Mund- und Schlundmuskulatur folgen.
Der Widerstand kann intermittierend gegeben werden, so daß Phasen isometrischer Kontraktion entstehen. In einer dieser Phasen kann auch zum Schlucken aufgefordert werden.
- Das Halten am Kinn bzw. Unterkiefer erfolgt mit der seitlich angelegten Handfläche, während der Zeigefinger vor dem Kinn, der Mittelfinger unter dem Kinn liegen (ähnelt dem Kieferkontrollgriff). Wenn die Zunge in irgendeiner Phase herausgestreckt wird, muß die Übung abgebrochen werden.
- In der Mittellinie erneut schlucken lassen, jetzt mit dem Mundbodenstreichen faszilitieren (siehe unten). Dann zur Gegenseite dasselbe.
- Zusätzlich oder statt des Schluckens kann zur Phonation aufgefordert werden.

Ziele der Castillo-Übung:

Die Zunge kommt bei der Traktion an den Mastoidfortsätzen mit ihrer Spitze nach vorn, in Kontakt mit Gaumen und Zähnen. Diese Position wird bei der Vorbeugung des Kopfes noch verstärkt. Sie ist für die Initialphase des Schluckens sowie für die Artikulation in der zweiten Artikulationszone wichtig.

Bei der Kopfrückbeugung bewegt sich die Zungenwurzel zurück, eine Position, die für den oropharyngealen Übergang des Schluckaktes und die Artikulation in der dritten Zone wichtig ist. Wenn hierbei zu schlucken versucht wird (was schon für den Gesunden schwierig ist), verstärkt sich der Kontrak-

tionsreiz auf die Zungenbeinmuskulatur, die einen funktionellen Mangel bei Zerebralparese aufweist. Es ist auch wichtig für Spastiker, die mit vorgeschobenen Schultern und vorgeschobenem Unterkiefer in hyperlordotischer Nackenverkürzung schlucken.

Das Schlucken in Kopfvorbeugung ist sinnvoll bei Störungen mit rückverlagerter Zunge.

Beim Schlucken in lateraler Kopfbeugehaltung dreht sich die Zunge um ihre Achse und hebt sich dabei stärker auf der stimulierten Seite, z. B. rechts, wenn der Kopf nach links gedreht wird. Außerdem bildet die Zunge eine Löffelform beim Schlucken mit gegen Widerstand gehaltenem Kopf. Bei Rückführung gegen Widerstand bewegt sich die Zunge, ebenso wie der Unterkiefer, in die intendierte Richtung.

Die Zungenwurzel hebt sich asymmetrisch zum Gaumensegel. Das Gaumensegel wird beim Schlucken gehoben (oder bei der Phonation), stärker auf der stimulierten (= vorgehnten) Seite; dies verstärkt sich durch den Widerstand gegen die Kopfhaltung. Ähnlich wird asymmetrisch auf den m.pterygoideus lateralis eingewirkt, der für die rotatorischen Kaubewegungen verantwortlich ist.

Zusammenfassend hat diese Übung folgende Ziele:

Orientierung der Zunge im Mund, Lagewechsel der Zunge und deren Wahrnehmung: passiv durch Traktion, Reklination und dann Rotation des Kopfes, aktiv durch das Schlucken, teils asymmetrisch, teils verstärkt durch Bewegung gegen Widerstand.

Aktivierung der vorderen Halsmuskulatur, insbesondere der Zungenbeinmuskulatur, die bei atypischem Schluckakt einen charakteristischen Funktionsmangel aufweist.

Asymmetrische Aktivierung des Gaumensegels. Die Gaumenbögen nähern sich bei der Halsdehnung und kontrahieren sich verschieden.

Von dieser Castillo-Übung gibt es viele Variationen. Dazu gehören diverse Griffe am Gesicht-Unterkieferbereich, eine Einbeziehung des Rumpfes zur Atemstimulation und Veränderungen der Ausgangslage. Zusätzlich

werden Teile der folgenden Übungen damit verknüpft.

b) Übungen am Mund:

Mundkontrollgriffe bzw. Kieferkontrollgriff:

Von vorn mit dem Daumen auf dem Kinnmuskel (nicht bei DOWN-Kindern) oder seitlich mit Zeige- und Mittelfinger, wobei der Arm den Kopf stabilisiert. Die Druckrichtung ist je nach Pathologie verschieden.

Oder »Zwille« bei atypischem Schluckakt: Das Kinn wird mit dem Weichteil zwischen Daumen und Zeigefinger umfaßt, die Gesichtsmuskulatur besonders von Unterlippe und Mundwinkeln kann damit hochgeschoben werden (das stimuliert z. B. eine schlaffe Mimik, hängende Mundwinkel bei DOWN-Syndrom usw.).

Schluckstimulation mit dem Mittelfinger, der hinter/unter dem Kinn liegend sich am Mundboden abrollt, nur sehr kurz, ohne die Gegend des Zungenbeins zu erreichen, also kein Streichen, kein Massieren (Würgreiz).

Lockerung des Unterkiefers durch Vibration mit dem Gabelgriff, bei dem Zeigefinger und Mittelfinger V-förmig unter den Unterkiefer gelegt werden (nicht bei DOWN und anderen Progenien).

c) Übungen im Mund

Hier ist noch mehr als bei den anderen Übungsarten ein vorsichtiges und einfühlsames Herangehen an den Mund von größter Bedeutung. Die Mundregion ist ein Intimbereich, viele Kinder sind hypersensibel im und am Mund. Nie darf eine Übung gegen die Abwehr des Kindes erfolgen, der Abwehr muß ggf. sofort nachgegeben werden (z. B. bei der Castillo-Übung nur ganz kurzer Widerstand). Der Mund muß bei empfindlichen Kindern erst wieder spielerisch zu einem Organ der lustvollen Kontaktaufnahme mit der Umwelt gemacht werden. So kann dann Hypersensibilität oder ein verstärkter Würgreiz abgebaut werden. Mittel dazu können teilweise die folgenden Übungen mit dem Finger am und im Mund sein, aber auch Spielzeug, kleine weiche Gummi-»Bürsten«, Knopfspiele für die Lippen oder die Mundvorhofplatte.

— Kreisendes Streichen auf dem Zahnfleisch von der Mitte zur Seite (Vorsicht, DOWN-Syndrom: Die Zunge soll nicht vorgelockt werden). Das fördert die Speichelbildung und anschließend das Schlucken (mit o.g. Griff unterstützen), reizt außerdem die Zunge, zur Seite zu kommen, besonders wenn der Finger am hinteren unteren inneren Kieferwinkel stimuliert.

— Kreisende Bewegungen auf dem Mundboden vorn unter der Zunge, die sich mit der Spitze dann an den Gaumen legt.

— Kreisende Bewegungen an der Innenseite der unteren Zahnkämme, dabei dreht sich die Zunge um ihre Längsachse.

— Streichen auf der Zungenmittellinie von hinten nach vorn.

— Streichen am harten Gaumen von hinten nach vorn — oder kreisend (fördert die Orientierung der Zunge in Richtung auf den Gaumen, zum Schlucken und zum Artikulieren).

d) Motorische Punkte im Gesicht

zur Stimulation der Mimik, besonders bei hypotoner Mimik (siehe Abbildung 2).

e) Atemübungen:

In Rückenlage werden bei der Castillo-Übung und ihren Variationen die Beine mit einer Hand unter den Knien erfaßt und über dem Rumpf des Kindes gebeugt, atemsynchron, so daß die Ausatmung vertieft und die Atmung regelmäßig gemacht werden kann.

Ähnliches kann mit dem Druck des Handballens auf das Sternum erreicht werden, wenn der Kopf in der Mittellinie vorgebeugt wird, oder mit dem Druck der Fingerspitzen auf die Schulter des Kindes, wenn das Kinn zum Akromion geführt ist und der Kopf am Unterkiefer gehalten wird. Auch dies erfolgt atemsynchron.

Das Kind wird vor den Therapeuten oder in seinen Schoß gesetzt, die Arme werden erhoben, die Handgelenke von einer Therapeutenhand erfaßt und zur Seite geneigt, während die andere Hand seitlich auf den Thorax vibrierend einwirkt.

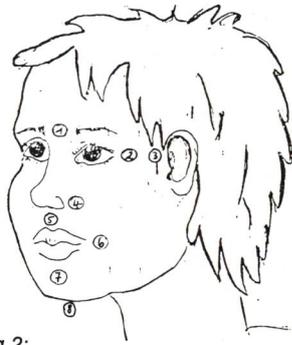


Abbildung 2:
Motorische Punkte im Gesicht (Neuromotorische
Entwicklungstherapie nach Castillo-Morales 1978)

1. über der Nasenwurzel,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + cranial
2. an den äußeren Augenwinkeln,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + lateral
3. auf dem Temporalis-Muskel,
vor dem Kiefergelenk,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + lateral
4. an der Nasolabialfalte,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + cranial
oder lateral
5. auf der Oberlippe mit flach aufgelegtem Finger,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + caudal
6. an den Mundwinkeln,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + lateral
7. am Kinn, auf dem *m. mentalis*,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + caudal
8. am Mundboden hinter dem Kinn,
Stimulationsrichtung: ventrodorsal + cranial,
eventuell vibrierend

3. Die Gaumenplatte

Die apparative Stimulation von Zunge, Lippen und ggf. Wangen verfolgt das Ziel, pathologische Bewegungsrichtungen zu bremsen oder umzulenken und neue Bewegungsfertigkeiten einzuüben. Das erfolgt unbemerkt, indem die Stimulationsvorrichtungen an der Gaumenplatte (Knopf, Perle, Leiste, »Noppe« usw.) einen Fremdkörperreiz ausüben (entspricht dem Prinzip des sogenannten Weiffenbach-Reflexes, 1972).

a) Da die Hauptindikation für die Orofaziale Regulationstherapie das DOWN-Syndrom ist, soll hier kurz das Stimulationsziel der Gaumenplatte beim DOWN-Syndrom dargestellt werden.

Die Zunge ist bei Kindern mit DOWN-Syndrom schlaff, vorverlagert, liegt vorn auf der unteren Zahnleiste oder der Unterlippe,

schiebt damit den Kiefer in die Progenie, die unteren Schneidezähne in den unteren Vorbiß. Sie ist hinten flach und vorverlagert, erreicht beim Schlucken kaum den Gaumen bzw. das Gaumensegel, das ebenfalls schlaff hängt. Der Gaumen ist mangels breitem Wachstumsdruck durch die Zunge klein und schmal, meist auch relativ hoch. Er bildet dann oft eine Stufenform, den sogenannten Stufengaumen. Im Schulkindalter wird er manchmal spitz-hoch, wobei die Aussprache dieser Kinder wieder schlechter wird, im Gegensatz zu ihrem besseren Sprachverständnis. Der Stufengaumen ist oft verbunden mit dem Vorkommen einer Zungendiastase. So nennen wir eine besondere Oberflächenform der Zunge: Beim Herausstrecken sieht man bei etwa der Hälfte der DOWN-Kinder einen Längswulst in der Zungenmitte, begleitet von zwei Längstälern. Das kann die ganze Zungenlänge einnehmen, oft aber nur zwei Drittel. Wahrscheinlich ist die Ursache eine schlechte Muskelfaserkreuzung in der Mittellinie, woraus ein verdicktes medianes Septum resultiert, das bei Kontraktion der Zungenseiten hochgedrückt wird.

Die folgenden Abbildungen zeigen die Zungendiastase und den Stufengaumen im Schema, dann die Position der Zunge ohne und mit Platte im Längsschnitt.

Beim DOWN-Syndrom verwenden wir die sogenannte Standardplatte mit rundem — oder bei Zungendiastase — mit querovalen Knopf, in Form eines Hohlzylinders. Er soll die Zunge nach hinten-oben orientieren. Das fördert das Schlucken mit der richtigen Zungenposition (am Ende der oralen Phase des Schluckakts), es führt aber auch zum Mundschluß über den Kiefer-Zungenreflex (Schoen 1931). Vorn trägt die Standardplatte eine Mundvorhofleiste mit Rillen (oder »Noppen«, je nach Stimulierbarkeit der Lippe), die die Oberlippe stimulieren. Die Oberlippe ist beim DOWN-Syndrom typischerweise schmal und dünn und dreieckförmig hochgezogen; sie beteiligt sich wenig am Mundschluß.

Die Behandlung beim DOWN-Syndrom beginnt meist im ersten Lebensjahr, je nach Ausprägung und Start der orofazialen Patho-

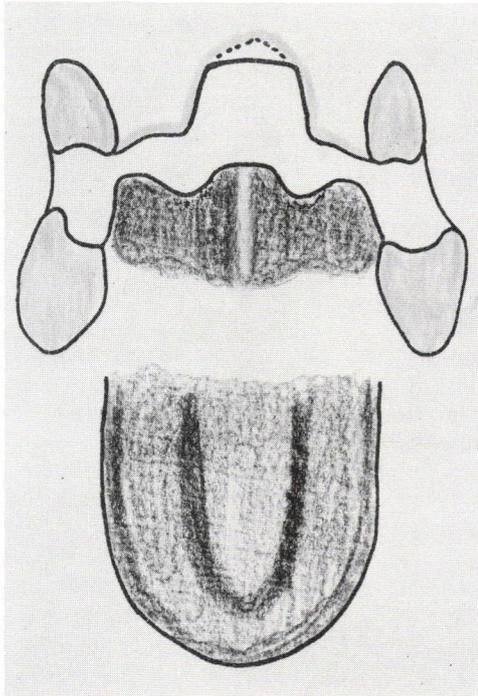


Abbildung 3:
 Schema der Zungendiastase (unten in der Aufsicht, oben im Querschnitt) und des Stufengaumens (oben, im Querschnitt, gepunktet die spätere spitzhohe Form des Gaumens)

logie, manchmal schon mit zwei Monaten, meist im zweiten Lebenshalbjahr. Sie dauert je nach Erfolg meist ein Jahr und wird in der Regel von den Mundübungen begleitet.

Je nach Oberkieferwachstum und späterem Zahndurchbruch muß die Platte korrigiert oder neu angefertigt werden, meist alle drei bis sechs Monate. Mit dem Durchbruch mehrerer Milchzähne beginnt mit eineinhalb bis zwei Jahren eine schwierige Phase für die Gaumenplattenanpassung, da die Zähne ein ansaugendes Halten der Platte am Gaumen verhindern, aber noch zu kurz sind für eine

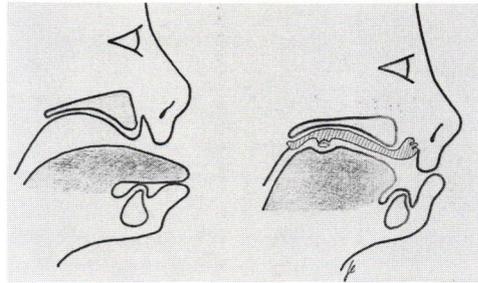


Abbildung 4:
 Schema der Zungen- und Unterkieferposition bei DOWN-Syndrom (links) sowie der korrigierten Zungenposition mit der Gaumenplatte (rechts)

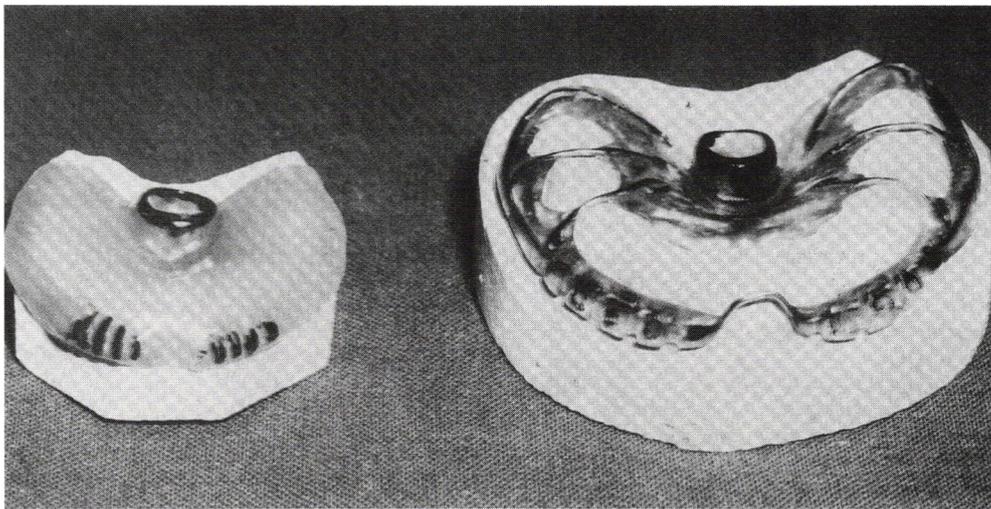


Abbildung 5: Standardplatten mit Oberlippen-Reizzonen sowie Saugknöpfen:
 a) (queroval) für einen sechs Wochen alten Säugling mit Zungendiastase
 b) (rund) für ein Kleinkind mit Milchgebiß

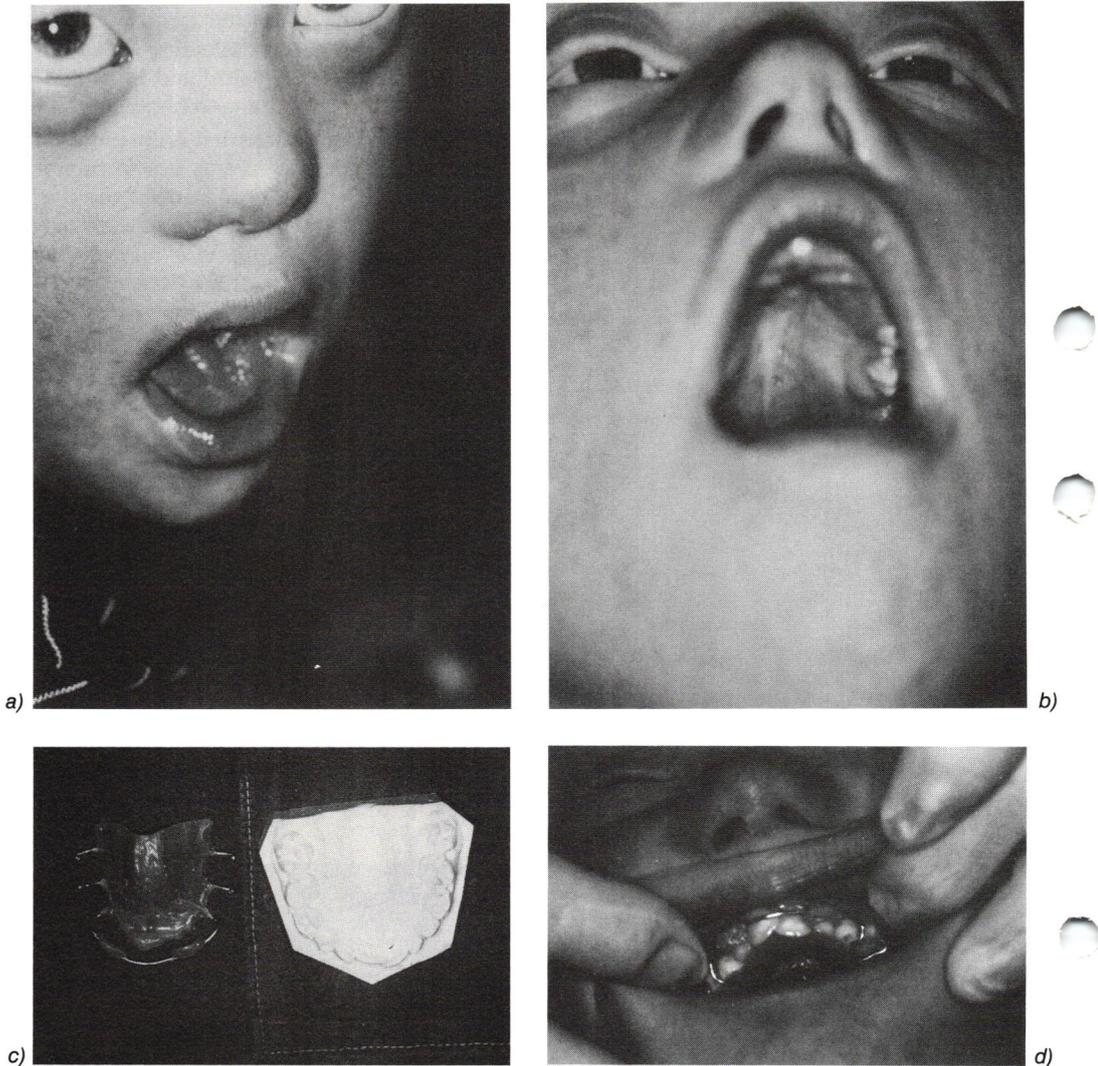


Abbildung 6: Achtjähriger Junge mit DOWN-Syndrom, Zungendiastase und Stufengaumen (a, b, oben), seine Platte und sein Oberkiefermodell (unten, c) sowie die Gaumenplatte im Mund (unten, d).

Fixation mit den Zahnklammern (Jackson-, Adams- u. a.).

Auch beim älteren DOWN-Kind kann die Behandlung mit den Übungen und der Gaumenplatte noch begrenzte Ziele verfolgen (kaum noch die Wachstumsbeeinflussung von Oberkiefer und Unterkiefer, der Zahnstellung, die Verhinderung der Makroglossie usw.): Beim Essen und Sprechen störende Fehlfunktionen können beeinflusst werden,

also die Zungenposition beim Schlucken, beim Artikulieren besonders in der zweiten Artikulationszone, die Oberlippenaktivität für den Mundschluß usw. Wenn eine sekundäre Sprechverschlechterung — im Kontrast zum noch recht guten Sprachverständnis — auftritt und dabei typischerweise ein spitz-hoher Gaumen vorliegt, kann die Gaumenplatte mit den Mundübungen helfen, muß aber außerdem, je nach Alter und Befund, oft von einer

kieferorthopädischen Regulation gefolgt werden (z. B. Dehnung des Oberkiefers).

