ISSN 0584—9470

C 6068 F

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

dgs

Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite
Hartmut Schulze und Helge S. Johannsen, Ulm Therapie des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter — Zum Stand der Diskussion in der anglo-amerikanischen Fachliteratur	97
Helga Kalkowski, Osnabrück Therapeutische Aspekte im Klassenunterricht an der Schule für Sprachbehinderte — Erfahrungen aus dem Primarbereich	109
Jutta Breckow, Köln Zusammenarbeit mit Eltern von sprachbehinderten Kindern im Früh- und Elementarbereich	119

	Seite
Umschau	128
Tagungen und Kongresse	133
Würdigung	135
Bücher und Zeitschriften	136
Vorschau	142
Hinweise für Autoren	144

Postverlagsort Hamburg
32. Jahrgang
Juni 1987 · Heft 3

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

NEU! Vorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin

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.

NEU! Geschäftsführender Vorstand:
dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 6 05 79 65

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, Glojenbarg 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)

NEU! Redaktion ... Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Mühlenkamp 2 A, 2723 Scheeßel
Telefon (04263) 88 88
Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1
Telefon (0421) 59 13 32

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

Bezugspreis pro Heft 7,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 42,— DM zuzüglich 5,10 DM Portokosten.
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

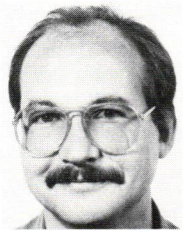
Mitteilungen der Redaktion

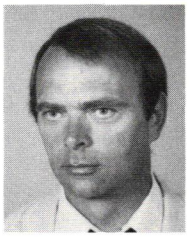
In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind.

NEU! Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der o. a. Redakteure zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.

Den Verfassern werden 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und spätestens mit der Korrekturrückgabe beim Verlag zu bestellen.

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





Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 3, S. 97—108

Hartmut Schulze und Helge S. Johannsen, Ulm

Therapie des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter

— Zum Stand der Diskussion in der anglo-amerikanischen Fachliteratur —

Zusammenfassung

Anhand der aktuellen Fachliteratur wird eine Beleuchtung der anglo-amerikanischen Therapieszene für das stotternde Vorschulkind vorgenommen. Die 27 berücksichtigten Behandlungskonzepte und -programme, die zusammenfassend mit ihren direkten und indirekten Therapieschwerpunkten beschrieben werden, zeigen, daß im anglo-amerikanischen Raum eine tiefgreifende konzeptionelle Umorientierung stattgefunden hat und zunehmend direkte Behandlungsansätze auch für das sehr junge stotternde Kind herangezogen und ähnlich wie in der Therapie von Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen multimodale und methodenkombinierte Therapiekonzepte realisiert werden.

1. Einleitung

Wie bei allen Kommunikations- und Verhaltensstörungen ist auch beim Störungsbild Stottern auf die Notwendigkeit von Prävention und Frühbehandlung verwiesen worden. Daß diese Aufgabe immer wieder als vordringlich herausgestellt worden ist, zeigt die dokumentierte Geschichte der Sprachheilpädagogik und der Stottertherapie (vgl. dazu *Fletcher* 1928, *Godfring* 1906, *Murphy* 1962, *Rothe* 1929), aber auch die aktuelle Fachdiskussion (*ASHA* 1982, *Gregory* 1985, *Marge* 1984, *Williams* 1984, *Speech Foundation* 1984). Die proklamatorischen Zielsetzungen sind dabei eher unstrittig, die möglichen Ansatzpunkte eines präventiven Handelns sowie die Interventionsprinzipien und Therapiemethoden werden jedoch häufig kontrovers diskutiert (vgl. dazu *Cooper* 1979, *Luper* und *Mulder* 1964), wobei die unterschiedlichsten theoretischen Vorstellungen über das Störungsbild Stottern bezüglich Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf den Hintergrund der Diskussion bilden (*Curlee* und *Perkins* 1985, *Van Riper* 1982).

Während für die Behandlung von chronisch stotternden Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus dem aktuellen theoretischen Diskussionsstand, wonach Stottern als ein multifaktoriell bedingtes und nur idiographisch begreifbares Phänomen anzusehen ist (*Cooper* 1984, *Hanley* 1984, *Motsch* 1983, *Wendlandt* 1980), eine Vielzahl von direkten und indirekten Behandlungsansätzen abgeleitet wurden (aktuelle Übersichtsarbeiten dazu: *Chapman* 1984, *Curlee* und *Perkins* 1985, *Daly* 1985, *Gregory* 1979, *Ingham* 1984, *Peins* 1984, *Van Riper* 1986, *Wittling* und *Booth* 1980), die uns heute zumeist in der Form von komplexen, mehrdimensionalen und methodenkombinierten Therapiepaketen zur Verfügung stehen (*Blaesing* 1982, *Cooper* und *Cooper* 1985, *Leith* 1984, *Starkweather* 1980, *Stournaras* 1985, *Van Riper* 1986, *Wendlandt* 1975, 1979), wird das konzeptionelle Denken über die Behandlung sehr junger stotternder Kinder im deutschsprachigen Bereich noch weitgehend durch den Konsensus geprägt, stotternde Vorschulkinder selbst bezüglich ihres Stotterns *nicht* direkt zu behandeln, wohl aber über indirekte Therapiemaßnahmen beim Kind oder über die Arbeit mit Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen eine Stabilisierung des Kindes zu versuchen (vgl. dazu z. B. *Fiedler* und *Standop* 1986, *Schaar* 1980). Das bedeutet für die Therapie eine starke Konzentration auf mögliche psychosoziale Einflußgrößen und vielfach einen grundsätzlichen Verzicht auf eine Modifikation von physiologischen und linguistischen Komponenten, die im Einzelfall für die Entstehung und Aufrechterhaltung des kindlichen Stotterns