Die Gaumenplatte wird für andere Krankheitsbilder je nach sensomotorischem Befund der Mundregion verändert; häufig sind auch im Laufe der Behandlung individuelle Veränderungen an der Platte und den Stimulationspartien nötig, z. B. wegen der raschen Adaptationsneigung wie bei Zerebralpareesen, wegen bereits erreichter Teilziele wie einer Lateralisationsbewegung der Zunge usw.

Typische Variationen der Gaumenplatte sind:

- z. B. für die Zunge: eine Perle, die in der Mitte oder an einer Seite pendelnd oder an einer Schiene gleitend angebracht sein kann; oder eine seitliche Leiste; oder ein sehr großer aufgerauhter Knopf usw., die Position kann hinten oder seltener vorn sein, je nach Übungsziel.
- z. B. für die Oberlippe: aufgerauhte Pelotten, »Noppen« usw.; oder Perlen auf einem Draht, wobei diese nicht weiter als bis zur Nasolabialfalte reichen sollen (Ausnahme: gezielte Wangenstimulation bei Moebiusyndrom usw.) und in der Mitte Platz für das Oberlippenbändchen lassen müssen. Eine einseitige Stimulation wirkt bei entsprechender Indikation und engmaschiger Überwachung (Gefahr: überschießender Effekt; Erhöhung

eines schon hohen Tonus) gut, sie soll aber immer im Seitenwechsel gemacht werden, also zwei Platten mit je einer rechten und linken Perle, wobei z. B. die linke einen Tag und die rechte sechs Tage pro Woche getragen wird.

Bei der engmaschigen Kontrolle der Behandlung (Übungen und Platte) ist zu achten auf:

- Gewöhnung (besonders bei Zerebralpareesen),
- Stimulation in die falsche Richtung, oder überschießend,
- Tonuserhöhung eines schon hohen Tonus,
- Stereotypien, Knirschen.

In diesen Fällen ist die Therapie zu ändern oder ggf. zu unterbrechen. Die Kontrollen sind gemeinsame Aufgabe der Therapeuten (Sprachtherapeut, Frühförderer, Krankengymnast usw.) und der Ärzte (Kinderarzt, Zahnarzt, Kieferorthopäde).

Anfangs tritt bei der Plattenbehandlung oft eine Phase der Hypersalivation ein, die jedoch auch günstige Seiten hat, da sie einen verstärkten Schluckanreiz bildet, der durch die Schluckstimulation verstärkt werden soll. Die Übungen sollen die Plattenbehandlung begleiten.

Eventuell kann mit der Platte im Mund gezielt logopädisch behandelt werden.

Die tägliche Tragzeit der Platte steigert sich von einigen Minuten in den ersten Tagen bis

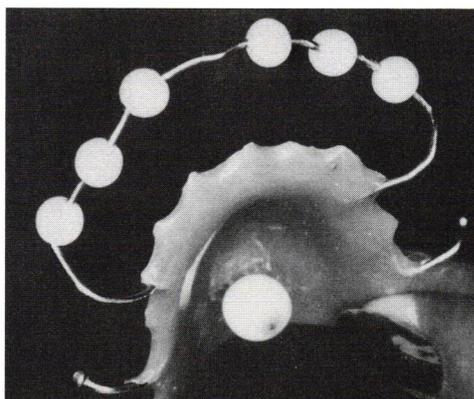
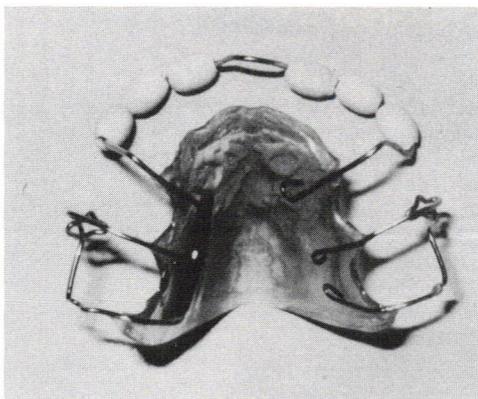


Abbildung 7: Beispiele für Gaumenplatten mit Oberlippenperlen, einer Perle bzw. einer seitlichen Leiste für die Zungenstimulation

zu sechs bis acht Stunden, ausgenommen bei den Mahlzeiten (um den normalen Geschmack zu erhalten und wegen der Mundhygiene). Nachts kann sie getragen werden, sofern sie gut paßt und sofern das Kind einen intakten Würgreflex hat.

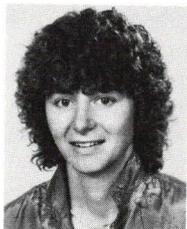
Nachtrag: Diese Arbeit gibt den Stand der Therapie von 1984/85 wieder. Inzwischen gibt es weitere Modifikationen, vor allem aber sind wir noch zurückhaltender in der Verbreitung der Übungen, da sie falsch ausgeführt (vor allem ohne korrekte Inhibition bei CP) Schäden anrichten können, ebenso wie die Gaumenplatte, die bei CP niemals ohne eine gute Krankengymnastik plus Mundtherapie verwendet werden darf. Nicht zuletzt ist hier die *Vojta*-Therapie (1984) zu nennen, die ebenfalls direkte Einwirkungen auf die Mundmotorik hat.

Literatur

- Andresen, V., Häupl, K., und Petrik, L.: Funktionskieferorthopädie. 6. Aufl., München 1957.
- Castillo-Morales, R.: Neuromotorische Entwicklungstherapie durch frühzeitige Stimulierung von motorischen Punkten. Documenta Pädiatrica 7. Lübeck 1978.
- Castillo-Morales, R., Crotti, E., Avalue, C., und Limbrock, G. J.: Orofaziale Regulation beim DOWN-Syndrom durch Gaumenplatte. Sozialpädiatrie Nr. 1 (1982), S. 10—17.
- Castillo-Morales, R., Brondo, J., Hoyer, H., und Limbrock, G. J.: Die Behandlung von Kau-, Schluck- und Sprechstörungen bei behinderten Kindern mit der Orofazialen Regulationstherapie nach Castillo-Morales. Zahnärztliche Mitteilungen 9 (1985), S. 935—951.
- Fischer-Brandies, H.: Der Gaumenknopf nach Castillo-Morales. Ein Behandlungsmittel zur Beeinflussung von Fehlfunktionen. Quintessenz Nr. 11 (1984), S. 2089—2092.
- Haberfellner, H., und Rossiwall, B.: Zur Behandlung des Speichelträufelns zerebral geschädigter Kinder. Münch. med. Wschr. Nr. 27, 118 (1976), S. 879—882.
- Haberfellner, H., und Haffner, B.: Gestörte Mundfunktionen im Kindesalter. Päd. Praxis Nr. 22 (1979/80), S. 37—45.
- Müller, H. A.: Das Essen und das Sprechen. In: Finnie, N. R. (Hrsg.): Hilfe für das zerebral gelähmte Kind. Ravensburg 1982, S. 150—183.
- Quiros, J. B. de, Schragar, O. L., und Tormakh, E.: Necesidad de patrones patológicos para la educación oral en el niño con parálisis cerebral. In: Quiros, J. B. de (Hrsg.): Los grandes problemas del lenguaje infantil. Serie del Centro Médico de Investigaciones Foniátricas y Audiológicas. Buenos Aires 1969.
- Schoen, R.: Untersuchungen über Zungen- und Kieferreflexe. I. Mitteilung: Der Kieferzungenreflex und andere propriozeptive Reflexe der Zunge und der Kiefermuskulatur. Naunyn Schmiedebergs Archiv 160 (1931), S. 29—48.
- Vojta, V.: Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie. 4. Auflage. Stuttgart 1984.
- Weiffenbach, J. M.: Discrete elicited motions of the newborns tongue. In: Bosma, J. F. (Hrsg.): Third symposium on oral Sensation and Perception. Springfield (1972), S. 347—361.
- Neuere Ergebnispublikationen können bei den Autoren angefordert werden.

Anschriften der Verfasser:
Dr. G. Johannes Limbrock
Implerstraße 14, 8000 München 70
Prof. Dr. R. Castillo-Morales
Centro Modelo de Reeducción
Av. Velez Sarsfield 1282
5000 Córdoba (Argentinien)

Dr. G. Johannes Limbrock ist Kinderarzt in München (vormals Hamburg). Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Neuropädiatrie, insbesondere die Rehabilitation behinderter Kinder.
Prof. Dr. Rodolfo Castillo-Morales ist Leiter des Centro Modelo de Reeducción, einem Zentrum für die Rehabilitation behinderter Kinder in Córdoba (Argentinien). Er entwickelte in den siebziger Jahren die Orofaziale Regulationstherapie sowie die Neuromotorische Entwicklungstherapie.



Barbara Kleinert-Molitor, Bremen

»Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen« — 10 Jahre Frühförderung konkret —¹

Zusammenfassung

Ein Eckpfeiler der bremischen sprachheilpädagogischen Frühförderung besteht zehn Jahre: Der vorliegende Erfahrungsbericht² beschreibt Entstehung, Organisation und Aufgaben des Projekts »Sprachförderung/Sprachtherapie im Kindertagesheim-Bereich«, trägt die pädagogischen Leitgedanken der Förderarbeit vor und illustriert sie, benennt markante Problemfelder und schließt mit perspektivischen Hinweisen.

Die Augen, die hinter den Jeans der Mutter hervorlugen, gehören Ole. Ole kommt heute zum ersten Mal zu uns in die Sprachfördergruppe. Einige Kinder unterbrechen ihre Tätigkeit und fragen in Richtung Ole: »Bist du neu?« — Die Augen verschwinden. Prompt läuft Lutz los: »Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen!«, sagt er und zieht Ole in den Raum. Und während die Sprachheilpädagogin noch wenige Worte mit der Mutter wechselt, wird der noch etwas verdutzt dreinschauende Ole bereits von Lutz und den anderen in die Geheimnisse der Schlaraffenland-Marmelade eingeweiht.

Ole und Lutz sind zwei von derzeit 474 Kindern, die im Bremer Projekt »Sprachförderung/Sprachtherapie im Kindertagesheim-Bereich« sprachheilpädagogisch betreut werden; 29 Kindertagesheime (23 Stützpunkte mit sechs zugeordneten Nachbarkin-

dergärten) sind gegenwärtig über das Bremer Stadtgebiet verteilt angeschlossen.

In diesen Tagen (Anfang 1986) besteht das Projekt zehn Jahre; Anlaß genug, einmal innezuhalten und sich der Bedingungen, Zielsetzungen und Probleme zu vergewissern und die Erfahrungen festzuhalten.

1. Entstehung, Aufgaben, Organisation

Ehe 1976 das Projekt »Sprachförderung/Sprachtherapie im KTH-Bereich« in sechs Einrichtungen seinen Anfang nahm, hatte eine Vorbereitungsgruppe von Initiatoren (Vertreter der Sprachheilschule Thomas-Mann-Straße, des Senators für Jugend und Soziales, des Senators für Bildung, des Senators für Gesundheit und des Hauptgesundheitsamtes) in der nötigen Vorlaufzeit einen ersten Entwurf als Grundlage für den Arbeits-einstieg erstellt (vgl. auch *Puppe* 1976). Die anfangs geplante wissenschaftliche Begleitung sollte den Projektcharakter auch im bis heute beibehaltenen Namen »Projekt« aufscheinen lassen. Im Laufe der Zeit ist der Arbeit dann aus der Praxis — deshalb aber noch nicht wissenschaftsfern — ein Konzept zugewachsen, dessen fachpädagogische Angebote sich von den weiter unten ausgeführten Prinzipien »Entwicklungsbezogenheit«, »psychomotorische Orientierung«, »multidisziplinäre Anlage«, »dialogische Ausrichtung«, »spielerische Organisation in der Kleingruppe« heute leiten lassen. Ist es doch Aufgabe dieses Projekts, bei den Vier- bis Sechsjährigen früh- und rechtzeitig kindgemäße und wirksame Maßnahmen zur Verhütung und Beeinflussung von drohenden und eingetretenen Sprachstörungen unter Beachtung möglicher Begleit- und Folgebeein-

¹ Dieser Beitrag erschien in geringfügig geänderter Fassung in der Reihe »Bremer Protokoll zur Sprachheilpädagogik«, Nr. 17, herausgegeben vom Arbeitskreis Sprachheilpädagogische Fragen (Postfach 107562, 2800 Bremen 1) 1986.

² Frau Marion Thümen von der Dienststelle des zuständigen Senators für Jugend und Soziales danke ich für Diskussion und hilfreiche Anregungen.

trächtigungen — gerade auch hinsichtlich des Schriftspracherwerbs — vorzunehmen mit dem Ziel, Sonderschulbedürftigkeit zu verhindern. Zur Bewältigung dieser Aufgaben ist ein ganzes Bündel an Erfordernissen unerlässlich:

a) Die Maßnahmen finden am Ort der sozialen Bewährung und des kindlichen Betätigungsfeldes statt, im wohnraumnahen Kindergarten mit den vertrauten Gleichaltrigen und der konstanten Bezugsperson (Erzieherin/Sozialpädagogin). Einmal pro Woche kommt ein(e) Sprachheillehrer(in) für vier Stunden in die Einrichtung; ihm (ihr) obliegen Diagnose, Elternberatung, Zusammenstellung der Fördergruppen (z. B. vier Gruppen à fünf Kinder zu je 30 Minuten), Sprachförderung/Sprachtherapie. Der in alle Aufgabenfelder einbezogene Erzieher (mit Sechs-Wochenstunden-Kontingent in der Regel) soll die Überführung der fachpädagogischen Handlungsvorschläge in den Kindergartenalltag sicherstellen; gedacht ist dabei an die Einbindung sprachfördernder Spiele in die eigene Kindergruppe, ggf. eine zweite Zusammenführung der sprachauffälligen Kinder an einem weiteren Wochentag und nicht zuletzt die Information der übrigen Gruppenleiter.

b) Die Arbeit mit in der Hauptsache sprachentwicklungsgefährdeten und -gestörten Kindern erfordert uneingeschränkt professionelles Niveau. Beabsichtigt ist die Überwindung isolierter, lediglich defektgerichteter Therapeut-Kind-Interaktionen zugunsten von natürlichen und hergestellten Sprachlernsituationen in der Gruppe; dies schließt nicht aus, daß kurzzeitig oder vorübergehend Einzelhilfen nötig werden können.

c) Das Projekt hat seinen Platz in einem gestuften System institutionalisierter Hilfen: Nachgelagerte Hilfen gewährleisten so ein Auffangen derjenigen Kinder, bei denen diese Art der Förderung/Therapie ihre Grenzen erreicht (vgl. *Homburg* 1985). Vorbedingung ist hier eine enge Fühlungnahme zu allen Institutionen und Fachleuten des Bremer Sprachheilwesens, insbesondere zur Leitung des »Sprachheilpädagogischen Zentrums« (vgl. *Dahlenburg* 1984, 1985).

d) Besonderer Stellenwert wird einer qualifizierten Elternarbeit beigemessen. Es gilt, die Eltern über die Zwecke der Frühförderung zu informieren, sie auf die geplanten Maßnahmen individuell einzustimmen, unter Berücksichtigung der familialen und sozialen Situation Erziehungsverhalten zu thematisieren, Interesse für das pädagogische Geschehen zu aktivieren, fachliche Fingerzeige weiterzugeben und leistbare Mitwirkungsmöglichkeiten aufzuzeigen und auszuschöpfen.

e) Die Träger, Jugendamt und Diakonisches Werk, nehmen Aufgaben der finanziellen Absicherung, Vertragsregelungen und Aufsichtsfunktionen wahr und bemühen sich um engen Kontakt zu den anderen am Bremer Sprachheilwesen beteiligten Institutionen. Der (die) fachliche Koordinator(in) ist Ansprechpartner in Fachfragen, weist neue fachpädagogische Mitarbeiter(innen) in Konzeption und Aufgabenfelder ein, organisiert in Zusammenarbeit mit den Trägern Fortbildungsveranstaltungen und Mitarbeiterbesprechungen, erstellt nach Auswertung der jährlichen Erhebungsbögen Berichte und notwendig werdende Stellungnahmen für die zuständigen Behörden und Verbände.

Die Erfüllung dieses Aufgabenkatalogs ist bleibende Verpflichtung, wenngleich in Einzelpunkten mitunter nur näherungsweise erreichbar. Bei mehrmals jährlich stattfindenden verbindlichen Fortbildungstreffen und Mitarbeiterzusammenkünften wurde und wird versucht, qualifizierende Inhalte und Verfahren für Erzieher und Sprachheilpädagogen gleichermaßen fruchtbar werden zu lassen. Der anvisierte Kompetenztransfer ist dabei durchaus keine Einbahnstraße: Großer Dank gebührt hier den beteiligten Erziehern; sie waren und sind es immer wieder, die elementarpädagogische Gesichtspunkte einbringen und aufmerksam machen, wenn Sprachheillehrer Gefahr laufen, schulmäßig zu planen und zu arbeiten. Die Sprachheilpädagogen ihrerseits suchen notwendige fachpädagogische Schritte, Hilfen, Übungen transparent zu machen zwecks Übernahme in den Kindergartenalltag durch die Erzieher. Richtschnur für die gemeinsame Arbeit von Erziehern und Sprachheillehrern bilden die

vereinbaren, im folgenden dargestellten pädagogischen Grundsätze, die selbstverständlich in pädagogischer Freiheit nach eigenem Ermessen gewichtet werden können.

2. Pädagogische Leitgedanken

»Nur mit Worten erobert das Kind gegen die Außenwelt eine innere Welt, auf der es die äußere in Bewegung setzen kann« (*Jean Paul* 1975, S. 604). Diese sprachentwicklungspsychologische Erkenntnis formulierte vor bereits 180 Jahren *Jean Paul* in seiner Schrift »Levana oder Erziehlehre«. Bevor freilich das Kind symbolvermittelt Welt bewegen kann, muß es sich selbst in Bewegung setzen, erste vorsprachliche und durchaus vorläufige Weltaneignungen vornehmen, will es in Interaktion mit seiner gegenständlichen und immer schon Sprache verwendenden personalen Umgebung seine Bedürfnisse befriedigen. Dieses interaktive Geschehen verläuft als Gefühls- und Erlebnisresonanzen auslösendes mannigfaches Wahrnehmungs- und Bewegungshandeln, das zu kognitiven Strategien gerinnt, mittels derer das Kind dann sein Sprachverständnis und den eigenen Sprachgebrauch ausbildet. Der Erwerb der Sprache ist an differenzierte sensomotorische Voraussetzungen gebunden, ehe Sprache als Handlungsmittel ihrerseits nach außen wirken und psychisch regulierend und umschichtend Einfluß nehmen kann. (Sprache als Mitteilungsmedium richtet sich auf Fremdverhalten; Sprache als Repräsentations- und Verallgemeinerungsmedium eröffnet u. a. Loslösung vom Situationsbezug, kognitive Verfügbarkeit und Gedankenklarheit, Bildung abstrakter Begriffe, vorgreifend antizipatorische Handlungspläne, bewußtes Erleben und Selbststeuerung.) Sprechenlernen ist also keine isoliert neben anderen Bereichen stehende Funktion; der Spracherwerb ist eingebettet in die kindliche Gesamtentwicklung, in den Zusammenhang von Interaktion und Kommunikation, der allererst Sprache verstehen und Sprache äußern hervorbringt. Eine pädagogisch fundierte Sprachförderung/Sprachtherapie, die Aufbau und Entfaltung kindlichen Sprachhandelns und die rechtzeitige Beseitigung

sprachlicher Beeinträchtigungen anstrebt, hat dementsprechend jenseits lediglich symptomausgerichteter Vorgehensweisen ihre Hilfen entwicklungsbezogen und multidisziplinär anzulegen (vgl. *Braun/Homburg/Teumer* 1982).

Neben der unverzichtbaren Einarbeitung rhythmisch-musikalischer Elemente in die Sprachförderarbeit ist vor allem ihre psychomotorische Orientierung hervorzuheben; psychomotorische Erziehung intendiert über die Vermittlung eigenkörperlicher, materialer und sozialer Erlebnisse den Aufbau äußerer und innerpsychischer Handlungsstrukturen, initiiert Differenzierung, Integration und Automatisierung sensomotorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zwecks Freisetzung von Begriffspotentialen für und bei der Realisation von Spielhandlungen (vgl. *Schulke-Vandre* 1982, S. 191 ff.). Die altersgerechte Tätigkeitsebene des Kindergartenkindes ist vorrangig das Spielen, das die motorischen, empfindsamen, auffassenden, gestaltenden, sozialen und sprachlichen Kindeskräfte allesamt beansprucht und in seinen variierenden Ausformungen (Funktions-, Rollen-, Regelspiele) individuelles und gemeinsames Handeln einübt. Angesichts heute bestehender eingeschränkter kindlicher Spiel- und authentischer Erfahrungsräume (Stichwort »Medien«: Fernsehen, Video) mitsamt den einhergehenden psychophysischen und psychosozialen Lern- und Verhaltensgegebenheiten scheint es nachgerade zwingend, Spielaktivitäten und -ideen mit einfühlsamer pädagogischer Hand nachbahnend und gezielt zum Einsatz zu bringen. In alltagsmotorisch akzentuierten und perzeptuell prägnanten Spielsituationen, die als ganzheitliche Lernangebote immer zugleich kognitive, emotionale und soziale Prozesse und Anforderungen einschließen, fungiert Sprache als Schlüsselwerkzeug für die orientierenden und konstruktiven Momente des Sinnzusammenhangs der Spielhandlung; Spielen und Sprechen treffen sich in der Deutung von Realität. Hier liegt die Chance, im Vorschul- und frühen Grundschulalter die Spieltätigkeit für die Sprachentwicklung und ihr vorausliegende Funktionsnetze präventiv und rehabilitativ vielgestaltig zu nutzen.

Gemeinsame Spielhandlungen mit eingepaßten bewältigbaren Wahrnehmungs- und Bewegungsaufgaben schaffen Kompetenzerlebnisse, wecken Neugierverhalten und Eigenaktivität, ermöglichen Aufnahme und Verarbeitung sprachlicher Äußerungen und ermutigen dazu, selbst sprachhandelnd einzugreifen und zu steuern. Sprache wird so unter wechselnden und wiederholbaren Spielhandlungsbedingungen vor, während und nach der Spielaktion als vielschichtiges und ausbaufähiges Handlungsmittel erlebbar und erprobbar: Wahrnehmungen, Gefühle, Wünsche und Nöte können zum Ausdruck gebracht, Materialien, Handhabungen und Bewegungsformen benannt, Bedeutungszuordnungen und Umdeutungen vorgenommen, geschiedete Pläne abgesprochen, Anweisungen verstanden, Wissensanteile ausgetauscht, Spielverläufe sprachlich antizipiert, begleitet, beeinflußt und nachvollzogen werden; gleichzeitig können sich Gegenstandserkundungen begriffsbildend niederschlagen, Handlungsvollzüge und Erlebnisse als zeichengebundene sich erfahrungsbildend ablagern.

Fachpädagogische Einflüsse werden eine quantitative und qualitative Dynamisierung der Sprachförderanteile anpeilen und die Angebote nachholend und kompensierend aufbereiten, strukturiert und ergiebig arrangieren und bündeln. Solche absichtsvolle Forcierung sprachlichen Lernens setzt dabei übergreifend pragmatisch an, Sprechenlernen wird initiiert durch einen für das Kind sinnvoll veranlassenden, erfahrungsbezogenen (das meint: seinen Lebens- und Erfahrungshorizont treffend und erweiternd) und dialoggerichteten Sprachgebrauch. Sprache erlernt das Kind nicht allein über bloße Nachahmung, Übung und Wiederholung; es bedarf dazu kooperativ-kommunikativer Handlungsangebote, die aus sich heraus auf Versprachlichung drängen. Das Kind erschließt sich Schritt für Schritt semantische, grammatische, phonologische und prosodische Elemente und Strukturen seiner Muttersprache aus dem Gehörten, bildet Regeln und wendet sie an; jedem Erwachsenen, der mit Kindern zu tun hat, sind schon einmal jene typischen Eigenheiten der Kinderspra-

che, die semantischen Überdehnungen (»Hund« für alle Vierbeiner) und grammatischen Übergeneralisierungen (»schwimmte«), aufgefallen. Verstehen und Sprechen sind aktive, durch das Bedürfnis nach Sinn, Entdeckung und Initiative angetriebene Konstruktionsprozesse, die nicht behindert werden dürfen durch Aufdrängen von überforderndem sprachlichen Material. Sprachförderung/Sprachtherapie kann und darf — will sie erfolgreich sein — den Kindern nicht aufgedrückt oder gar nach Art eines »Sprache-Antrainierens« aufgenötigt werden; das Sprechen in grammatisch wohlgeformten Sätzen beispielsweise sollte im Kindergartenalter daher niemals den Ausgangs-, sondern den Zielpunkt der Maßnahmen markieren. Insbesondere für sprachentwicklungsgestörte Kinder hat die sprachbegleitfähig/sprachfordernd angelegte Spielsituation vor allem bedeutungs- und sprachstrukturmäßig auch aneignungsfähig zu sein. Unter Beachtung verlaufdiagnostischer Abklärungen gestaltet der Fachpädagoge die Angebote auf dem gerade möglichen Sprachperzeptions- und -produktionsniveau und wirkt zugleich indirekt und zuletzt auch direkt auf die einzelnen gestörten Kodierungsstufen ein. Er wird bestrebt sein, kindliche »Sprech- und Formulierungskrisen« (Homburg 1983, S. 99) zu nutzen und darüber hinaus mit großer Behutsamkeit solche hervorzurufen. Es kann nicht gewartet werden, bis das sprachentwicklungsgestörte Kind am Tag X an einer sprachlichen Form Y scheitert; ein systematisches Vorgehen ist auch deshalb unerlässlich, um Versagenserlebnisse und Folgebeeinträchtigungen zu verhindern. Dort, wo die Spielhandlung nicht zum Ziele kommt, wird Sprache notwendig; und dort, wo auch die Sprache nicht zum Handlungsziele führt — eine Formulierungskrise eintritt —, wird Sprache bewußtseinspflichtig und eine fachpädagogische Intervention lernwirksam (vgl. Homburg 1983, S. 99). Gerade dann aber, wenn das Kind unvermeidlicherweise auf eigene sprachliche Unzulänglichkeiten stößt bzw. metakommunikativ auf sie aufmerksam gemacht wird, muß es sich in der dialogischen Begegnung aufgehoben wissen. Der Dialog umgreift das vertrauensvolle Mitein-

andersprechen und die Mitsprache der Kinder bei dem, was Kinder und Pädagoge zusammen tun in gemeinsamer Annäherung an den Gegenstand durch das Gespräch; Ideen und Entscheidungen der Kinder muß ggf. zur Durchsetzung verholfen werden. Notwendige therapeutische Haltepunkte in Form von sprachanreichernden, sprachkorrigierenden Einschüben dürfen dabei das Band zum Spielzusammenhang nicht zerschneiden. Es kann schließlich nicht darum gehen, verschiedene Basalfunktionen und sprachliche Fertigkeiten getrennt voneinander zu üben und die Integration der (isoliert) geübten Bereiche dem Kind womöglich allein zu überlassen. Dies muß das komplexe und dennoch überschaubar zu haltende Lernfeld in seiner thematisch gebundenen Gestaltung nahelegen: Sich-an-einem-Thema-Entlangarbeiten erlaubt dessen Rundumerschließung; erst die Spielidee/das Thema bindet das Interesse, ermöglicht Sinnkonstanz bzw. Sinnkonstitution. Und: Wo ein Sinn ist, will er auch zur Sprache kommen!

Wie ein derartiger thematischer Rahmen mit eingelassenen sprachfördernden/sprachtherapeutischen Haltepunkten aussehen kann — dazu in knapper Skizzierung ein Beispiel:

Eine Inselfahrt.

Fünf Kinder, Erzieherin und Sprachheilpädagogin werden heute zur »Insel« fahren und dort auf den hohen, schon öfter gemeinsam gebauten »Leuchtturm« steigen. Jeder packt dazu etwas »Proviand« in den gemeinschaftlichen Rucksack: »Ich packe ein Brot mit Käse ein; und du?« — »Ich packe ein Brot mit Nutella ein.« ... Auch Getränke und Ersatzschuhe für den Fall, daß wir nasse Füße bekommen, werden nicht vergessen. Nach einigen Informationen über Ebbe und Flut heißt es: »Wie kommen wir über das Wasser zur Insel?« Beim letzten Mal sind wir im Ruderboot gerudert; heute ist gerade Ebbe, da können alle mit dem Wattwagen fahren. Schnell ist ein Tisch umgedreht, die Tischfläche auf zwei Rollbretter aufgelegt, ein »Pferd« vorgespannt, und die Mitfahrer steigen ein. Ab geht die Fahrt: »Trip-trap, trip-trap.« Singend (siehe Wattwagenlied) fahren wir vorsichtig durch den ganzen Raum, einmal um die Insel herum und dann aus dem Watt heraus zum Leuchtturm.

Meist denkt der Leuchtturmwärter sich eine Aufgabe für uns aus. Diesmal hat er Bilder für uns aufgehängt: Ob wir die Bilder erkennen? — Wir kennen alles und können auch schon manches davon richtig aussprechen: die Krabbe, den kaputten Kranwagen, den alten Trecker, das Dreirad, die Krähe, den Dreimaster, die Drossel, den Krebs. Dann wird sortiert: Die Tierbilder hängen wir auf die linke Seite, die Fahrzeugbilder auf die rechte: »Ich nehme den Krebs. Und du?«

WATTWAGENLIED

Lauf, mein Pferdchen trip-trap durch das Was-ser trip-trap;
 das Was-ser spritzt uns naß - ja, wie passiert denn das?
 Trip-trap-trip-trap ta-la-la, trip-trap-trip-trap ta-la-la,
 trip-trap-trip-trap muh - unser Pferd ist ei-ne Kuh!

(Schnalzen und Pferdegetrappel nicht vergessen!)



Der Leuchtturmwärter hat echte Kracker für uns eingekauft. Wir sollen sie im Hafen auf den Spielzeugtrecker packen und zum Leuchtturm bringen: Eifrig packen die Kinder der Reihe nach »Kracker auf den Trecker« — »Kracker auf den Trecker« — »Kracker auf den Trecker« und passen auf, daß nicht plötzlich ein Kind »Trecker auf den Trecker« sagt, denn das kann ja nicht stimmen, das sieht man doch!

Zurück zum Leuchtturm. Ein Kind klettert hinauf; die anderen rufen: »Leuchtturmwärter, kannst du was sehen?« — »Wasser«, flüstert der Turmbestei-

ger schüchtern. »Du mußt laut rufen, es ist sehr windig!« rät ihm die Sprachheilpädagogin und gibt ihm ein Bild in die Hand.

»Kannst du was sehen?!« rufen die andern erneut, während sie mit ihren Händen einen Trichter vor dem Mund formen. »Ja, da sind zwei Kinder. Die haben einen Luftballon!« Abwechselnd erklimmen die Kinder den Turm. »Was kannst du sehen?« rufen die andern immer wieder. Eine Pädagogin gibt dem jeweiligen Turmsitzer ein weiteres Bild einer zusammenhängenden Bildergeschichte: »Der Luftballon fliegt hoch. Und da ist ein Baum — ganz nah.« — Der nächste: »Der Luftballon hängt im Baum — ganz hoch!« Am Fuße des Leuchtturms werden Überlegungen angestellt: Ob die Kinder den Ballon wiederkriegeln? Wie? Vielleicht kommt der Wind und pustet den Ballon frei. Vielleicht kommt ein Vater oder eine Mutter und hilft. Vielleicht holt ein Kind eine Leiter ... »Wer sieht mal nach?« Wieder besteigt ein Kind den Turm und gibt den Fortgang der (Bilder-)Geschichte bekannt.

Jetzt haben wir aber Hunger. Unser »Proviant« wird bei gemütlichem Geplauder verzehrt, und zum Nachtschlaf gibt es einen Kracker vom Trecker für jeden. Mit dem Wattwagen geht es nach Hause, und dort empfängt uns Kraxi, die Krähe (Handpuppe): »Wo seid ihr denn gewesen? — Was habt ihr da gemacht? — Wie seid ihr dahingekommen?« Die Kinder erzählen ihr bereitwillig, was sie erlebt und getan haben.

Abschließend lernen die Kinder das folgende Fingerspiel:

Ein Glühwurm fliegt zum Leuchtturm und fragt ihn: »Warum leuchtest du?«

Da spricht der Turm: »Tag und Nacht muß ich hier blinken, damit bei einem Sturm die Schiffe nicht versinken! Doch sag mir, Würmchen, warum leuchtest du?«

»Ich? Ich fliege kreuz und quer und glühe eine Nacht — und dann nicht mehr.«

Glühwurm: Ausgestreckter kleiner Finger an linker, sonst geschlossener Hand »fliegt« waagrecht zum Leuchtturm, stellt sich dort senkrecht in die Höhe. Leuchtturm: Abgewinkelter rechter Arm; Blinkzeichen: Öffnen und Schließen der Hand.

Wichtig-tuender Leuchtturm: Beide Arme zum Blinken abwinkeln und Blinkbewegung, siehe oben.

Glühwurm: Flugbewegungen des ausgestreckten kleinen Fingers; verbeugt sich und verschwindet in der Faust.

3. Problemfelder und Ausblick

Zurückgeworfen aufs harte Festland ist es nun an der Zeit, aus der Fülle von Schwierigkeiten, die das Projekt in den zurückliegenden Jahren begleitet haben, wichtige, auch

heute noch ungelöste Problemfelder und mögliche Weiterentwicklungen anzusprechen:

a) Wurde in den Anfangsjahren die Projektarbeit von Sprachheillehrern im Nebenamt

geleistet, setzt sich die fachpädagogische Mitarbeiterschaft heute überwiegend aus arbeitslosen Sprachheilkollegen/innen und solchen mit schulischen 13-Stunden-Verträgen zusammen. Die Tätigkeit findet leider nach wie vor auf Honorarbasis statt — mit den bekannten sozialen und versicherungsbezogenen Zumutungen für die stellungslosen Kollegen. Bemühungen um Übernahme der Projektstätigkeit in das Hauptamt der Sprachheillehrer/innen sind bis heute ohne Erfolg geblieben. Auch feste Anstellungsverträge werden aufgrund des bestehenden Einstellungsstopps in Bremen bei realistischer Einschätzung in absehbarer Zeit kaum durchzusetzen sein. Diese personellen Unzuträglichkeiten sind für die pädagogische Arbeit nicht folgenlos: Zum einen ist die pädagogische Kontinuität tangiert, die Fluktuationsrate unter den arbeitslosen Kollegen ist hoch; wer will es ihnen auch verdenken, wenn sie andernorts feste Verträge suchen und eingehen. Zum andern müssen die Berufsanfänger sprachheilpädagogische Handlungserfahrungen erst erwerben, zumal sie in ihrer Ausbildung mit der Frühförderung nur vereinzelt vertraut gemacht wurden.

b) Die sprachheilpädagogische Arbeit im Projekt ist praktizierte Integrationsarbeit. Mit guten Gründen (Isolation, Stigmatisierung) wurde seinerzeit die Einrichtung eines Sonderkindergartens bzw. mehrerer Sondergruppen von der Deputation für Jugendhilfe nicht befürwortet. Allerdings ist auch Anträgen (1979 und 1981) der Sprachheillehrerschaft auf stammgruppenintegrierte Sprachförderung mit den entsprechenden personellen und finanziellen Zuweisungen nicht stattgegeben worden.

c) Sprachentwicklungsstörungen haben bei

rechtzeitiger und gezielter sprachheilpädagogischer Intervention temporären Charakter, sind also in der Regel als prognostisch günstig einzuschätzen; Erfahrungswerte der Projektarbeit belegen dies. Wären auch nur 10 Prozent der in das Projekt aufgenommenen Kinder ohne diese Förderung sonder-schulbedürftig geworden, so hat diese Arbeit — auf die Jahre gerechnet — eine ganze Sonderschule überflüssig gemacht! Solche Maßnahmen früh anzusetzen ist also nicht nur aus Verantwortung für die Betroffenen geboten, sondern vermeidet auch gesellschaftliche Folgekosten. Dieser Umstand sollte geeignet sein, auch bei denjenigen, bei denen finanzpolitische Erwägungen die pädagogischen zu überdecken drohen, Nachdenklichkeit hervorzurufen. Bereits 1977 sprach sich die Deputation für Jugendhilfe für eine schrittweise Ausweitung zu einem flächendeckenden Angebot aus; die Projektmitarbeiter werden hoffentlich nicht müde werden, der Fortschreibung dieses Gedankens Nachdruck zu verleihen und weitere Impulse zu setzen: Wäre doch schon einiges erreicht, wenn — gerade eingedenk heute statthabender veränderter (Sprach-)Lernerfahrungen der Kinder und bereits ausgeschöpfter kindergarteninterner Kapazitäten — die bestehenden Projektmaßnahmen vorerst eine beständige Ausdehnung mindestens in den sozialen Brennpunktgebieten erführen.

Viele Widrigkeiten — dennoch sollte in gemeinsamer Anstrengung aller Beteiligten ein akzeptabler Weg gefunden werden, die Qualität der Arbeit abzusichern. Denn: Die Kinder brauchen diese Förderung, die hoffentlich noch vielen Lutz' und Oles Gelegenheit gibt, sprachhandelnd tätig zu werden!

Literatur

- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 27 (1982) 3, S. 111—120.
- Dahlenburg, E.: Die Schule für Sprachbehinderte als Sprachheilpädagogisches Zentrum. *Die Sprachheilarbeit* 29 (1984) 4, S. 147—157.
- Dahlenburg, E.: Sprachheilpädagogische Frühförderung in Bremen. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 7 (1985) 6, S. 313—315.
- Homburg, G.: Spielen und Handeln in der Didaktik der Sprachbehinderten. Bremer Protokoll zur Sprachheilpädagogik Nr. 8/9, Bremen 1983.

Homburg, G.: Positionspapier der dgs-Landesgruppe vom 2. Oktober 1985 zum Problem der Sprachförderung/Sprachtherapie im KTH-Bereich.
Jean Paul: Levana oder Erziehlehre. In: Jean Paul, Werke in zwölf Bänden. Hrsg. von Norbert Miller. Nachworte von Walter Höllerer. München 1975, Bd. 9, S. 515—640, und Bd. 10, S. 641—874.
Puppe, P.: Sprachauffälligkeit im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 5, S. 141—152, und 21 (1976) 6, S. 169—184.
Schulke-Vandre, Jutta: Grundlagen Psychomotorischer Erziehung. Köln 1982.

Anschrift der Verfasserin:
Barbara Kleinert-Molitor
Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1

Barbara Kleinert-Molitor ist Fachleiterin für Sprachbehindertenpädagogik am Wissenschaftlichen Institut für Schulpraxis (WIS) Bremen und fachpädagogische Koordinatorin des beschriebenen Frühförderprojekts.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

1.—18. Folge mit Übungstexten, 21.—23. Folge mit Bildern

Bildgeschichten

zur Sprachförderung und Überwindung der Sprachnot

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

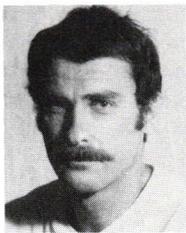
SMS Strukturierte Materialien-Sammlung

Informative Darstellung von 170 Spiel- und Übungsmaterialien

Beratungsschriften für Eltern

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41



Werner Göttinger, Bonn

Vier Grundformen des Stotterns

Zusammenfassung

Ausgehend von jenem Standpunkt, daß es mehrere Formen des Stotterns gebe, mit unterschiedlichen Erscheinungsbildern und verschiedenartigen ätiologischen Hintergründen, werden vier Grundformen des Stotterns voneinander getrennt und im einzelnen skizziert:

- das Stottern auf der Grundlage einer festzustellenden sprechrelevanten Schwäche,
- das Stottern als psychisches bzw. neurotisches Reaktionsmuster,
- das Stottern als (einfache) Sprechfehlentwicklung,
- das Übererregungsstottern.

1. Einleitung

Es gibt verschiedene und zum Teil kontroverse Theorien über das Stottern, und das Stottern wird nach sehr unterschiedlichen und auch gegensätzlichen Methoden behandelt. Schon allein aufgrund dieser Vielfalt und Widersprüchlichkeit von begründeten Theorien und nützlichen Behandlungsmethoden erscheinen wohl solche Ansätze naheliegend, die davon ausgehen, daß es mehrere, voneinander unterscheidbare Formen des Stotterns gebe, für die dann auch verschiedenartige Intentionen und Methoden einer Beratung und Behandlung angezeigt sein sollten. Und die Prognosen wären dann ebenfalls differenziert anzusetzen.

Das ist auch der Standpunkt, der in diesem Beitrag eingenommen wird.

2. Die theoretischen Standpunkte

Vier Standpunkte sind in der Literatur über das Stottern zu dem Komplex der ätiologischen Frage sowie der Konsequenzen für die Wahl der Behandlungsmethode anzutreffen.

Zum einen wird die Auffassung vertreten, es gebe für das Stottern allein eine Ursache, und entsprechend wird eine jeweils ein-dimensionale ausgerichtete Behandlungsmethode genannt — so z. B. *Hartlieb* (1969) oder *Wendlandt* (1972) oder *Westrich* (1971).

Nach anderer Auffassung gibt es für das Stottern zwar mehrere mögliche Ursachen oder, zutreffender ausgedrückt, Verursachungsmomente, das klinische Bild des Stotterns aber entwickle sich unabhängig von dem jeweiligen Verursachungsmoment einheitlich, das Erscheinungsbild des Stotterns beruhe auf einem ätiologisch unspezifischen Repertoire von Symptomen — so z. B. *Heese* (1967). Der Frage nach der Ätiologie des Stotterns wird in dieser Perspektive letztlich keine so große Bedeutung beigemessen, und hinsichtlich der Wahl der Behandlungsmethode steht eine pragmatische Haltung im Vordergrund. Oder aber die Behandlungsmethode richtet sich, wie *Iwert* (1977, S. 2147) schreibt, »im wesentlichen nach der Ausbildung und dem Werdegang des einzelnen Therapeuten«.

Ein dritter theoretischer Standpunkt geht von einer grundsätzlich mehrdimensionalen Ätiologie des Stotterns aus (auch eine individuelle Gewichtung in den Störungsstrukturen wäre dabei möglich), folglich wird grundsätzlich eine mehrdimensional zusammengesetzte Therapie postuliert — so z. B. *H. Gutzmann jun.* (1966) oder *Seeman* (1974).

Der vierte theoretische Standpunkt schließlich basiert auf der Annahme, daß es verschiedene Ursachen für ein Stottern gibt und daß diese verschiedenen Ursachen sich auch im Erscheinungsbild mit spezifischen Kennzeichen niederschlagen, und es wer-

den entsprechend unterschiedliche Indikationen genannt — so z. B. *Heidemann* und *Schönfelder* (1976) oder *Schmidt* (1975) oder in gewissem Sinne auch *Wyatt* (1973, S. 224/225) mit ihrer Unterscheidung von primärem und sekundärem Stottern bei Kindern.

3. Der hier vertretene Standpunkt

»Er öffnete den Mund, und aus dem Gehege der Zähne drangen die geflügelten Worte«, das ist jener Homerische Ausdruck für »er sagte«. Beim Stottern sähe dies nun so aus, daß nicht eines nach dem anderen die Worte ihre Flügel ausbreiteten und davonflogen, sondern immer wieder hinge ein Wort im Munde fest, würde erst unter kräftigem Drücken hinausgeschleudert oder rüttelte ein paarmal an dem Gehege der Zähne hin und her, ehe es endlich nach draußen gelangte.

In der Tat beschreiben die meisten Stotternenden ihr Stottern in recht ähnlichen Bildern, als ob die Worte eigene Wesen wären; in der Betrachtung ihres Stotterns sind sie einzig und allein auf das Fließen der Worte ausgerichtet.

In den Beratungen und in den Behandlungsgesprächen mit Stotternden pflegen wir darzulegen, daß dies eine viel zu eingeengte Sichtweise ist, bei der das eigentliche Problem völlig außer Betracht zu bleiben droht. In Wirklichkeit müsse der gesamte, ausgedehnte Bereich verbaler Kommunikation im Blickfeld stehen. Denn der Grad an Flüssigkeit oder Zügigkeit, mit der eine solche Aktion verbaler Kommunikation im Einzelfall vonstatten gehe, sei letztlich nur der Indikator dafür, in welcher Harmonie und Vollendung diese Aktion in allen Details und in ihrer Gesamtheit ausgeführt werde. Und wenn, wie dies beim Stottern ja der Fall sei, die Flüssigkeit, die Zügigkeit solcher Aktionen beeinträchtigt sei, so sei dies wiederum ein Hinweis darauf, daß innerhalb des gesamten Gefüges der jeweils betroffenen Aktionen, der jeweils betroffenen Aktionsart, irgendwelche Störungsmomente enthalten sein müßten, irgendwelche Störungsmuster sich immer wieder einschlichen. Es gelte nun, den Störungsherd herauszufinden, sa-

gen wir unseren Patienten, und wir wollten dabei so vorgehen, daß wir uns fragten, was im wesentlichen und ganz genau bei diesem Patienten jetzt anders werden müßte in seiner Ausführungsweise einer Gesprächsaktion oder einer Vortragsaktion, damit im Ergebnis seine Sprechweise zügiger und flüssiger werde.

Es zeigt sich, daß solche Störungsherde auf verschiedenen Ebenen in dem Gesamtbereich verbaler Kommunikation angesiedelt sein können.

Was mit den verschiedenen Ebenen der verbalen Kommunikation gemeint ist, läßt sich vielleicht am besten mit einem Beispiel darlegen, das zunächst noch nicht streng auf das Stottern bezogen ist. Das Beispiel einer Aktion verbaler Kommunikation: Ein junger Mann hat einen Blumenstrauß in der Hand, klingelt an einer Wohnungstür, eine junge Dame öffnet, der junge Mann überreicht den Blumenstrauß und sagt dabei: »Darf ich Ihnen, gnädiges Fräulein, diesen Blumenstrauß überreichen und mir dabei die Bemerkung erlauben, daß jetzt auf einmal, wo ich Sie erblicke und in meinen Händen den Strauß noch einmal ansehe, mir die Blumen blaß und unscheinbar erscheinen.«

Angenommen nun, der junge Mann käme ein erstes Mal als (gutgelaunter) Bote eines Blumengeschäftes und ein zweites Mal als bebender Verehrer der jungen Dame, so ist das für ihn wahrscheinlich nur äußerlich die gleiche Aktion, auf der psychischen Ebene aber gibt es wohl einen wesentlichen Unterschied. Und es ist durchaus möglich, daß ihm das eine Mal die Worte glatt von der Zunge gehen, das andere Mal aber im Halse kleben bleiben.

Eine andere Abwandlung: Bei dem jungen Mann handle es sich jeweils um einen Boten, der für das Aufsagen des wohlgedrechselten Sprüchleins ein gutes Trinkgeld bekommen hat. Aber das eine Mal handle es sich um einen aufgeweckten und redegewandten Boten, das andere Mal um einen etwas schwerfälligen und wortarmen. So ist wohl anzunehmen, daß der erste Bote das Sprüchlein artig aufsagen wird, der zweite dagegen einige Schwierigkeiten haben könnte, den komplizierten Satz zusammenzubekommen.

In beiden Variationen dieser Beispielaktion wird die Zügigkeit des Sprechens deutlich beeinflusst und gemindert. Aber die Ursachen dafür sind ganz verschieden, liegen auf ganz verschiedenen Ebenen. Und in der gleichen Weise können nach unserer Auffassung die Ursachen für die auffälligen Beeinträchtigungen der Sprechzügigkeit beim Stottern auf ganz verschiedenen Ebenen des gesamten Gebietes verbaler Kommunikation liegen.

4. Die Grundformen des Stotterns

Wenn die Untersuchung und Betrachtung der Erscheinungsbilder beim Stottern ausgedehnt wird vom statischen Bild der beeinträchtigten Sprechzügigkeit auch auf das dynamische Erscheinungsbild des Auftretens der Symptome, dann kristallisieren sich nach unseren Beobachtungen eine ganze Anzahl von Unterscheidungskriterien heraus, so daß bestimmte Grundformen stotternden Sprechens nachzuweisen sind, welche jeweils auf spezifische ätiologische Hintergründe rückführbar erscheinen. Vier Grundformen des Stotterns halten wir dabei für unterscheidbar. Sie sollen im folgenden kurz skizziert werden.

4.1. Das Stottern auf der Grundlage einer festzustellenden sprechrelevanten Schwäche

Wenn auch der Intensitätswechsel der Symptome für das Stottern charakteristisch ist, so gibt es doch Erscheinungsbilder, wo eine hinreichende sprachliche Perfektion im Spektrum der Intensitätsschwankungen nicht erreicht wird. Auch in einer subjektiv unbeschwerteren Sprechweise sind noch Schwächen feststellbar.

Diese Schwächen können sich nach unserem Eindruck auf vier sprechrelevante Bereiche erstrecken: Es kann sich a) um eine Schwäche in der Feinmotorik des Mundes, b) um eine Schwäche (möglicherweise Koordinationsschwäche) in der Funktion der Glottis, c) um eine zentrale Sprachschwäche oder d) um eine (erhebliche) Konzentrationschwäche handeln.

Oftmals sind solche Schwächen dann habituell kombiniert mit einem dekompen-

den Sprechverhalten, welches aus einem subjektiv zu hohen Sprechtempo oder einem subjektiv zu heftigen Sprechdrang oder einer allzu unruhigen Sprechweise bestehen kann. Im letzteren Fall ist die unruhige Sprechweise in der Regel eine habituelle Folge der erlebten Sprechschwäche — der bekannte *circulus vitiosus*.

Bei dieser Grundform des Stotterns erscheint eine, im traditionellen Sinne, sprachheilpädagogische Behandlung angezeigt. Nach unserer Erfahrung läßt sich in einem Teil der Fälle die zugrundeliegende Schwäche letztlich nicht beheben, so daß die Behandlung sich auf die Angewöhnung eines kompensierenden Sprechverhaltens von besonderer Sorgfalt und auf das Einüben spezifischer Sprechhilfen beschränken muß. *Van Ripers* Behandlungsprogramm (zur kurzen Information siehe *Preus* 1974) sei hier als Beispiel erwähnt.

4.2. Das Stottern als psychisches bzw. neurotisches Reaktionsmuster

Es gibt Stotternde, die sprechen das eine Mal völlig normal flüssig und unbeschwert, das andere Mal aber geraten sie ins Stottern. Und sie selbst erleben das auch so, daß sie im Grunde normal flüssig sprechen können, aber mitunter mit dem Sprechen einfach nicht zu Rande kommen.

Nach unseren Beobachtungen liegt der Störungsherd hier auf der Ebene der psychosozialen Felddynamik. Das ist in der einfachsten Konstruktion jener altbekannte Sachverhalt, daß die heftigen Worte, z. B. an den gestrengen Herrn Chef gerichtet, die beim Einüben allein im trauten Kämmerlein so energisch von der Zunge gingen, bei der Uraufführung hinterher, mit anwesendem Kontrahenten, gar nicht mehr so flott aus dem Munde wollen.

Ein Aspekt verbaler Kommunikation ist ja auch die angestrebte Einflußnahme auf den Gesprächspartner oder die Zuhörer; am einfachsten zu durchschauen ist dies im Streitgespräch. Am Modell des psycho-sozialen Feldes (*Lewin* 1963) läßt sich dieser Aspekt sehr anschaulich mit dem Aufbau und dem Wechselspiel quasi elektrischer Spannungs-

zustände in einem Feld mit zwei oder mehreren Kraftpunkten darstellen. Und auf diese Weise ließe sich wohl auch die Psychodynamik derartiger Störungsherde beim Stottern darlegen.

Ganz sicher handelt es sich dabei um ein reichhaltiges Spektrum von großenteils kompliziert aufgebauten Störungsstrukturen, mit psychosomatischen Bildern oder verfestigten Ausdrucksgebärden oder habituellen Ausweichreaktionen zum Beispiel.

Aufdeckende (bei Kindern aufarbeitende) psychotherapeutische Verfahren wären hier naheliegenderweise angezeigt. Das große Gewicht der Chronifizierung bei älteren Patienten mit dieser Grundform des Stotterns setzt aber doch einige (bekannte) Probleme für den Erfolg einer solchen Behandlung.

4.3. Das Stottern als (einfache) Sprechfehlentwicklung

Vereinfacht ausgedrückt handelt es sich hierbei um eine angewöhnte ungünstige Sprechweise oder um ein angewöhntes ungünstiges Sprechverhalten. Eine Reihe von Stotterfällen bei hyperkinetischen Kindern würden wir hierzu zählen und unzureichend gesteuerte Sprechweisen, auch intentional unzureichend gestraffte Sprechweisen und schließlich jenes von *Johnson* (1942) beschriebene diagnosogene Stottern, welches sich aus einem fehlbeurteilten physiologischen Stottern entwickelt hat. (Letzteres würden wir nur als eine Sonderform des Stotterns ansehen und nicht als die Genese des Stotterns schlechthin.)

Anzugehen wäre diese Form des Stotterns wohl am ehesten durch eine konsequente Sprecherziehung oder aber dadurch, daß den Betroffenen der Sachverhalt in seiner Einfachheit dargelegt wird. Jedoch zeigen sich da in der Praxis oftmals Schwierigkeiten, welche man als einen gewissen Widerstand von seiten des Stotternden (siehe hierzu auch *Schoenaker* 1981) umschreiben könnte.

4.4. Das Übererregungsstottern

Dominierend im Vordergrund steht hier die Übererregung beim Sprechen, manchmal

eine gewaltige Übererregung. Auffallend merkwürdig ist der Umstand, daß auch heftigste Stotter Symptome sofort verschwinden, wenn der dem Patienten vertraute Therapeut die Worte mitspricht (manchmal genügt auch schon ein begleitendes Summen), und daß sie sofort wieder in voller Stärke auftreten, wenn der Therapeut das Mitsprechen unterläßt. Oftmals läßt sich das Stottern ansonsten, außer durch das Mitsprechen, nicht im geringsten beeinflussen. Das heißt aber auch, daß ein geläufiges Entspannungstraining, das hier zunächst ja angezeigt erschiene, nach unseren Erfahrungen nicht viel einbringt.

Vielleicht läßt sich dieser auffallend merkwürdige Wechsel von flüssigem und stark stotterndem Sprechen in äußerlich identischen Sprechpassagen durch folgenden Vergleich veranschaulichen: Auf einer großen Brücke über einen Fluß sind zwei Geländer, das eine trennt Fahrbahn und Fußweg voneinander ab und ist einen Meter hoch, das andere sichert den Brückenrand ab und liegt zwanzig Meter über dem Wasserspiegel des Flusses. Beide Geländer sind aber gleich breit — sagen wir, fünfzehn Zentimeter breit. Nun würde sicherlich eine große Anzahl von Leuten über das niedere Geländer recht zügig balancieren. Aber über das hoch stehende Geländer kämen die meisten nur sehr klapprig und mit zitternden Knien voran, und viele würden wohl in all der Aufregung abstürzen. Das Balancieren über das niedere Geländer ist eben doch etwas ganz anderes als das Balancieren über das hohe Geländer. Und möglicherweise sind beim Übererregungsstottern für den Stotternden selbst ähnliche Verhältnisse gegeben.

Zur Behandlung des Übererregungsstotterns läßt sich aus unseren Erfahrungen leider nur sagen, daß sie den Therapeuten vor große Probleme stellt. Suggestive Methoden wären vielleicht zu erwägen oder apparative Sprechhilfen wie der »Edinburgh Masker« (Vertäubung mit sogenanntem weißen Rauschen während des Sprechens).

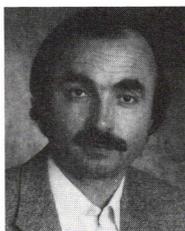
Literatur

- Göttinger, W.: Eine differenzierende Beschreibung des »Stotterns«. Sprache—Stimme—Gehör 4 (1980), S. 67—73.
- Gutzmann, H. (Hrsg.): Gutzmanns Sprechübungsbuch. Hannover 1966²³.
- Hartlieb, K.: Praktikum der Stimm- und Sprachheilkunde aus biokybernetischer Sicht. München 1969.
- Heese, G.: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Berlin 1967³.
- Heidemann, B., und Schönfelder, Th.: Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Der Nervenarzt 47 (1976) 5, S. 287—294.
- Iwert, H.: Stottern. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 53 (1977), S. 2143—2149.
- Johnson, W.: A study of the Onset and Development of Stuttering. Journal of Speech Disorders 7 (1942), S. 251—257.
- Lewin, K.: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Bern 1963.
- Preus, A.: Prinzipien der Stottertherapie nach Van Riper. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 69—85.
- Schmidt, H.: Grundformen von Sprechablaufstörungen und ihre Behandlungskriterien. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Stottern — Poltern (Tagungsbericht). Hamburg 1975, S. 85—96.
- Schoenaker, Th.: Stottern — ein zielgerichtetes Verhalten. Sprache—Stimme—Gehör 5 (1981), S. 82—85.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. (Ost-)Berlin 1974.
- Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1972.
- Westrich, E.: Der Stotterer. Bonn 1971.
- Wyatt, G. L.: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

Anschrift des Verfassers:
Werner Göttinger
Klinischer Psychologe BDP
Julius-Vorster-Straße 10
5300 Bonn 3

Werner Göttinger arbeitet seit 1971 als Psychologe im Zentrum für Sprachgestörte, Bonn-Oberkassel. Er leitete dort Therapiegruppen für Stotternde, neuerdings ist er für den psychologischen Dienst in der Einrichtung zuständig.

Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 5, S. 253—258



Dieter Kroppenberg, Mainz

Zur Problematik der »physiologischen Sprachstörungen«

Zusammenfassung

Bei einem neuen Lernen unterlaufen jedem Menschen Unzulänglichkeiten, da er das zu Lernende gerade erprobt und noch nicht sicher beherrscht. Es ist nicht üblich, diese normalen Unzulänglichkeiten bereits mit den Etiketten des beeinträchtigten Lernens, z. B. als physiologisches Stehlen, zu bezeichnen.

Nur im menschlichen Spracherwerb werden die normalen Unzulänglichkeiten mit den Termini der sprachlichen Beeinträchtigungen als physiologi-

sches Stammeln, physiologischer Dysgrammatismus, physiologisches Stottern, physiologisches Poltern etikettiert.

Heute besteht mehr denn je die Gefahr, die o. a. Terminologie begünstigt dies unbeabsichtigterweise, daß Sprachpädagogen zu früh und inadäquat in den Spracherwerb eines Kindes eingreifen. Die Folgen sind *pädagogene sprachliche Beeinträchtigungen*, d. h., die Beeinträchtigungen sind durch unangemessene, unkindgemäße pädagogische Arbeit erst entstanden bzw. wurden durch sie verstärkt.

1. Unzulängliches Tun ist ein normales Durchgangsstadium im menschlichen Lernen

Jegliches Lernen eines Menschen durchläuft bestimmte allgemeingültige Phasen, z. B. nach Westrich (1977, S. 125):

eine »Erfassungs- oder Inszenierungsphase«,
eine »Erprobungs- oder Differenzierungsphase« und
eine »Verfestigungs- oder Strukturierungsphase«.

Am Beispiel des Autofahren-Lernens soll dies erläutert werden: Zuerst fährt das Auto den Fahrschüler. Dann fährt der Fahrschüler schon mal das Auto und wird dann auch immer wieder noch vom Auto gefahren. Schließlich nach vielem Fahren (Erproben) fährt dann der Fahrneuling sein Auto. Es gilt der banale Grundsatz: Autofahren lernt man nur durch Autofahren. Gefühlsmäßig sicherer Besitz ist das Autofahren erst, wenn das Lernen alle Phasen durchlaufen hat und so zum Schema geworden ist. Der Autofahrer benötigt dann nicht mehr die motorischen und kognitiven Vollzüge des Lernens, das Erlernte läuft jetzt »rhythmisch« und automatisiert ab. Ein solches Können ist jedoch nicht ständiger fester Besitz des Individuums. Es kann durch situatives, subjektiv sehr bewegendes Erleben wieder ganz oder teilweise verlorengelassen, z. B. nach dem Erleben eines schweren Unfalles kann einem die Technik des Autofahrens, die man vorher sicher beherrschte, erneut zum Problem werden.

In jedem menschlichen Lernprozeß durchläuft das lernende Individuum normale Durchgangsstadien, in denen es das zu Lernende noch nicht beherrscht und es dadurch eine Zeitlang unzulänglich ausführt, z. B. im kindlichen Lernen

- des Tuns und Sich-Bewegens
- der Sauberkeit
- des Eigentumsbegriffes
- des Wahrheitsbegriffes.

Die Lernprozesse des Greifens, Sitzens, Stehens und Laufens benötigen ihre Zeit, bis das Kind das jeweilige motorische Tun sicher kann. Dabei kommen längere Zeit Unzuläng-

lichkeiten vor: Danebengreifen, Fallenlassen des Ergriffenen, Stolpern, Umfallen u. a. m. Auch dem Erwachsenen unterlaufen situative motorische Unzulänglichkeiten, die als »mentale Dyspraxie« u. a. bei Seeman (1969, S. 277 ff.) beschrieben sind.

Die Beherrschung der Mastdarm- und Blasenfunktion geht auch bei keinem Kind ohne vorausgehende »Unfälle« ab, in denen alles im wahren Sinne des Wortes in die Hose geht.

Das Unterscheiden zwischen »Mein und Dein« (Vitzthum 1955) und »Wahrheit und Lüge« (Sänger 1955) sind ebenfalls langandauernde Lernprozesse für ein Kind. Hierbei kommt es auch zu normalen »Entgleisungen«, wie z. B. Mitnehmen eines Spielzeuges beim Besuch des Nachbarkindes oder Erzählen einer »Unwahrheit«, die der Phantasie- und Wunschwelt des Kindes, aber nicht der Realität entspricht.

Auch beim Lernen des Erwachsenen kommen solche normalen Unzulänglichkeiten vor, z. B. beim Erlernen

- des Autofahrens (wie oben beschrieben)
- des Tanzens
- des Skifahrens
- des Schreibmaschinenschreibens
- des Strickens
- von ungewohnten handwerklichen Tätigkeiten, wie Tapezieren, Mauern, Dachdecken u. a. m.

Als Beispiele seien genannt:

- Auf-die-Füße-Treten und Aus-dem-Rhythmus-Kommen beim Tanzen
- Ungelenk-Fahren und Stürzen beim Skifahren
- Vertippen und Wörter-Auslassen beim Schreibmaschinenschreiben (Der Verfasser verspürt dies zur Zeit am eigenen Leibe, da er das Manuskript selbst tippt.)
- Muster-nicht-Beachten und Maschen-Fallenlassen beim Stricken
- ungenaues oder lange Zeit überhaupt nicht Gelingen-Wollen des Tapezierens, Mauerns oder Dachdeckens.

Nicht umsonst benötigt man für das fachmännische Erlernen handwerklicher Tätigkeiten eine Lehrzeit von einigen Jahren.

2. »Physiologische Sprachstörungen« —
Normale Unzulänglichkeiten im menschlichen Spracherwerb sind keine sprachlichen Beeinträchtigungen und dürfen auch nicht mit deren Termini bezeichnet werden

Das Kind, das sich für seine Bewußtseinsinhalte die Zeichen seiner Sprachgemeinschaft in Wortschatz, Aussprache und Grammatik erwirbt, macht in diesem Lernen normale Unzulänglichkeiten. Auch in der Dialogerlernung nach Westrich (1984) unterlaufen (fast) jedem Kind eine Zeitlang als normal anzusehende Redeunflüssigkeiten. Alle diese Unzulänglichkeiten sind durch die in Gang befindlichen Sprachlernprozesse zu erklären, wie dies oben auch für anderes menschliches Lernen beschrieben wurde.

Erstaunlicherweise werden nur diese Unzulänglichkeiten im menschlichen Spracherwerb mit den Etiketten der sprachlichen Beeinträchtigungen versehen als

- physiologisches Stammeln
- physiologischer Dysgrammatismus
- physiologisches Stottern
- physiologisches Poltern bzw. als
- Entwicklungsstammeln
- Entwicklungsdysgrammatismus (Auf die polysemische Verwendung dieses Terminus sei hingewiesen, vgl. Dannenbauer 1983.)
- Entwicklungsstottern
- Entwicklungspoltern.

Da es in der Literatur keinen Fachterminus für die Beeinträchtigung im Wortschatz gibt, existiert auch kein physiologischer Dyssemantismus und Dyslexikalismus bzw. Entwicklungsdyssemantismus und Entwicklungsdyslexikalismus.

Bei den anderen oben beschriebenen menschlichen Lernprozessen ist es dagegen nicht üblich, die normalen Unzulänglichkeiten wie beim Spracherwerb mit den Etiketten der Beeinträchtigungen zu bezeichnen als:

- physiologisches Danebengreifen oder Entwicklungsfallenlassen
- physiologisches Umfallen oder Entwicklungshinken
- physiologisches Stürzen oder Entwicklungsstolpern

- physiologisches Einnässen oder Entwicklungsenuresis
- physiologisches Einkoten oder Entwicklungsenkopresis
- physiologisches Stehlen (Klauen) oder Entwicklungskleptomanie
- physiologisches Lügen oder Entwicklungsflunkern
- physiologisches Auf-die-Füße-Treten oder Entwicklungsfalschtanzen
- physiologisches Maschen-Fallenlassen oder Entwicklungsfalschstricken
- physiologisches Falschtapezieren oder Entwicklungs-Tapeten-Runterfallenlassen
- physiologisches Schräg-Mauern und Entwicklungsfalschdachdecken u. a. m.

Die Attribute »physiologisch« lassen unzulässigerweise eine Verursachung der normalen sprachlichen Unzulänglichkeiten in der Arbeitsweise der am Sprechen beteiligten Organe und die Wortbestandteile »Entwicklungs-«, auch ein Attribut »genetisch«, eine Entstehung als ein in Keimen bzw. Genen schon angelegtes Geschehen in Organstrukturen anklingen, das nur auseinandergewickelt (= wörtliche Übersetzung von entwickeln) werden muß, wie das Wachsen einer Pflanze im Samenkorn.

»Physiologische Sprachstörungen« bzw. »Entwicklungssprachstörungen« sind primär keine fehlerhaften Organtätigkeiten bzw. genetisch-entwicklungsmäßig vorprogrammierte Phasen eines unzulänglichen Tuns, sondern normale Durchgangsstadien eines individuellen Menschen, der gerade etwas Neues, für ihn Existentiell-Wichtiges, lernt, nämlich seine Bewußtseinsinhalte mit den Zeichen der Sprachgemeinschaft zu versehen, um seine Bezugspersonen und die Welt immer besser verstehen und sich ihnen ständig besser verständlich machen zu können.

Exkurs:

Wozu das Attribut »physiologisch« mißbraucht werden kann, zeigen Veröffentlichungen zu Beginn dieses Jahrhunderts über den »physiologischen Schwachsinn des Weibes« (Möbius 1905) und den »physiologischen Stumpfsinn des Mannes« (Freimann 1905).

3. Pädagogene sprachliche Beeinträchtigungen — ein zunehmend größer werdendes Problem der heutigen (Sprach-)Sonderpädagogik

Johnson (1959) erklärt die Entstehung des Stotterns, daß die Umwelt die normalen Redeunflüssigkeiten (Non-fluency-Phasen) eines Kindes zu frühzeitig als Stottern diagnostiziert und dann inadäquat darauf reagiert. Auf gleiche Weise können auch Wortschatzprobleme, Stammeln und Dysgrammatismus und die selteneren Redebeeinträchtigungen Stammeln der Rede, Dysgrammatismus der Rede und Näseln der Rede (Kroppenberg 1983 a, S. 170 ff.; 1984) entstehen, wenn die Umwelt dem Kind nach seinem Sprechbeginn nicht die nötige Zeit und adäquate Unterstützung zukommen läßt, damit es die Prozesse der Wortschatz-, Aussprache- und Grammatikerlernung durchstehen kann.

Die kritische Frage sei gestattet: Wenn die normalen Unzulänglichkeiten nur im menschlichen Spracherwerb und nicht bei den übrigen menschlichen Lernprozessen bereits mit den Etiketten der Beeinträchtigungen bezeichnet werden, trägt dann die derzeitige pädagogische und medizinische Literatur mit den unreflektiert gebrauchten und einfach immer wieder übernommenen Termini physiologisches Stammeln, physiologischer Dysgrammatismus, physiologisches Stottern, physiologisches Poltern, bzw. Entwicklungsstammeln, Entwicklungsdysgrammatismus, Entwicklungsstottern, Entwicklungspoltern nicht (unbeabsichtigterweise) zu einem frühzeitigen Etikettierungsprozeß Umwelt—Kind mit bei und begünstigt so die Entstehung von sprachlichen Beeinträchtigungen?

Lange Zeit wurden (und werden sicher hier und da auch heute noch) Eltern, die sich über sprachliche Unzulänglichkeiten ihrer Kinder Sorgen machten, von Fachleuten mit Hinweisen getröstet »Abwarten« oder »Das wächst sich aus!«. Heute ist die Gefahr größer, daß bei der sich in Gang befindlichen Schwerpunktverlagerung der Sprachbehindertenpädagogik auf den vorschulischen Bereich von Fachleuten zu frühzeitig und inadäquat

in normale, eine gewisse Zeit benötigende Sprachlernprozesse eingegriffen wird. Bei diesen »Behandlungen« im wahren Sinne des Wortes (oft aus mehrfachen »Scheingründen«) müssen die Kinder, weitgehend ohne genügende Beachtung ihrer echten inhaltlichen (kommunikativen) Aussagen, die Elemente der Sprechmotorik, des Wortschatzes, der Aussprache und der Grammatik isoliert nach einer Erwachsenen-, der Sprache immanenten Logik erlernen. Die Folgen sind vielfach *pädagogene sprachliche Beeinträchtigungen*, d. h., die Beeinträchtigungen sind aus den normalen Unzulänglichkeiten im menschlichen Spracherwerb durch eine inadäquate und unkindgemäße sprachpädagogische Arbeit erst entstanden bzw. haben sich durch sie verstärkt. Es sei auf die Kasuistiken von Kindern mit pädagogem Stottern (Kroppenberg 1983 b) und mit pädagogem Dysgrammatismus der Rede (Kroppenberg 1984) verwiesen.

Sonderschullehrer für Sprachbehinderte (aber auch andere Berufsgruppen, die in der Rehabilitation von vorschulpflichtigen Kindern mit sprachlichen Problemen arbeiten) haben viel zuwenig gelernt, in der Zeit der beschriebenen normalen Unzulänglichkeiten den natürlichen Spracherwerb, der ein dialogischer, aktualgenetischer Korrektur-Lehr-Lern-Prozeß zwischen Kind und Bezugsperson ist (Kroppenberg 1983 a, S. 124 ff.), adäquat zu unterstützen. Vielfach werden Methoden der Sprachkorrektur, die bei sprachlich beeinträchtigten Grundschulkindern Verwendung finden, unreflektiert und in Ermangelung der Kenntnis adäquater Methoden auch bei vorschulpflichtigen Kindern mit sprachlichen Problemen angewandt. Es ist daher unbedingt erforderlich, daß partnerschaftliche Elternarbeit (Kroppenberg 1985) und ganzheitliche, am Kind orientierte, dialogische sprachliche Förderung noch mehr zum Inhalt der Aus- und Fortbildung von Sonderpädagogen werden, d. h., beides muß unter Anleitung und Supervision von erfahrenen Fachleuten in Selbsterfahrung gelernt und immer wieder theoriegeleitet hinterfragt werden. Ein nur theoretisches Kennenlernen und Vertrautmachen mit allen möglichen in

der Literatur vorzufindenden Förderansätzen ist nicht ausreichend.

Exkurs:

Eine Parallele zu den beschriebenen pädagogischen sprachlichen Beeinträchtigungen zeigt sich bei den schulischen Erstlernprozessen des Kindes im Lesen, Schreiben, Rechnen, Rechtschreiben und schriftsprachlichen Sich-Äußern. Ein Kind benötigt in den ersten Grundschuljahren, ähnlich wie bei seinem Spracherwerb, genügend Zeit und Ruhe, um mit adäquater Unterstützung des Pädagogen diese für es sehr schwierigen Lernprozesse zu bewältigen. Auch hierbei kommen, wie bei allem menschlichen Lernen, normale Unzulänglichkeiten der in Gang befindlichen Lernprozesse vor. Sie werden auch hier nicht, wie nur bei den sprachlichen Lernprozessen üblich, bezeichnet als

- physiologische Legasthenie oder Entwicklungsdyslexie
- physiologische Dysgraphie oder Entwicklungsdysgraphie
- physiologische Kalkulasthenie oder Entwicklungsdyskalkulie

Literatur

- Andresen, Ute: So dumm sind sie nicht. Von der Würde der Kinder in der Schule. Weinheim/Basel 1985.
- Dannenbauer, F. M.: Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Historische, sprachheilkundliche und sprachpsychologische Perspektiven. Birkach/Berlin/München 1983.
- Freimann, Maxie: Über den physiologischen Stumpsinn des Mannes. Berlin/Leipzig 1905 (Nachdruck: München 1978).
- Johnson, W.: The onset of stuttering. Research, findings and implications. Minneapolis 1959.
- Kroppenberg, D.: Sprachliche Beeinträchtigung unter sonderpädagogischem Aspekt. Berlin 1983 a.
- Kroppenberg, D.: Sprachsonderpädagogische Förderung eines sechsjährigen Jungen, der stottert. — Das Kölner Fritzjen stottert nicht, nur das Mainzer. *Der Sprachheilpädagoge* 15 (1983 b) 4, S. 6—15.
- Kroppenberg, D.: Sprachsonderpädagogische Förderung eines zehnjährigen Jungen mit Dysgrammatismus der Rede. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Ursachen und Therapie von Dysgrammatismus, Aphasie, Dysphasie. Hamburg 1984, S. 258—265.
- Kroppenberg, D.: Partnerschaftliche Elternarbeit — eine weitgehend vernachlässigte Aufgabe der Sprachbehindertenpädagogik. In: Arbeitskreis sprachheilpädagogische Fragen (Hrsg.): Bremer Protokoll zur Sprachheilpädagogik, Nr. 16, Bremen (Juli) 1985, S. 1—11.
- Möbius, P. J.: Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Halle *1905 (Nachdruck: München 1977).
- Sänger, Annemarie: Wenn Kinder lügen und flunkern. In: Specht, Minna (Hrsg.) unter Mitwirkung von Friedländer, Martha: Kindernöte. Zweite Folge. Frankfurt 1955, S. 1—15.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. (Ost-)Berlin *1969.
- Vitzthum, Gräfin Elisabeth: Mein und Dein im Kinderleben. In: Specht, Minna (Hrsg.) unter Mitwirkung von Friedländer, Martha: Kindernöte. Zweite Folge. Frankfurt 1955, S. 87—92.

- physiologische Dysorthographie oder Entwicklungsdysorthographie
- physiologische schriftliche Ausdrucksschwäche oder Entwicklungs-Schlecht-Aufsatz-Schreiben.

In unseren Schulen wird zur Zeit durch inadäquates und zu frühzeitiges Eingreifen in diese Lernprozesse, z. B. durch schulmeisterliches Korrigieren (mit roter Tinte), Verängstigen und Einschüchtern der Kinder durch überzogene Leistungsbeurteilung und Notengebung und das dadurch bedingte häusliche, oft sinnlose Trainieren, unnötiger Schaden angerichtet (Andresen 1985). Es entstehen daher auch pädagogische Beeinträchtigungen der Kinder im Lesen, Schreiben, Rechnen, Rechtschreiben und schriftsprachlichen Sich-Äußern. Sonderschullehrer für Sprachbehinderte sollten in ihrer Aus- und Fortbildung das adäquate Unterstützen dieser schulischen Erstlernprozesse der Kinder praxisnah erlernen und dies auch, z. B. per Team-Teaching, in alle Schularten hineinragen. Die Unsinnigkeit einer Leistungsbeurteilung im Grundschulalter mittels Noten ist auf diesem Hintergrund erneut grundsätzlich zu diskutieren.

Westrich, E.: Erziehung zur Sprachlichkeit. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Hrsg.): Unser Kind — fit fürs Leben. Bonn-Bad Godesberg 1977, S. 123—129.
Westrich, E.: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg 51984.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Dieter Kroppenberg
Hegelstraße 49, 6500 Mainz

Dr. Dieter Kroppenberg ist als Sonderpädagoge und Wissenschaftlicher Leiter im Schulversuch des Landes Rheinland-Pfalz »Gemeinsamer Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Schülern in der Grundschule« an der Hartenberggrundschule Mainz und der Keune-Grundschule Trier tätig.

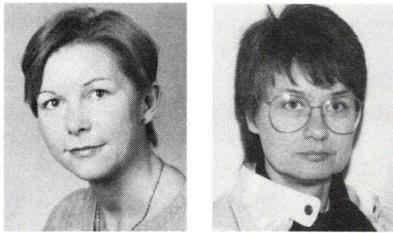
Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

Für Beratungsstellen und Ambulanzpatienten stellen wir auf Wunsch spezielle Bestellzettel für Übungsblätter zur Verfügung, die im Sinne eines Rezeptes den Patienten ausgehändigt werden können.

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



Heideloire Freise und Marianne Menk, Hannover

Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule

Zusammenfassung

Wir berichten von unserer Arbeit mit sprachauffälligen Kindern, die im Rahmen der Integrierten Gesamtschule Hannover-Mühlenberg während der Unterrichtszeit durch uns Lehrerinnen für Sprachbehinderte gefördert werden. Wir sehen Sprachförderung auf dem Hintergrund handlungsorientierter Pädagogik mit dem Ziel, ganzheitliches Wachstumsgeschehen anzuregen.

1. Zur Integrierten Gesamtschule

Die Integrierte Gesamtschule (IGS) Mühlenberg ist eine achtzügige Ganztagschule mit gymnasialer Oberstufe in einem Neubaugebiet am Stadtrand von Hannover. Sie hat im August 1974 den Unterricht aufgenommen. Ihr Einzugsbereich umfaßt das ganze Stadtgebiet Hannovers. Grundschüler können nach dem vierten Schuljahr in die IGS wechseln — maximal werden in einem Jahrgang 240 Schüler/innen (Sch.) aufgenommen.

Sch. der unteren Jahrgänge haben an zwei, die der oberen Jahrgänge an drei Nachmittagen Unterricht bzw. Interessengemeinschaften. — Die Fünf-Tage-Woche ist eingeführt. Mittagessen kann in der Mensa eingenommen werden. Für Freizeitaktivitäten stehen Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung. Eine großzügig gestaltete Sportanlage ist vorhanden.

2. Pädagogische Sprachförderung — ein Schwerpunkt der IGS Mühlenberg

Bei der Planung unserer IGS wurde die Notwendigkeit gesehen, sprachauffällige Kinder

im schulischen Rahmen in besonderer Weise zu fördern.

Die Bildungskommission des *Deutschen Bildungsrates* legt in ihren »Empfehlungen« 1973 eine neue Konzeption zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher vor, die eine weitmögliche gemeinsame Unterrichtung von Behinderten und Nichtbehinderten vorsieht (vgl. Empfehlungen des *Deutschen Bildungsrates* 1973).

»Wenn Gesamtschulen ihren Anspruch, Chancengerechtigkeit verwirklichen zu wollen, ernst nehmen, müssen sie auch Behinderte mit einschließen« (*Grunwald et al.* 1975). Die Eingliederung von Behinderten ist eine gesamtstaatliche Aufgabe, und dem Bildungsbereich kommt Verantwortung zu, weil hier die Weichen für die Zukunft der Kinder gestellt werden. *Knura* (1973) sieht in der Integrierten Gesamtschule die konsequenteste Ausprägung des Modells einer integrativen und demokratischen Erziehung. Die IGS ist als einzige in der Lage, durch das Angebot der vielfältigen Möglichkeiten individueller und sozialer Verwirklichung in Form kooperativer Tätigkeiten sozial-integrative Verhaltensweisen unter Behinderten und Nichtbehinderten zu entwickeln (vgl. *Knura* 1973).

Im Niedersächsischen Schulverwaltungsblatt heißt es in Heft 5 (1978), daß »... angesichts der großen Zahl sprachbehinderter Schüler ... das Potential ausgebildeter Sonderschullehrer künftig besser als bisher im

Rahmen schulischer Fördermaßnahmen wirksam werden muß«.

3. Ziele der pädagogischen Sprachförderung

Ziel dieses Schwerpunktes unserer Schule ist es, sprachauffälligen Kindern die allgemeinen Inhalte einer IGS zu vermitteln und Schulabschlüsse an einer allgemeinbildenden Schule zu ermöglichen. Basis unserer Arbeit ist eine ganzheitliche Begegnung mit dem Schüler.

Der Sch. soll sich akzeptiert fühlen und angstfrei Mängel und Defekte zeigen können, einen Zuhörer haben, der Zeit und Ruhe mitbringt. Im Gegensatz zum Klassenunterricht gibt es kein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Lehrer und Sch.

Die spezielle Auffälligkeit von Sch. soll pädagogisch so beeinflußt werden, daß sie in ihrem sprachlichen Verhalten so kompetent wie möglich werden. Eine beachtlich große Gruppe bilden Sch. mit den Folgen verzögerter (verhinderter?) Sprachentwicklung. Nach der gemeinsamen Arbeit an aktuellen oder aufgebrochenen persönlichen Fragen oder Problemen geht es hier beispielsweise um

- das Erarbeiten eines größeren Sprachverständnisses,
- die Verbesserung des Wortschatzes,
- eine differenziertere Wortfindung und
- die grammatische und syntaktische Durchgliederung laut- und schriftsprachlicher Äußerungen.

Hierzu zählen wir auch die Gruppe der Sch., die die deutsche Sprache unter erschwerten Bedingungen als Spätaussiedler aus der UdSSR und Polen und als Gastarbeiterkinder erlernen. Bei einer anderen Gruppe von Sch., denen mit Redeflußstörungen, geht es u. a. darum, daß sie die Sprachauffälligkeit als Teil ihrer Persönlichkeit akzeptieren.

4. Erfassung und Diagnostik

Zum Schuljahresbeginn erfassen wir jährlich aus der Menge aller neu aufgenommenen Sch. diejenigen, die Sprachauffälligkeiten zeigen.

Die Klassen werden in Kleingruppen von vier bis sechs Sch. aufgeteilt und zu einer Grob-

diagnose für je eine Schulstunde in den Sprachtherapiebereich eingeladen. Die Tutoren des fünften Jahrgangs werden von uns in der Jahrgangskonferenz über diesen Vorgang informiert, die Kinder erfahren in Form eines kurzen »Vortrags« in den einzelnen Klassen etwas über die Möglichkeiten der pädagogischen Sprachförderung in der Schule. In möglichst spielerischem Umgang mit den Sch. stellen wir fest, ob ein Kind Sprachauffälligkeiten zeigt.

Bei den so als auffällig erfaßten Kindern erfolgt im Rahmen von Förderdiagnostik eine ständige Überprüfung und ggf. Modifizierung der Therapieziele.

Mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten dieser Kinder sowie den bisherigen Therapeuten und behandelnden Ärzten wird bei Bedarf Kontakt aufgenommen.

Alle Kinder mit Lautbildungsfehlern werden audiometriert, um bei einer möglichen Normabweichung in der akustischen Aufnahme die Eltern auf eine notwendige medizinische Überprüfung und ggf. Versorgung aufmerksam machen zu können.

In der »Brücke«, einer regelmäßig stattfindenden Dienstbesprechung aller mit der Sonderbetreuung und -beratung von Sch. befaßten Kolleginnen/en (eine Schulpsychologin, vier Beratungslehrer/innen, zwei Sozialpädagoginnen/en, zwei Sonderschullehrerinnen, Lehrer/innen, die Lese-Rechtschreib-Förderung erteilen), wird die notwendige Einzelfallhilfe abgesprochen bzw. koordiniert.

Die Eltern aller Kinder des fünften Jahrgangs werden durch einen Brief auf die pädagogische Sprachförderung aufmerksam gemacht.

Während der Überprüfungsphase zum Schuljahresbeginn findet keine Einzel- oder Kleingruppenbetreuung statt. — Selbstverständlich beschränkt sich unser Angebot nicht auf den fünften Jahrgang der IGS. Ältere Sch., insbesondere Stotterer, bedürfen häufig mehrjähriger Betreuung durch die Sprachheilpädagoginnen.

5. Räumliche, personelle und organisatorische Gegebenheiten

Der Sprachtherapiebereich besteht aus zwei Therapieräumen, die mit einer Mitschauanlage ausgestattet sind, einem Entspannungsraum mit Schaumgummimatten und -würfeln und einem Arbeitsraum für die beiden Lehrerinnen für Sprachbehinderte. Die Räume wurden angemessen und großzügig geplant. Die Ausstattung mit Arbeitsmaterial und mit technischen Geräten kann als gut bezeichnet werden.

Nach Abschluß der Überprüfungsphase werden die als förderbedürftig herausgefundenen Kinder in Gruppen eingeteilt. Der gesamte Entwicklungsstand des Sch. bestimmt die Entscheidung, ob die Förderung einzeln oder in einer Kleingruppe beginnt. Die Förderstunden liegen parallel zum Unterricht, es sind überwiegend zwei Unterrichtsstunden in der Woche.

Die Übungszeiten der Kinder werden mit den Stundenplänen koordiniert. Wir bemühen uns, die Sch. in der Regel nicht aus den Unterrichtsfächern herauszunehmen, in denen sie besonders gute oder schwache Leistungen zeigen.

Die endgültigen Therapietermine werden nach Rücksprache mit dem Sch., dem Tutor und den Eltern im Klassenbuch zur Information für die Fachlehrer eingetragen. — Lehrer und Eltern werden von uns eingeladen, an Förderstunden teilzunehmen.

6. Die Arbeit mit dem Kind

Unsere Arbeit mit sprachauffälligen Kindern orientiert sich weitgehend in Methode und Inhalt an den Leitgedanken der handlungsorientierten, kooperativen Pädagogik:

- Die Thematik einer Übungsstunde ergibt sich aus Problemsituationen der Alltagswirklichkeit (Schule, Freizeit, Familie);
- die Lerninitiative muß weitgehend in die Hand des Lerners gelangen. Er muß erfahren, daß er Lernsituationen gemäß seinen Wünschen und Interessen strukturieren kann;
- Schüler und Lehrer, Kind und Eltern/Therapeut müssen als Partner Problem-

situationen angehen, bewältigen und bewerten;

- Produkt und Prozeß der Handlung müssen von gleichem Rang sein;
- die Arbeit (der Prozeß der Handlung) muß sich in manueller wie in geistiger Hinsicht an der kindlichen Entwicklung orientieren (vgl. Schönberger 1981).

An dieser Stelle möchten wir auf Veröffentlichungen von Affolter hinweisen, die Defizite in der Entwicklung von Wahrnehmung und Sprache handlungsorientiert aufarbeitet (Affolter 1975 und 1979).

In ersten Gesprächen werden zur Erstellung eines Förderplanes folgende Punkte angesprochen:

- Wo liegen die Wünsche, Interessen, Stärken des Sch. in Schule und Familie?
- Wie und in welchem Umfang beeinträchtigt die Sprachauffälligkeit das Leben des Sch. negativ; wo empfindet der Sch. Defizite und Schwierigkeiten?
- Welche Möglichkeiten gibt es, die negativen Konsequenzen der Sprachauffälligkeit zu verringern, abzubauen?

Aus folgenden Schritten entwickelt sich mehr oder weniger detailliert, mit jeweils veränderter Gewichtung und Verzahnung die Sprachförderung, z. B.:

- Kennenlernen der Anteile ungestörter Sprache,
- Kennenlernen der Symptome und der begleitenden Symptomatik im körperlichen Bereich wie z. B.
 - ich kriege keine Luft mehr,
 - ich werde rot,
 - ich fange an zu zittern,
 - ich fühle mich gelähmt, kalt,
 - ich kann den anderen nicht ansehen usw.,
- gemeinsames Planen kleiner Lernschritte,
- gemeinsame zwischenzeitliche Erfolgskontrolle.

Das Geübte wird mit unterschiedlich dosierter Hilfe in Übungs-, Schul- und Alltagssituationen angewendet, die der Sch. derzeit zu bewältigen hat.

6.1. Beispiele aus der Arbeit

6.1.1. Leseübung an einem Text

- in der Sprachförderung

Der Sch. wählt einen Text aus dem aktuellen Unterricht, der u.U. inhaltlich unklar erscheint. Arbeitsschritte:

- Gemeinsame inhaltliche Klärung mit erweitertem Arbeitsmaterial,
- gemeinsames Markieren der problematischen Laute/Lautverbindungen im Text,
- lautes, betontes Lesen mit Kassettenrekorder und Selbstkontrolle,
- Inhaltsangabe a) in Form von Antwortsätzen auf prononciert artikulierte Fragesätze, b) in freier Form, ausschnittsweise auf Kassette aufgenommen mit anschließender Selbstkontrolle,
- eigene Gedanken/Stellungnahme des Sch. zum Inhalt des Textes;
- im Unterricht

Anwenden des Gelernten in der Unterrichtssituation — ggf. im Beisein des Sprachheilpädagogen im Unterricht, z. B. a) vorlesen, b) Beteiligung am freien Gespräch im Unterricht.

6.1.2. Rollenspiel

Themen:

- Mitschüler/innen kritisieren, meiden mich wegen meiner Sprechweise.
- Ich bitte um Auskunft (am Fahrkartenschalter, im Kaufhaus, in der Straßenbahn...).
- Ich lade jemanden ein.
- Ich gehe zum Arzt usw.

Möglichkeiten des Agierens:

- Der Sch. spielt seine Rolle selbst,
- der Sch. spielt abwechselnd seine Rolle und die des Partners,
- mehrere Kinder nehmen am Rollenspiel teil und haben jeweils eine Rolle.

6.1.3. Beschreibung von Arbeitsabläufen

Unterrichtseinheit im Fach Deutsch im 6. Jahrgang:

- Themen: Ich bereite Kuchenteig.
Ich brate ein Ei.
Ich falte ein Schiff usw.

- Namen, Begriffe für bereitgestelltes oder gemeinsam ausgewähltes Arbeitsmaterial finden, ggf. Artikulationshilfen geben (während dieser Übungen kann zeitweise eine Tonkassette zur anschließenden Selbstkontrolle mitlaufen).
- Der Sch. plant und realisiert die Arbeit konkret, die Handlungen werden sprachlich begleitet.

Im Verlauf der Arbeit kommt es zu Begriffserklärungen und -erweiterungen, Situationsbeschreibungen, zum Klären von Problemen und eventuell zur Änderung des Arbeitsziels.

Neben den hier aufgezeichneten Arbeitsansätzen planen wir u. a. Gesellschafts- und Bewegungsspiele ein als Motivationshilfe und als Möglichkeit, Gelerntes zu festigen.

7. Kooperation

7.1. Kooperation mit dem Kollegium

Nach unseren Erfahrungen ist der Erfolg der Integration sprachauffälliger Sch. in die Klassengemeinschaft weitgehend abhängig von der Art und Intensität der Zusammenarbeit zwischen Sprachheilpädagogen und anderen in der Schule pädagogisch tätigen Personen. Dazu gehören: Tutorinnen/en, Fachlehrer/innen, Sozialpädagoginnen/en, die Kolleginnen/en des Beratungsdienstes und die Schulpsychologin. Voraussetzung für gute Kooperation ist gegenseitige Information und eine Bereitschaft zur Problemlösung.

Zu Beginn eines Schuljahres, wenn neue Kolleginnen/en an die IGS kommen, bieten wir eine Informationsveranstaltung an, die für die neuen Kolleginnen/en verpflichtend und für die älteren Kollegen, die sich noch intensiver informieren wollen, freiwillig ist.

Im Rahmen einer allgemeinen Einführung erläutern wir den Kolleginnen/en (K.) die am häufigsten bei unseren Sch. anzutreffenden Sprachauffälligkeiten und -behinderungen und weisen auf mögliche Beeinträchtigungen der Persönlichkeits- und Sozialentwicklung dieser Kinder hin.

Besondere Berücksichtigung findet der Aspekt des emotionalen und sozialen Verhaltens des Lehrers gegenüber dem Sprachgestörten, da das Verhalten des Lehrers

Modellcharakter hat für das Sozialverhalten aller Sch. einer Klasse.

Wir bieten den K. unsere Beratung und Mitarbeit im Rahmen des Unterrichts an. Außerdem haben die K. die Möglichkeit, sich unsere Räume, Arbeitsmaterialien und technischen Geräte anzusehen und, soweit wie möglich, sie auszuprobieren.

Diese Einführungsveranstaltung ist gedacht als Sensibilisierung für den Umgang mit sprachauffälligen Sch.

Im Laufe des Schuljahres informieren wir in unregelmäßigen Abständen die Tutorinnen/en, bisweilen auch die Fachlehrer/innen, über den Fortgang der Förderung. — Umgekehrt interessieren uns Rückmeldungen der K. zum Schülerverhalten, zu den Problemen in der Klasse und zu den Unterrichtsinhalten.

7.2. Kooperation mit den Eltern

Wir gehen davon aus, daß der Vorbildfunktion des sozialen Umfeldes besondere Bedeutung zukommt, und legen deshalb großen Wert auf gute Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten. Andererseits hoffen wir, durch den Kontakt mit den Eltern das Kind in seinen Fähigkeiten und Interessen besser wahrnehmen zu können. Leider entspricht das Interesse der Eltern und ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit nicht immer unseren Erwartungen. Häufig wiederkehrend sind bei uns zwei Verhaltensweisen zu bemerken:

- Eltern nehmen keinen Anteil am Schulgeschehen und sehen ohne unser Bemühen nicht die Notwendigkeit, Kontakt mit uns zu suchen;
- Eltern möchten die sprachliche Auffälligkeit ihres Kindes ignorieren und nicht durch die Fördermaßnahme auf ein Defizit aufmerksam gemacht werden.

Mit der Motivation des Sch. zu unserer Arbeit gelingt es dann doch zumeist, auch mit den Eltern ins Gespräch zu kommen und eine Zusammenarbeit aufzubauen.

Literatur

Affolter, Félicie: Wahrnehmungsprozesse, deren Störungen und Auswirkungen auf die Schulleistungen, insbesondere Lesen und Schreiben. Zeitschr. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie (1975) 3, S. 223—228.

8. Erfahrungen und Perspektiven

Ein Rückblick auf die bis zum jetzigen Zeitpunkt geleistete Arbeit des Sprachtherapiebereichs in der IGS Mühlenberg erlaubt es, von erfolgreichem Vorgehen zu sprechen.

Erfolgreich in unserem Sinne bedeutet, bei den Sch. die Entwicklung zu mehr Wahrnehmungsfähigkeit, Selbstverantwortlichkeit und Handlungsbereitschaft in Gang gesetzt zu haben. Wir möchten Sprachförderung nicht nur reparativ auffassen, sondern als Anstoß zu ganzheitlichem Wachstumsgeschehen (vgl. *Petzold* 1985).

In unserer Schule begegnen sich Kinder, die an anderer Stelle durch Auslese voneinander ferngehalten werden. Mit unserer Arbeit tragen wir dazu bei, daß sich in heterogenen Lerngruppen die Toleranzgrenzen erweitern und Angst vor »Anderssein« reduziert wird. Daraus ergibt sich unser Wunsch nach

- dem Einsatz von mehr Sonderschullehrern in allgemeinbildenden Schulen,
- mehr Austausch mit Kolleginnen/en, die in ähnlichen Bereichen arbeiten,
- nach mehr Fortbildungsveranstaltungen für diesen Tätigkeitsbereich,
- mehr Raum für diese Themen in der öffentlichen Diskussion und in Fachkreisen.

Die Zusammenarbeit mit unserem Kollegium ist weitgehend erfreulich: Anregungen und Informationen werden offen ausgetauscht, Verhaltensweisen kritisch hinterfragt und ggf. verändert.

Gute Schulabschlüsse, u. a. von Stotterern, sind weitgehend auf verständnisvolles Miteinander von Lehrern und Mitschülern zurückzuführen.

Dieser Beitrag bringt keine Aussagen zur Quantität unserer Arbeit — u. E. müßte dieses Thema ausführlich gesondert diskutiert werden.

- Affolter, Félicie: In: Fröhlich, A. D.: Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungstraining bei Körperbehinderten. Rheinstetten 1979, S. 71—83.
- Deutscher Bildungsrat: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Bonn 1973.
- Grunwald, A., et al.: Empirische Untersuchung zu Einstellungen und Meinungen von Lehrern an IGS zur möglichen Integration behinderter Kinder in Gesamtschulsysteme. Zeitschr. f. Heilpädagogik 26 (1975) 7, S. 368—384.
- Knura, Gerda: Sprachstörungen als Lernstörung — Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 5, S. 129—143.
- Nieders. Kultusminister: Niedersächsisches Schulverwaltungsblatt. Heft 5 (1978), S. 183—185.
- Petzold, H.: Editorial. In: Integrative Therapie. Paderborn. Heft 2 (1985), S. 103—104.
- Schönberger, F.: Kooperative Didaktik. Hannover 1981 (unveröffentlichtes Manuskript).

Anschrift der Verfasserinnen:
 Heidele Freise
 Marianne Menk
 IGS Hannover-Mühlenberg
 Mühlenberger Markt 1
 3000 Hannover 91

Heidele Freise ist seit 1980 als Sonderschullehrerin für Sprachbehinderte an der Integrierten Gesamtschule Hannover-Mühlenberg im Bereich der integrativen Sprachförderung tätig; seit 1982 Weiterbildung in Integrativer Therapie am Fritz-Perls-Institut, Mainz.
 Marianne Menk arbeitet als Sonderschullehrerin für Sprachbehinderte seit 1983 an der Integrierten Gesamtschule Hannover-Mühlenberg im Bereich der integrativen Sprachförderung.



Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 5, S. 264—267

Gela Brueggebers-Weigelt, Hannover

Überlegungen zum Einsatz der Mantra-Meditation bei Vokal-Stottern

Zusammenfassung

Das relativ seltene Vokalstottern als Symptom bei Balbuties oder spastischer Dysphonie ist bedingt durch tonischen Glottisschluß (physiologische Erklärung) und äußert sich in der gestörten Artikulation der Vokale.

Die Mantra-(Sanskrit: »heiliger Spruch«)Meditation als gedachte Laut-Meditation bietet die Möglichkeit, durch den gezielten Einsatz der betroffenen Vokale als Mantra die Artikulation der als schwierig empfundenen Vokale in der meditativen Entspannung einzuüben.

Außerdem wirkt der Schwingungscharakter des Mantras ausgleichend auf die Atmung und die mentale Synchronisation der Gehirnwellen; insbesondere die entspannenden Alphawellen werden aktiviert.

Der Transfer in die Spontansprache gelingt, wie die Erfahrung der Verfasserin zeigt, außerhalb der Meditationssituation sehr schnell und ist erstaunlich resistent gegen Rückfälle.

1. Über den therapeutisch relevanten Zusammenhang von Vokal-Artikulation und Mantra-Vibration

1.1. Vokale und Vibrationen

Das vokalische Phonations- und Artikulationsprinzip besteht in der Gestaltung von Resonanzräumen. Vokale entstehen durch Resonanz im Ansatzrohr.

»Charakteristische Größen- und Formenunterschiede des Ansatzrohres verstärken

resonatorisch gewisse Partialtöne und konstituieren so bestimmte Klangfarben, die wir Vokale nennen« (Wängler 1974, S. 87).

Im Vokalklang kommen nur harmonische Teiltöne vor; die Teil- oder Partialtongebiete, die für die Bildung der Vokale besonders wichtig sind, werden Formanten genannt. Vokale sind stimmhafte, geräuschlose Öffnungslaute. Die Vokale der deutschen Sprache sind Oralvokale, das Gaumensegel verlegt den Weg zur Nase und verhindert damit Nasalisierung.

Seit die Hirnforschung durch die Entwicklung von PET (Positron-Emission-Tomographie) den alten Streit in der Sprachwissenschaft zugunsten derer entschieden hat — oder besser: bewiesen hat —, die der Ansicht waren, daß Denken mit innerem Sprechen einhergeht, ist deutlich geworden, daß gedachte Laute u. U. die gleiche Wirkung erzielen wie artikulierte.

Jeder Laut — ob gedacht oder ausgesprochen — erzeugt in unserem Körper eine bestimmte Vibration. Ähnlich dem Resonanzboden einer Geige, der von den Schwingungen der Saiten ebenfalls zum Mitschwingen veranlaßt wird und erst dadurch dem Ton zu seinem vollen Klang verhilft, reagiert auch unser Körper und verstärkt und moduliert durch feinste Vibrationen die in unserem Ansatzrohr erzeugten Laute. Besonders schwingungsintensiv sind die Vokale.

1.2. Mantra und Vibrationen

Bei der Mantra-Meditation — hier verstanden als Silben-Mantra — wird nun diese Eigenschaft des Körpers zum Mitschwingen positiv genutzt. Mantren wirken durch ihre Vibrationen.

Bestimmte Laute und insbesondere die Vokale lösen unterschiedliche Wirkungen in unterschiedlichen Körperräumen aus. Wenn wir ein »i« summen, singen, denken, werden andere Räume in unserem Körper gefühlt, als wenn wir ein »u« summen, singen, denken.

Dieser Zusammenhang zwischen den Vokalen und den verschiedensten Teilen des Körpers ist auch in Europa von Atemtherapeutischen Schulen (vgl. Middendorf 1984)

erkannt worden und wird dort in der sogenannten »Vokalraumarbeit« zur Lösung und Lockerung des Körpers eingesetzt.

Außer durch ihren Vibrationscharakter wirken sich Mantren auch ausgleichend auf die Atmung aus.

Der natürliche Atemrhythmus besteht aus der Einatmung, einer etwas längeren Ausatmung und einer kleinen Atempause zwischen Ausatmung und Einatmung. Bei dem »normalen« Europäer ist nun meistens der Akzent des Atemvorganges zu stark auf die Einatmung verlagert. Gierig wird die Luft eingeholt, aber nicht richtig herausgelassen.

Bei einem Mantra wird der Atemrhythmus reguliert, der Akzent liegt auf der Ausatmung, dadurch vertieft sich die Einatmung indirekt, sozusagen ganz von selbst.

Durch diesen Atemrhythmus stärken wir die dahinterliegende Haltung von Vertrauen und Sich-Hingeben-Können.

Ferner ist das Mantra ein günstiges internes Meditationsobjekt, auf das leicht alle Aufmerksamkeit konzentriert werden kann und das somit alle bewußte Gehirntätigkeit in eine einzige Richtung lenkt.

Damit ist auch zu erklären, daß bei konzentriertem Wiederholen ein und desselben Mantras im EEG eine zunehmende Synchronisierung der elektrischen Gehirnaktivität eintritt, die den Rhythmus von Alpha-Wellen verstärkt und so eine geistig-psychische und körperliche Entspannung bewirkt (Schwäbisch und Siems 1976, Peter und Gerl 1977).

2. Mantra-Meditation in der Stottertherapie

2.1. Exemplarische Darstellung des therapeutischen Mantra-Einsatzes

Bei meiner Arbeit mit Vokal-Stotterern (N = 11) habe ich mir die Prinzipien der Mantra-Meditation zunutze gemacht und mit meinen Patienten zusammen mit symptomorientierten Mantren meditiert.

Bei einer besonderen Beeinträchtigung der Artikulation der Vokale »a«, »o« und »u« bietet sich das Mantra

OM AH HUM an.

Ich möchte hier exemplarisch die Mantra-Meditations-Sprachtherapie eines 58jährigen Mannes vorstellen:

Diagnose des HNO-Arzt: Spastische Dysphonie;

Diagnose des Psychiaters und Psychoanalytikers: Psychogen bedingtes Vokalstottern; meine Diagnose: Tonisches Vokalstottern (»a«, »o«, »u«) mit leichten Mitbewegungen, starkem Störungsbewußtsein, schwankendem Selbstwertgefühl, starken intra- und interpsychischen Belastungen.

Das seit frühester Jugend vom Patienten beobachtete Stottern war inzwischen anscheinend recht therapieresistent.

Der Patient hat eine vierjährige Psychoanalyse hinter sich (1965 bis 1969).

Weiter ergab das anamnestische Gespräch eine prekäre berufliche Situation und eine gerade überstandene Gürtelrose mit sechsmonatigem Krankheitsverlauf.

Hinzu kommt eine äußerst »schwierige und spannungsgeladene« neue Ehe mit einer 21 Jahre jüngeren Frau.

Die ärztliche Diagnose, meine Anamnese und meine persönlichen positiven Erfahrungen mit östlichen Meditations-Techniken war ausschlaggebend für den Einsatz der Mantra-Meditation in der Sprachtherapie.

Konzentrationsgegenstand wurde für zwölf Therapiesitzungen das Mantra: OM AH HUM.

| O — M | A ——— H | HUM |
Einatmen Ausatmen Pause

»Ich nehme das Mantra OM AH HUM auf und wiederhole es ununterbrochen.

Ich denke beim Einatmen OM, beim Ausatmen AH und am Ende des Ausatmens und während der kurzen Atempause denke ich HUM.

Wenn Gedanken oder Phantasien kommen, dann nehme ich kurz Notiz von ihnen und gehe dann wieder zurück zu meinem Mantra: OM AH HUM!«

Ich setzte diese Meditations-Einheit für 20 Minuten an das Ende der Therapiesitzung (45 bis 60 Minuten). Ansonsten bestand die

eklektische Therapie aus Elementen der Gesprächstherapie (GT nach Rogers) und der Van Ripperschen Stotterer-Therapie (Rogers, Van Riper).

Besonders wichtig war mir dabei die subjektive Einschätzung des Patienten, da es sich um einen therapeutischen und verbalisierungsfähigen Mann handelte.

Der Patient reagierte ausgesprochen positiv auf die Mantra-Meditation. Die Stottersymptomatik reduzierte sich deutlich und war sehr rückfallresistent.

Der Patient meditierte auch außerhalb der Therapiesituation, nach eigenen Angaben etwa 15 Minuten täglich.

2.2. Katamnese über elf Stottererbehandlungen mit Mantra-Meditations-Einsatz

Elf Patienten: neun männlich, zwei weiblich; Alter: Neun bis 58 Jahre. Berichtszeitraum: Zwölf bis 25 Monate; Therapiedauer: Acht bis 32 Sitzungen; Diagnosen: Balbuties, tonisch (8), klonisch (0), Mischformen (3); Vokalstotterer (8), Konsonantenstotterer (0), Mischformen (3).

Die katamnestiche Untersuchung bestand aus drei Gruppentreffen nach mindestens dreimonatigem Therapieende. Ich legte den Patienten vorbereitete Fragebögen vor, die sich mit der subjektiven Einschätzung des Therapieerfolges bzw. Therapiemißerfolges beschäftigten. Nebenbei füllte ich einen Beobachtungsbogen für jeden Patienten aus. Ein weiterer Fragebogen beschäftigte sich mit der subjektiven Einschätzung des Patienten hinsichtlich des Einflusses der Mantra-Meditation auf den Therapieerfolg.

Das Ergebnis: Acht Patienten zeigten deutliche Symptomreduzierungen, zwei Patienten zeigten Symptomreduzierungen, ein Patient zeigte Symptombefreiheit.

Subjektive Einschätzung der Patienten bezüglich des Einflusses der Mantra-Meditation auf den Therapieerfolg:

Sechs Patienten meinten, die Mantra-Meditation sei ausschlaggebend für den Therapieerfolg, da sich bei vorausgegangenen Therapien keine Symptomreduzierungen in diesem Umfang eingestellt hätten.

Fünf Patienten meinten, die Mantra-Meditation habe den Therapieerfolg unterstützt. (Diese fünf Patienten waren alle erstmals in einer Sprachheil-Behandlung!)

3. Abschließende Überlegungen

Meines Erachtens liegen die Ursachen einer spastischen Dysphonie mit dem Symptom Vokalstottern und das (tonische) Vokalstottern als Variante der Balbuties überwiegend im psychischen Bereich.

Verkrampfungen der Psyche bedingen Verkrampfungen im somatischen Bereich.

Reich (1964) entdeckte bekanntlich, daß die Verdrängung alter Traumata ebenso ein körperlich wie psychischer Vorgang ist. Er sprach dabei von einem Muskelpanzer, verhärteten und chronisch verspannten Muskeln — auch die Glottis bleibt davon nicht verschont —, die das physische Korrelat zur psychischen abwehrenden Panzerung darstellen.

Durch Meditation wird eine allmähliche Lösung der chronischen Muskelverspannungen erreicht (Bloomfield 1984, Ornstein 1982).

Körpertherapien — wie Yoga, Bioenergetik, Eutonik — messen dem Atem eine besondere Bedeutung bei.

Da sich jede chronische Muskelverspannung — und sei sie am Bein oder im Finger oder im Kehlkopf — in einer Störung der Atembewegung bemerkbar macht, wirkt sich die Lösung von Muskelverspannungen direkt auf die Atmung günstig aus und umgekehrt.

Gefühle und gefühlbegleitendes Denken sind sofort an einer veränderten Atembewegung erkennbar, so daß der Atem eine zentrale Stelle ist, an der Psychisches und Körperliches zusammenfließen und deren Einheit besonders deutlich wahrnehmbar wird.

Jeder Mensch hat seine speziellen muskulären Verspannungen, warum es bei manchen Individuen die Glottis ist, die Verspannungen aufweist, ist m. E. nicht geklärt, alle Kausalhypothesen sind mir — bisher — zu abenteuerlich (Adler 1977, Dührssen 1971).

Aus meiner Praxis kann ich berichten, daß muskuläre Verspannungen und speziell Glottisverspannungen bei Vokalstottern durch Meditation auf selbstregulierende Weise Schritt für Schritt in erstaunlich kurzer Zeit gelöst werden können.

Literatur

Adler, A.: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Frankfurt 1977.

Bloomfield et al.: Transzendente Meditation. Düsseldorf 1984.

Dührssen, Annemarie: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1971⁶.

Lowen, A.: Bioenergetik. Reinbek 1983.

Middendorf, Ilse: Der erfahrbare Atem. Paderborn 1984.

Ornstein, R. E.: Die Psychologie des Bewußtseins. München 1982.

Peter, B., und Gerl, W.: Entspannung. München 1977.

Reich, W.: Die Entdeckung des Orgons, die Funktion des Orgasmus. Frankfurt 1964.

Rogers, C. R.: Die nicht-direktive Beratung. München 1972².

Schwäbisch, L., und Siems, M.: Selbstentfaltung durch Meditation. Reinbek 1976.

Van Riper, Ch.: The treatment of stuttering. Englewood Cliffs 1973.

Wängler, H.-H.: Grundriß einer Phonetik des Deutschen. Marburg 1974³.

Anschrift der Verfasserin:
Gela Brueggebor-Weigelt
Schneckenburger Straße 30
3000 Hannover 1

Gela Brueggebor-Weigelt ist Dozentin an der
Fachschiule für Sozial- und Heilpädagogik in Hannover
und außerdem als freiberufliche Sprachheilpädagogin
tätig.

Inzirkofener Gespräche

Die 19. Inzirkofener Gespräche finden vom 13. bis 15. März 1987 in Inzirkofen statt. Rahmenthema: Das spielerische Element in der Therapie von Störungen der mündlichen Kommunikation. Organisation, Programmgestaltung und Leitung: Dr. phil. Geert Lotzmann, Dipl.-Sprechwissenschaftler und Logopäde. Dienstschrift: Universität Heidelberg, Sprechwissenschaft und Sprecherziehung, Plöck 79/81, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 54 72 33/34. Privatanschrift: Bothestraße 120, 6900 Heidelberg, Telefon (06221) 38 17 89. Das »Vorprogramm« sowie weitere Tagungsinformationen können ab 1. Dezember 1986 bei einer der oben angegebenen Adressen angefordert werden.

Der XX. Internationale Kongreß für Logopädie und Phoniatrie

Vom 3. bis 8. August 1986 fand in Tokyo der Kongreß der IALP — International Association of Logopedics and Phoniatrics — statt. Neben etwa 500 Einzelmitgliedern gehören zur IALP 48 Gesellschaften aus 38 Ländern, u. a. die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Die Zeitschrift der IALP ist die Folia Phoniatrica, in der auch ausführlich über die Kongresse berichtet wird.

Für 1986 war zum erstenmal ein asiatisches Land als Ausrichter des Kongresses gewählt worden. Der europäische Teilnehmer wurde nicht nur durch die minutiöse und perfekte Organisation, sondern auch durch die herzliche Gastfreundschaft und das reichhaltige gesellschaftliche Programm beeindruckt. Neben den über 300 japanischen Teilnehmern und den fast 100 Teilnehmern aus den USA bildeten die Europäer, darunter zehn Deutsche aus Ost und West, eine Minderheit. Dieses Verhältnis spiegelte sich auch in den Referaten wider, denn von den über 350 Referaten stammten etwa 150 von Japanern und ca. 100 Referate von Amerikanern.

Im Mittelpunkt der Tagung standen vier Hauptreferate:

1. Die Pathophysiologie motorischer Sprachfehler (Dysarthrie)
Prof. Hajime Hirose, Japan
2. Redeflußstörungen aus der internationalen Perspektive
Prof. Hugo H. Gregory, USA
3. Die universale und sprachbezogene Symptomatologie und Behandlung der Aphasie

Dr. Sumiko Sasanuma, Japan

4. (1) Frühe chirurgische Beseitigung der Gaumenspalte und Ergebnisse
Dr. Jean Psaume u. a., Frankreich
- (2) Gaumensegelinsuffizienz
Dr. Jenoe Hirschberg, Ungarn

Um dem Teilnehmer eine bessere Orientierung zu ermöglichen, wurden die vielen Kurzreferate in Gruppen zusammengefaßt:

1. Speech-language development
2. Speech-language evaluation and therapy
3. Aphasia
4. Phonetics and phonology
5. Speech physiology
6. Articulation disorders
7. Cleft palate and velopharyngeal insufficiency
8. Fluency disorders
9. Voice physiology
10. Voice disorders
11. Voice therapy
12. Phonosurgery
13. Alaryngeal voice
14. Hearing impairment
15. Aging
16. Neurological disorders
17. nonverbal communication
18. Miscellaneous

Trotz der Orientierungshilfe — jedem Teilnehmer lag eine Kurzfassung der Referate vor — spielte der Zufall eine Rolle bei der Auswahl der Referenten. In den Kurzreferaten konnten Probleme, Fragestellungen und neue Erkenntnisse nur angerissen werden, denn nach 10 bzw. 15 Minuten war unerbitlich Schluß. Der nächste Referent wartete.

Den Berichterstatter interessierten besonders die Vorträge der chinesischen, japanischen und der amerikanischen Wissenschaftler, die sich mit Stimmstörungen und Stottern befaßten. In der Mehrzahl der Vorträge wurden Untersuchungsergebnisse spezieller Fragen dargestellt; nur wenige Referenten befaßten sich mit Therapie und Therapieerfolgen. Chinesische Wissenschaftler berichteten über den Einfluß der traditionellen Medizin auf Stimm- und Sprachstörungen. Diese Forschungen und deren Ergebnisse sollten von uns Europäern stärker beachtet werden, denn die chinesische Phoniatrie und Logopädie zeichnet sich durch eine lange Tradition aus. Die Philosophie des Taoismus — das Erreichen einer Balance zwischen den Urelementen »Yin« und »Yang«, dem weiblichen und dem männlichen Prinzip, das zur

Harmonie führt — spielt bei der Therapie eine bedeutende Rolle. Gerade aus diesen Vorträgen wurde deutlich, daß bei der Übertragung von Erkenntnissen und von Methoden von einem Kulturkreis in den anderen Vorsicht geboten ist, denn die jeweiligen Voraussetzungen sind häufig verschiedenartig. Auch das Auftreten von Störungsbildern ist nicht selten kulturabhängig, z. B. wiesen unsere japanischen Gastgeber darauf hin, daß in Japan erheblich weniger hyperfunktionelle Stimmstörungen als in Deutschland diagnostiziert werden. Neben den japanischen und chinesischen Forschern waren besonders die Nordamerikaner präsent. Die Teilnehmerliste nennt etwa 100 Amerikaner, dagegen aber keinen Russen. Die Referate und Diskussionsbeiträge der Amerikaner zeichneten sich durch Unbekümmertheit und Selbstbewußtsein aus. In den Referaten wurden viele Erkenntnisse, die in anderen Ländern bereits Allgemeingut sind, als neueste Erkenntnisse wiedergegeben. Der Versuchsaufbau und die eingesetzten Geräte waren imponierend; die damit gefundenen Ergebnisse dagegen weniger bedeutsam bzw. bereits bekannt.

Dies wurde besonders bei dem Hauptreferat »Redeflußstörungen aus der internationalen Perspektive« von H. Gregory erkennbar. Als Stichworte dieses Referats seien erwähnt:

- Viele Faktoren beeinflussen das Stottern.
- Beim Stotterer ist eine erhöhte Spannung über das Optimum vorhanden.
- Stottern tritt in manchen Familien gehäuft auf.
- Kinder, deren Sprechbeginn später liegt, haben mehr Artikulationsprobleme und stottern häufiger. Da Jungen in der Regel später als Mädchen mit dem Sprechen beginnen, liegt hier eine Erklärung, warum das Stottern bei Jungen häufiger auftritt.
- Stotterer bilden eine heterogene Gruppe, darum ist die Forschung schwierig.
- Eltern von Stotterern lassen die Kinder weniger ausreden als Eltern von Nichtstotterern.
- Eltern von Stotterern unterbrechen mehr bei Sprechunflüssigkeiten.
- Mütter von Stotterern sprechen schneller als Mütter von Nichtstotterern.
- EEG-Befunde weisen bei Stotterern eine erhöhte Aktivität in der rechten Hirnhälfte aus. (Bei einer Kontrollgruppe von Nichtstotterern war eine erhöhte Aktivität in der linken Hirnhälfte festzustellen.)

Aus den Forschungen ergeben sich als therapeutische Konsequenzen:

- Sprachliche Frühförderung
- Beratung und Erziehung von Eltern

- Entspannungsübungen, um den Stotterer nicht noch mehr unter Spannung zu setzen
- Lehrer und Eltern müssen dem Kind Zeit lassen, damit es sich äußern kann.
- Eine begleitende Nachsorge muß stattfinden, um das durch die Therapie Erworbene zu erhalten.

Dieses Hauptreferat von Gregory liegt wie die anderen Hauptreferate gedruckt vor (XXth Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics, Tokyo, August 3—7, 1986, Main Reports. In: Folia Phoniatrica 38 [1986], S. 2—4). Bei Durchsicht der Literaturangaben zu diesem Referat wurde deutlich, warum in Europa bereits bekannte Ergebnisse als neu von Gregory bezeichnet wurden. Gregory zitiert bei über 200 Literaturangaben 17 eigene Publikationen, während er weniger als eine Handvoll europäische Autoren anführt. Die Ursache ist wohl darin zu suchen, daß in den USA fast ausschließlich Literatur aus dem englischsprachigen Raum gelesen wird und dort in der Regel nur Publikationen aus amerikanischen Zeitschriften berücksichtigt werden.

Neben dem wissenschaftlichen Programm fand die IALP-Delegiertenversammlung und die IALP-Generalversammlung statt. Die Wahlen waren bereits schriftlich im Vorwege erfolgt, eine Methode, die zum erstenmal durchgeführt wurde und die sich nach allgemeiner Auffassung als geeignet erwiesen hat. Als deutsche Mitglieder wurden in das »Board« Prof. Loebell und Dr. Thürmer gewählt. Als Kongreßort für 1992 wurde Hamburg gewählt. Damit wird zum erstenmal in der über vierzigjährigen Geschichte der IALP ein Kongreß in Deutschland stattfinden. Die Hauptreferate für den nächsten Kongreß 1989 in Prag wurden festgelegt:

1. Objective Evaluation of Human Voice (Clinical aspects)
2. Hemisphere Dominance: its development and relation to neuro-psycho-motor aspects of communication disorders
3. Speech Therapy for hearing impaired children: Diagnosis, Treatment, Rehabilitation.

Das »Board« wird die Referenten für diese Themen auswählen. Der Wunsch nach mehr Beiträgen von Sprachheilehrern und Logopäden wurde wiederholt geäußert. Mehrere Ehrungen fanden statt. Prof. I. Kirikae wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde ernannt. Prof. E. Loebell erhielt die Ehrenmitgliedschaft der Polnischen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie.

In den Rahmenveranstaltungen des Kongresses: Willkommensempfang, Eröffnungsveranstaltung unter Teilnahme des Prinzenpaares, dem Emp-

fang beim Bürgermeister Tokyos mit einer »Schlacht am kalten Büfett«, dem Bankett und der Japanischen Gartenparty wurde immer wieder erkennbar, mit welcher Präzision dieser Kongreß nicht nur im wissenschaftlichen Teil, sondern auch im Rahmenprogramm ablief. Die letzten Preußen sind wahrscheinlich nach Japan ausgewandert.

Ein wissenschaftlicher Kongreß erhält durch die Verschiedenartigkeit der Teilnehmer und die Vielfältigkeit der Fragen einen besonderen Reiz. Andererseits erschweren Sprachprobleme die Verständigung. Englisch war die dominierende Kongreßsprache, aber es zeigte sich, daß gerade im Fernen Osten diese Sprache noch wenig Tradition hat. Die Verständlichkeit mancher Referate litt unter diesem Handikap. Die Hauptvorträge wurden simultan übersetzt, und es war den Verantwortlichen gelungen, qualifizierte Dolmetscher zu finden. Die im Rahmenprogramm durchgeführte technische Ausstellung zeigte, daß in Japan große Fortschritte in der Konstruktion von Apparaten gemacht wurden. Besonders in der Diagnose sind damit neue wertvolle Hilfsmittel geschaffen worden.

Wie bei vielen Kongressen ergaben sich mannigfaltige Möglichkeiten zu Gesprächen und zum Informationsaustausch. Bücher und Artikel werden auch unter einem anderen Aspekt gelesen und erfahren, wenn eine persönliche Begegnung mit dem Autor stattfand.

Dieser Kongreß zeigte, daß die traditionelle Führungsrolle der Europäer im Bereich der Stimm- und Sprachheilkunde abbröckelt. Zwar waren noch wenige Länder der Dritten Welt vertreten, offensichtlich sind dort noch andere Probleme vordringlich, aber das Interesse an der Logopädie und der Phoniatrie nimmt auch in diesen Ländern zu.

Für die Mühen und die großartige Gastfreundschaft ist den japanischen Kollegen herzlich zu danken. Der weite Weg nach Tokyo hat sich gelohnt.

Klaus-Christian Becker

147. Jahresbericht

der Gehörlosen- und Sprachheilschule Riehen mit Wieland-Schule Arlesheim, Basel/Schweiz

Zum Schuljahr 1985/86 wird in einem einleitenden Artikel »Aus der Schule« (S. 1—7) über Erziehung und Unterricht hör- und sprachbehinderter Kinder unter dem Gesichtspunkt des Spannungsfeldes allen pädagogischen Tuns gesprochen. Ein Schwerpunkt dieser Betrachtung liegt in der Abklärung »Ist im gegenwärtigen Zeitpunkt eine Schulung in der öffentlichen Schule am Wohnort

möglich und sinnvoll, oder bedarf das Kind der vorübergehenden oder eventuell länger andauernden Sonderbeschulung« (!). In einer Wendung zur Praxis hin wird der Rhythmikunterricht und der Musikunterricht auch für Gehörlose in Beispielen aufgezeigt. Statistische Angaben zum Berichtsjahr, Jahresabrechnung und Bilanzen sowie ein Verzeichnis der Geschenke und Gaben an die Schulstiftung bezeugen wie immer die vorbildliche Offenlegung aller »Schulgeschäfte«.

Arno Schulze

Aus »Hörbericht«

Informationen für den HNO-Arzt, herausgegeben von Hörgeräte-Geers. Ausgabe 24/1986

Auch bei geringgradiger Schwerhörigkeit zum Ohrenarzt — Aktion Besser-Hören-Paß

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Die Hörgeräteakustiker empfehlen natürlich jedem Patienten, auch bei geringgradiger Schwerhörigkeit den Ohrenarzt aufzusuchen. Hinweise der Fördergemeinschaft Gutes Hören, daß eine fachärztliche Untersuchung erst ab 50 dB Hörverlust erforderlich sei, sind falsch.

Deshalb wurde bei dem von Geers verwendeten Besser-Hören-Paß auf farbige Hervorhebungen und den verwirrenden Text verzichtet. Ein Exemplar des Geers-Besser-Hören-Passes können Sie anfordern.

Modulare Im-Ohr-Hörgeräte

Dipl.-Ing. Arne Güldenstern, Hamburg, geht in einem Beitrag zu diesem Thema auf die neuesten Entwicklungen bei den MIO's ein. Eine Ablichtung aus »Der Hörgeräte-Akustiker« 4 (1986) 4 ff. können Sie anfordern.

Früherkennung und Frühtherapie von Hörbehinderungen bei Kindern in den ersten Lebensmonaten

Bei angeborenen Hörschäden führt der akustische Ausfall zu einer mangelhaften Ausreifung der Hörbahn, so daß ein primärer peripherer Hörschaden sekundäre Funktionsstörungen im Bereich der auditiven Informationsverarbeitung nach sich zieht. Es sei deshalb äußerst wichtig, so Professor Dr. med. Peter Plath in »Audiologische Akustik« 2 (1986) 54 ff., daß schwerwiegende Hörschäden bei Neugeborenen und Kleinkindern so rechtzeitig wie möglich erkannt werden.

Weitere Beiträge beschäftigen sich u. a. mit folgenden Themen:

Innenohr-Implantate: Multidisziplinäres Kolloquium, Mehrkanalige Elektrode. *Gesetze und Ver-*

ordnungen: § 116, Neue Bundespflegegesetzverordnung. *Krankenkassen*: Ohne Angebotssteuerung 17 Prozent Krankenkassenbeitrag im Jahre 2000. *Hörbehinderte Kinder*: Hunderte von chinesischen Kindern verloren Sprache und Gehör. *Audiometrie*: Synthetische oder natürliche Geräusche bei der Sprachaudiometrie, Sondenmikrofon bei Gehörmessungen am Ohr, Freiburger Sprachtest.

Hörbehinderte Kinder

Geers-Stiftung gibt Geld — Umfassende Studie über Probleme in Schule und Elternhaus

»Wir wollen ein Bild davon entwerfen, unter welchen Bedingungen hörgeschädigte Kinder schulisch erfolgreich oder nicht so erfolgreich, in ihrem ganzen Verhalten gut angepaßt oder schwierig sind«, sagt Dr. Emil Kammerer, Oberarzt in der Psychosomatischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Münster. »Unser besonderes Anliegen ist es, die dabei auftretenden Belastungen der Familie herauszuarbeiten.«

Das ist das Problem: Hörgeschädigte Kinder hören nicht nur schlecht bzw. gar nicht. Durch ihre Kommunikationsschwierigkeiten sind sie oft auch auffällig in ihrem sozialen Verhalten.

Die Geers-Stiftung Dortmund, gemeinnützige Stiftung für die Förderung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben zum Wohle hörbehinderter Kinder, ermöglicht jetzt mit einem Beitrag von 13 500 DM eine umfassende Studie über Verhaltens- und Leistungsprobleme hörbehinderter Kinder. Dr. Kammerer hat mit drei Assistenten ausführliche kinderpsychologische Interviews erarbeitet, die Daten zu Intelligenz, Geschicklichkeit und Nervenfunktion liefern.

Eine Gruppe von Forschungspraktikanten befragte 270 Schüler im Alter zwischen 10 und 13 Jahren sowie ihre wichtigsten Bezugspersonen — Eltern und Lehrer. Die Kinder, etwa je zur Hälfte schwerhörig und gehörlos, geben an, wie sie ihre Behinderung selbst erleben. Die Eltern und Lehrer beurteilen die Verhaltens-, Leistungs- und Kommunikationsprobleme aus ihrer Sicht.

Dr. Kammerer: »Jede Hörbehindertenschule braucht einen Psychologen und einen Krankengymnasten. Die Schulen allein sind mit den vielschichtigen Problemen hörbehinderter Kinder überfordert.« Er sieht seine Studie als ein Netz, an das sich weitere Untersuchungen anknüpfen lassen. Nach den Sommerferien wird Dr. Kammerer die Ergebnisse in den beteiligten Schulen vorstellen.

Komplette Jahrgänge

Die Sprachheilarbeit

(darunter die Jahrgänge 1965—1985
leinengebunden)

können wir durch Rückkauf von
pensionierten Abonnenten anbieten.

Einzelhefte

älterer Jahrgänge aus unseren
Lagerbeständen fast lückenlos.

Wartenberg & Söhne GmbH · Verlag

Theodorstr. 41 w · 2000 Hamburg 50

Hat sich Ihre Anschrift
geändert?

Mitglieder der dgs:

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

Arno Schulze im Ruhestand

Wer Arno Schulze kennt, wird der Überschrift nicht trauen — und in der Tat, sie muß relativiert werden: Arno Schulze hat mit Ablauf des Sommer-Semesters 1986 sein *hauptberufliches* Tätigkeitsfeld an der Universität Marburg verlassen. Als Oberstudienrat im Hochschuldienst, so sein beamtenrechtlicher Status, schied er auf eigenen Wunsch 62jährig aus dem Institut für Heil- und Sonderpädagogik aus, der ersten Sonderschullehrer-Ausbildungsstätte übrigens, die in eine Universität integriert wurde und an deren Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik er von Anfang an großen Anteil hatte. Eine ganze Sonderschullehrergeneration in Hessen ist ihm dafür zu Dank verpflichtet, und das gilt ebenso für seine diesbezügliche Arbeit im Prüfungsamt.

Was die anderen Aktivitäten anbetrifft, ist ein Ruheständler Arno Schulze jedoch nicht vorstellbar. Die Vielfalt seiner Interessen aufzuzählen oder gar ausführlich zu würdigen, wäre allein aus Platzgründen hier nicht möglich.

Dennoch sollen wenigstens einige Markierungen aus der Vita herausgelöst werden, die seinen beruflichen Lebensweg prägten: Arno Schulze hat es nicht leicht gehabt, betrachtet man — wie es zu seinem berechtigten Ärger »neu-akademisch« auszudrücken wäre — seine Sozialisationsbedingungen und die sozio-ökonomischen Voraussetzungen seiner Herkunftsfamilie. Aufgewachsen im Arbeitermilieu in Berlin-Neukölln, war beileibe nicht vor auszusehen, daß seine berufliche Laufbahn einmal in eine langjährige Lehrtätigkeit an einer Universität einmünden würde. Am Anfang standen eine Maschinenschlosserlehre, eine Facharbeiterprüfung und das Ingenieurexamen, dann das Studium an der Pädagogischen Hochschule Berlin, wo er sich bereits tiefenpsychologischen und heilpädagogischen Problemen widmete, die 1. und 2. Lehrerprüfung und schließlich ein viersemestriges Zusatzstudium der Sonderpädagogik mit dem Sonderschullehrerexamen. Dies alles sind in der hier notwendigen Verkürzung ausgewählte Wegmarken, die ihn letztendlich (nach weiteren Haltepunkten als Sonderschullehrer und als Leiter einer Heimsonderschule) 1964 an das damals im Aufbau befindliche Institut für Sonderschulpädagogik an der Philipps-Universität Marburg (Leitung: Prof. Dr. Dr. Helmut von Bracken) führten.

Wer Arno Schulze in der täglichen Arbeit kennen-



gelernt hat, weiß um seine aus diesem Weg resultierende Lebensphilosophie, sich für das als richtig Erkannte in Ruhe und Geduld argumentativ einzusetzen und auf die Einsicht zu bauen. Bezeichnend hierfür sind seine Arbeitsschwerpunkte: Seine publizistisch dutzendfach dokumentierte Fürsorge galt (und gilt) nicht den großen spektakulären Themen. Seine Themen sind die geistigbehinderten und die hörbehinderten Kinder mit ihren gravierenden sprachlichen Problemen und die Sorge um die berufliche Eingliederung Benachteiligter — in der lauten Welt öffentlichkeitswirksamer akademischer Erörterungen, Eitelkeiten und Geschäftigkeiten eher Plätze am Rande. Dennoch kommt ihm das Verdienst zu, diese Themen ans Licht geholt und sie dadurch für andere erkennbar, ja inzwischen zum Allgemeingut der Sprachbehindertenpädagogik gemacht zu haben.

Andererseits hat es Arno Schulze immer vermocht, die notwendige Sachorientierung und Problemtiefe durch eine Beigabe echten Berliner Humors, gepaart mit Fröhlichkeit, Ausgelassenheit und Witz zu würzen. Manch einer der Leser wird sich gern an die eine oder andere Begebenheit, z. B. anlässlich von Tagungen, erinnern.

Es gäbe noch vieles zu erwähnen, so die von ihm vor Jahren initiierten und immer noch organisierten Berchtesgadener Tage, auch seine engagierte, vielseitige Gremienarbeit — eines soll und darf jedoch auf keinen Fall vergessen werden: Es

liegt nahe, einmal darüber nachzudenken, was mit dieser Zeitschrift geworden wäre, ob sie überhaupt existierte, wenn Arno Schulze sich nicht seit nunmehr 30 Jahren dieser Aufgabe verschrieben hätte. Bei aller Unvollkommenheit und Kritikbedürftigkeit dieses Mediums, es ist Teil der bundesdeutschen Sprachheilpädagogik und seiner Lebensarbeit. Dafür gilt ihm sicher nicht nur mein persönlicher Dank.

Als sein langjähriger Kollege in Marburg und in der Redaktion dieser Zeitschrift wünsche ich ihm für seinen Ruhestand im Hauptberuf noch viele Jahre der Entspannung, für seine sonstigen Aktivitäten aber weiterhin Tatkraft und Ideenreichtum. Ich bin sicher, daß sich viele Kolleginnen und Kollegen diesen Wünschen anschließen werden.

Jürgen Teumer

Nachruf

Karl Heinrich Sacco gestorben

Das Kollegium der Schule für Sprachbehinderte in Ulm trauert um seinen lieben Chef, Herrn Sonderschulrektor Karl Heinrich Sacco, der in den Sommerferien 1986 auf tragische Weise ums Leben kam.

Herr Sacco war entscheidend am Aufbau des Sprachheilwesens in Ulm und im Ulmer Umland beteiligt. Als erster Schulleiter der Schule für Sprachbehinderte in Ulm prägte er durch seine Fachkompetenz und sein bescheidenes, freund-

liches Wesen das fruchtbare Klima an unserer Schule. Sein ganzes pädagogisches Bemühen galt dem Wohle des sprachbehinderten Kindes. Für dieses Ziel setzte er sich unermüdlich und vorbildlich ein.

Wir werden ihn stets in guter Erinnerung behalten.
Kollegium der Sprachheilschule Ulm

Der Vorstand des Landesverbandes der dgs Baden-Württemberg schließt sich diesem Nachruf mit herzlicher Anteilnahme an.

Aus der Organisation

Tagung der dgs-Landesgruppe Westfalen-Lippe in Hamm

Am 25. April 1986 fand in Hamm die Frühjahrs-tagung der Landesgruppe statt. Sie wurde mit einem Referat von Frau Dr. Breckow, Universität Köln, zum Thema »Früherkennung von Sprachbehinderungen« eröffnet. Die anschließende Diskussion zeigte das allgemeine Interesse an einem Erfahrungsaustausch über Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen/-behinderungen.

Daran schloß sich die Mitgliederversammlung an, auf der zunächst der bisherige 1. Vorsitzende, Herr Speth, und der Rechnungsführer, Herr Markus, Vorstandsberichte vortrugen. Anschließend

wurden Vorstandswahlen durchgeführt. Der neue Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

1. Vorsitzender: Hans-Detlef Heining
 2. Vorsitzender: Johannes Markus
- Schriftführerin: Beate Grziwotz-Lüdke
Rechnungsführer: Rudolf Balster.

Herr Speth wurde für seine Verdienste in der Tätigkeit als langjähriger 1. Vorsitzender mit einem kleinen Präsent geehrt.

Bei der Sammlung von Themenvorschlägen wurde der Wunsch der Mitglieder nach konkreten Hilfen für den Berufsalltag deutlich. »Diagnostik in der Praxis« — dies wird, so wurde abschließend festgelegt, die Thematik der nächsten Tagung sein.

Hans-Detlef Heining

Hans-Joachim Motsch und Mitarbeiter:
Logopädie — Sprachbehindertenpädagogik
1984—85. Kommentierte Bibliographie Nr. 5.
Freiburg/Schweiz (Heilpädagogisches Institut der
Universität) 1986. 251 Seiten, kartoniert. 29 sFr
(im Abonnement 21 sFr).

Wiederholt schon wurde hier auf diese Reihe der Schweizer Kollegen aufmerksam gemacht und auf die verdienstvolle Absicht hingewiesen. Mit dieser Fachzeitschriften-Bibliographie wird dem Bezieher die äußerst zeitsparende Möglichkeit gegeben, sich einen Ein- und Überblick über diesen speziellen Publikationsmarkt in den Jahren 1984 und 1985 zu verschaffen. Die fünfte Nummer dieses für Praktiker wie Wissenschaftler gleichermaßen hilfreichen Mediums orientiert wieder über etwa 800 Fachbeiträge aus 39 bedeutenden Fachzeitschriften des deutschen, englischen und französischen Sprachraums in jeweils fünf- bis fünfzehnzeiligen deutschsprachigen Zusammenfassungen. Das ausführliche Sachwortverzeichnis wie auch das Autorenregister geben die Schlüssel an die Hand, mit deren Hilfe man sich den gewünschten Fach- und Sachthemen zuwenden kann. So sind z. B. die Themen »Stottern« in dem Berichtszeitraum (unter verschiedenen Aspekten von Ätiologie bis Therapieerfolg) insgesamt 275mal, »Stimme/Stimmstörung« immerhin 78mal, »Poltern« aber nur dreimal (wie bezeichnend für die gegebene Literaturlage!) registriert. Der Benutzer erhält nebenbei auf diese Weise einen Eindruck davon, ob und wie sein augenblickliches Interessen- oder Arbeitsgebiet im (westlichen) Weltmaßstab in Zeitschriften repräsentiert ist. Könnte eine solche Betrachtung nicht für den einen oder anderen (potentiellen) Autoren Anlaß bieten, sich einmal auch den vermeintlich randständigen Problemen und Themen unseres Fachs zu widmen?

Ich fände es gut, wenn die Verfasser ihre mühsame und doch so sehr (wissenschaftlich und praktisch) gewinnbringende Arbeit noch möglichst viele Jahre fortsetzen und zukünftig vielleicht auch solche Zeitschriften mit in die Auswertung einbeziehen könnten, in denen die für unser Fach wichtigen psychomotorischen/motopädagogischen Fragestellungen abgehandelt werden.

Jürgen Teumer

Helga Sinnhuber: Spielmaterial zur Entwicklungsförderung — von der Geburt bis zur Schulreife. Dortmund (verlag modernes lernen) 1986, 3. geänderte und verbesserte Auflage.

128 Seiten, mit 75 Abbildungen, kartoniert.
22,80 DM.

Für die Neuauflage dieses von einer erfahrenen Heilpädagogin am Westfälischen Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm/Westf. verfaßten Buches gilt das seinerzeit bei der Erstauflage (1978) hier Festgestellte: Es ist ein aus der Praxis für die Praxis entwickelter nützlicher Ratgeber für Eltern, Erzieher, selbstverständlich auch für Sprachheilpädagogen, die ihre Förderarbeit »ganzheitlich« nach entwicklungspädagogischen Gesichtspunkten gestalten, also außer der Sprache auch die Wahrnehmung, Hand- und Körpermotorik und soziale Entwicklung mit berücksichtigen. Hierfür stellt das Buch, dessen Aufbau und Inhalt sich an dem von *Kiphard* erarbeiteten Entwicklungsgitter orientieren, eine Fülle altersgestaffelter Lernangebote zur Verfügung.

Die Texte und Bilder sind identisch mit der Erstauflage, sieht man einmal von einer geringfügigen Umgruppierung zweier Abschnitte ab. Die Spiel- und Lernmaterialhinweise — damals vom Rezensenten bereits wegen ihrer ungenauen Beschreibungen kritisiert — sind in der Form (leider) beibehalten worden, jedoch sind neuere ergänzt, vergriffene weggelassen worden. Jürgen Teumer

Giselher Gollwitz: Laute erleben, finden und gestalten — zur ganzheitlich-musischen Behandlung der Laute Sch, S, K, R.

Bad Abbach (Selbstverlag G. Gollwitz,
Kanalstraße 12, 8403 Bad Abbach) 1986.
77 Seiten, DIN-A4-Querformat, kartoniert.
26 DM.

Giselher *Gollwitz*, der bereits durch eine Reihe ideenreicher Materialien der Dysgrammatiker- und Stammlerbehandlung neue Impulse gegeben hat, bleibt auch mit seinem neuesten Angebot der einmal eingeschlagenen pädagogischen Linie treu. Sie zeichnet sich dadurch aus, daß an die Stelle des künstlichen Nachformens unverstandener Laute für das Kind das intensive Erleben, Erspielen und Gestalten tritt.

Das Buch enthält vier Spielsequenzen, wobei in jeder Sequenz einer der als besonders störanfällig geltenden Laute Sch, S, K und R ganzheitlich vom stammelnden Kind erfahren werden soll. Leitgedanke ist die Identifikation mit einem Tier, dem der jeweilige Problemlaut möglichst stimmig zugeordnet werden kann: Beim Sch spielen die Affen (man denke an den nach vorn gestülpten Mund als

affentypische Gesichtsmimik), beim S die Schlangen, beim K die Krokodile und beim R die Bären die Hauptrollen. Auch Ableitungsmethoden werden berücksichtigt, z. B. u → sch, i → s, ch₂ → k bzw. → r.

Jede Spielsequenz besteht aus mehreren Einheiten (Stundenbildern), von denen jeweils einige der Gruppen- bzw. der Einzelförderung dienen. Die sehr abwechslungsreichen Übungsinhalte beziehen u. a. psychomotorische Geschehnisse, mimische, gestische und pantomimische Gestaltungen, vor allem aber rhythmisch-musische Elemente, nicht zuletzt Lieder, ein. Benötigt werden vier Musikinstrumente, und zwar Xylophon, Tamburin, Rassel und Triangel. Vorausgesetzt werden — so der Verfasser — lediglich elementare musikpädagogische Grundkenntnisse.

Die einzelnen Stundenbilder erinnern stark an eine Partitur. Neben dem Text enthalten sie immer auch graphische Notationen und Zeichen, beides für meinen musikalischen Laiengeschmack nicht ganz leicht zu entschlüsseln bzw. in die erwartete Handlung umzudeuten. Auf jeden Fall wird man sich erst sehr sorgfältig in die Darstellungsform hineindenken müssen.

Jürgen Teumer

Aus anderen Zeitschriften

Behinderte, Graz/Österreich

Nr. 3, 1986:

Das Rahmenthema dieses Heftes ist den Eltern Behinderter gewidmet. Dazu schreiben u. a. E. E. Kobi über »Familienprobleme mit und um behinderte(n) Kinder(n)« (S. 2—15), ein Vater eines schwer körperbehinderten Kindes klagt sein Leid und schildert den Kampf um das Bestehen dieser Schicksalsprüfung unter dem Titel »Aus der Seele gesprochen« (S. 16—19). Das gleiche tut Angelika-Martina Lebeus als Schwester einer Schwerstbehinderten unter der Überschrift »Geschwister« (S. 25—28).

Der Artikulationsspiegel, Mainz

Nr. 1, 1986:

Das zweite Heft dieser neu erschienenen Schrift der Landesgruppe Rheinland-Pfalz der dgs zeugt von ihrem Lebenswillen. Es wird sichtlich mehr als ein bloßes Mitteilungsblatt des Verbandes, indem es z. B. auch »Reflexionen« (S. 5—7) und Berichte über Ambulatorien (S. 8—18) sowie über den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte bringt (S. 19—23).



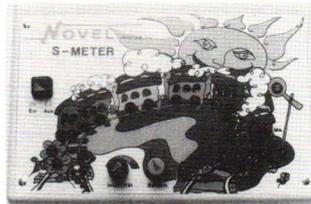
Die SVG-Serie

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) 7 07 64

Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 2, 1986:

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

Es wird kurz die »Koordinierte Artikulationsmethode« von *Coutney Stromsta* vorgestellt.

Nr. 3, 1986:

Erwin *Richter*, Lübbenau/DDR: Tönen im Alltag. S. 13—17.

Richter wendet sich an die Freunde der Hausdörfer-Methode, die von einem bestimmten Stimmgebrauch (»Tönen«) ausgeht und die hier noch einmal kurz beleuchtet wird. Im Heft 5/1986 kommt *Richter* noch einmal auf *Hausdörfer* zurück und führt zwei kurze Originaltexte an (S. 8—11).

Nr. 7, 1986:

Helga *Klenk*, Sulzbach: Viele Wege führen nach Rom. S. 11—13.

Die Verfasserin beschreibt ihren Weg zur Überwindung des Stotterns. Sie setzt sich auch mit verschiedenen im Kieselstein beschriebenen Methoden auseinander (*Hausdörfer*, Yoga usw.).

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

Nr. 3, 1986:

Franz *Maschka*, Wien: Die Bedeutung der Rhythmik für die Sprachheilpädagogik. S. 1—14.

Einer der Altmeister der österreichischen Sprachheilpädagogik gibt eine eindrucksvolle Darstellung des wohl wichtigsten Bestandteils seiner Stotterer-Behandlungsmethode besonders für Kinder.

Zahlreiche weitere Beiträge verschiedener Autorinnen bringen lesenswerte Anregungen aus der Praxis für die Praxis — im vorliegenden Heft besonders für Mehrfachbehinderte.

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

Nr. 2, 1986:

Allein vier Sonderseiten beschäftigen sich mit der Sozialhilfe, besonders mit den seit 1981 erfolgten zahlreichen Kürzungen sozialer Leistungen.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 4, 1986:

E. *Lentzsch* und I. *Reinhold*, Zwickau/DDR: Logopädische Arbeit in Kindergärten. S. 234—239.

Es werden »wesentliche inhaltliche, methodische und organisatorische Gesichtspunkte der logopädischen Arbeit in den Kindergärten des Kreises Zwickau-Land« dargelegt.

2. Beiheft, 1986:

A. W. *Jastrebowa*, Moskau: Korrektur des Stotterns. 48 Seiten.

Nachdem A. *Breitsprecher* und H. *Schoknecht* eine Einführung zur deutschen Übersetzung gegeben haben, die mit der Arbeit der Autorin bekanntmacht, wird ihr Übungsprogramm in drei Etappen anschaulich dargestellt. Eine sehr anregende Schrift: empfehlenswert!

logopedie en foniatry, Gouda/Niederlande

Nr. 1, 1986:

L. *de Vries*, Leersum/Niederlande: Grafische oefengang voor verbale apraxie (Graphische Übungen bei verbaler Apraxie). S. 9—12.

Bei der Behandlung eines Patienten mit schwerer globaler Aphasie und verbaler Apraxie werden Übungen mit Hilfe von Buchstaben, Wortbildern und Mundbildkarten durchgeführt.

Nr. 2, 1986:

E. H. *Versteegh-Vermeij* u. a., Duiven/Niederlande: De Doetinchemse Methode: toen en nu (Die Doetinchen-Methode: damals und jetzt). S. 34—38.

Die vom Ehepaar *Schoemaker* angeregte Methode ist im Laufe der Jahre weiter ausgebaut worden. Gestalttherapie, Transaktionale Analyse, die Arbeit von *Maslow* und die Lerntheorie spielen heute darin auch eine Rolle.

(Übersetzungen: *Zier Dykhuizen*, Emmen)

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

Nr. 1, 1986:

Otto *Speck*, München: Aggressivität bei Kindern aus pädagogischer Sicht. S. 14—25.

Ein immer wieder aktuelles Thema: *Speck* geht dazu aus von verschiedenen Formen der Aggressivität, und er schildert Einzelbeispiele und Massenphänomene. Er versucht, die Entstehung kindlicher Aggressivität zu erklären und pädagogische Abhilfe zu zeigen.

Arno Schulze

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

E. Richter: Autosuggestive Bekämpfung des Stotterns, aus eigener Werkstatt berichtet.

H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann: Untersuchungen zu metasprachlichen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder.

M. Grohnfeldt: Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik.

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.

G. Heinrichs: Integrierter Sprachheilkindergarten in Düsseldorf-Garath. Erfahrungsbericht.

V. Middeldorf: Was ist eigentlich eine Stimmstörung?

J. Hohmeier: Zur beruflichen Situation von Stotternden. Ergebnisse einer empirischen Erhebung.

I. Olbrich: Psychomotorische Sprachentwicklungsförderung in der Integrierten Sprach- und Bewegungstherapie.

R. Bahr und H. Nondorf: Sprachentwicklungsstörungen aus entwicklungs- und neuropsychologischer Sicht.

I. Oskamp: Erziehung zu prosozialem Verhalten als Weg zur Persönlichkeitsbildung und -stabilisierung Sprachbehinderter.

H. Naeckel und W. Wertenbroch: Die Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer nach der Methode Georg H. Naeckel.

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND



— Rhein. Schule für Körperbehinderte, Pulheim-Brauweiler — stellt ein:

Logopäde/-in

je nach Voraussetzungen — Vergütungsgruppe VI b/V c/V b, Fallgr. 18 BAT —

zur Erteilung von Sprachtherapie für körperbehinderte und sprachbehinderte Kinder.

Gefordert wird die staatliche Anerkennung als Logopäde/-in.

Bewerbungen sind zu richten an:



Der Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland
Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21
Kennziffer: 12/792

Telefonische Auskunft: (0221) 82 83 27 05



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

Der Verlag



Zur Ergänzung unseres Therapeutenteams suchen wir zum baldigen Eintritt

eine/n Stimmtherapeutin/en

In unserem Stimmheilzentrum werden Patienten behandelt, die an Stimm-,
Sprech- oder Sprachstörungen leiden.

Ärztlicher Leiter des psychosomatischen Behandlungszentrums ist
Professor Dr. med. Gundermann.

Bad Rappenau mit mehr als 150jähriger Kurtradition liegt verkehrsgünstig
zwischen Heilbronn und Heidelberg. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir
behilflich. Bis auf das Gymnasium (ca. 8 km entfernt) sind alle Schulmöglichkeiten
am Ort vorhanden.

Richten Sie Ihre Bewerbung bitte mit den üblichen Unterlagen unter Angabe Ihrer
Gehaltsvorstellung an die

Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH
Salinenstraße 30, 6927 Bad Rappenau



Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

HERRN WSS 000198 *0022*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1
D 1000 BERLIN 47

Der DEUTSCHE PARITÄTISCHE WOHLFAHRTSVERBAND Schaumburg
sucht für seine Sprachambulanz

Sprachtherapeuten(in) oder
Logopäden(in) mit Kassenzulassung.

Das Arbeitsgebiet umfaßt alle Störungsbilder. Der Schwerpunkt ist die
Behandlung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei Klein- und Vorschul-
kindern.

Die Sprachambulanz arbeitet in Kooperation mit dem »Haus des Kindes«.

Interessenten melden sich bitte beim

DEUTSCHEN PARITÄTISCHEN WOHLFAHRTSVERBAND

Kreisgruppe Schaumburg

Dammstraße 9 a, 3062 Bückeburg, Telefon (05722) 10 22

BHW

Die Bausparkasse mit Ideen

BHW DISPO 2000

Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.

Welche Vorteile Ihnen diese neue
Freiheit bringt, steht im neuen *BHW-*
Bauspar-Buch.

BHW Bausparkasse für den öffentlichen
Dienst, Postfach 10 13 22,
3250 Hameln 1, Btx *55 255 #