entscheidend sein können (vgl. dazu die zusammenfassende Darstellung bei *Schulze* und *Johannsen* 1986). Erst wenn das stotternde Kind das Schulalter erreicht hat oder noch später, wird das gesamte prinzipiell zur Verfügung stehende Behandlungsinventar aktiviert, erst dann wird z. B. gezielt auch am Sprechmuster des Kindes gearbeitet, oder es werden Hilfen zur Auflösung von schweren Blockierungen usw. vermittelt. In Kauf genommen wird dabei das Risiko einer zunehmenden Habitualisierung der pathologischen Bewegungsmuster bei der Sprechproduktion und die Entstehung und Verfestigung von motorischen, sprachlichen, kognitiven und emotional-affektiven Sekundärsymptomen als Ausdruck gescheiterter bzw. uneffektiver eigener Bewältigungsstrategien des Kindes (*Adams* 1984, *Cooper* und *Cooper* 1985, *Stromsta* 1986, *Van Riper* 1973).

Nach unserer eigenen klinischen Einschätzung, die auf der ambulanten Betreuung von ca. 300 stotternden Vorschulkindern in den letzten vier Jahren beruht, ist es gerade bei den noch sehr jungen Kindern von größter Bedeutung, ungünstige psychosoziale und kommunikativ-interaktionale Bedingungen, soweit sie tatsächlich vorliegen, gezielt und professionell anzugehen und auszuräumen, auch wenn dies bei der häufig gegebenen Komplexität von familiären Störungen sehr schwierig und aufwendig sein sollte (vgl. dazu *Greitemeyer* 1984). Auf der anderen Seite sind uns in der Praxis jedoch auch immer wieder stotternde Vorschulkinder begegnet, bei denen wir nach Abschluß einer intensiven diagnostischen Phase zu der Einschätzung gekommen sind, daß das Kind in einer »intakten« Familie lebt, daß die Kommunikations- und Interaktionserfahrungen eher günstig sind und weder beim Kind selbst noch bei wichtigen Bezugspersonen ungünstige und für das Stottern relevante intrapsychische Bedingungen vorliegen. Solche Kinder hatten offensichtlich auch ohne einen derartigen psychosozialen Hintergrund ein starkes Stottern entwickelt. Oder es zeigte sich auch häufig, daß die erfolgreiche Behebung von als ungünstig bewerteten psychosozialen Einflußgrößen (z. B. durch Beratung, Elterntraining mit verschiedensten inhaltlichen Schwerpunkten, Psychotherapie des Kindes oder eines Elternteils) keinen oder einen nur unzureichenden Einfluß auf das Sprechmuster des Kindes hatte. Die Behandlung spezifischer Teilbereiche war zwar erfolgreich, das Kind stotterte jedoch weiter. Die Schlußfolgerung lag nahe, daß unser Betreuungskonzept mit seinem Schwerpunkt auf der Modifikation von psychosozialen Bedingungsfaktoren des Stotterns offensichtlich nur für einen Teil der Patienten effektiv war, und es stellte sich die Frage, ob möglicherweise eine oder mehrere Untergruppen aus der Gesamtpopulation der stotternden Vorschulkinder mit diesem Behandlungsschwerpunkt unzureichend betreut wurden. Diese klinischen Erfahrungen machten ein grundlegendes Überdenken der Therapiekonzeption für diese Altersgruppe notwendig, wobei nicht nur eine weitere Optimierung der Therapie- und Beratungsansätze für die psychosozialen Bedingungsfaktoren als Ziel verfolgt wurde, sondern auch die Frage zur Diskussion stand und immer vordringlicher wurde, ob bei bestimmten Kindern, auch wenn sie noch sehr jung sind, nicht völlig andere oder zusätzliche Therapieansatzpunkte indiziert sind, zumal dann, wenn das Kind vom Schweregrad seines Stotterns und anderer Faktorenkonstellationen (z. B. familiäre Belastung, Wirksamkeit linguistischer und/oder physiologischer Faktoren) her eine schlechte Prognose hat, also die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Remission äußerst gering ist.

Unsere eigenen, zunächst in der klinischen Alltagsarbeit entstandenen Zweifel bezüglich der Angemessenheit eines ausschließlich an psychosozialen Komponenten ansetzenden Betreuungskonzeptes für stotternde Vorschulkinder wurden in Diskussionen mit Praktikern und durch eine ganze Reihe von aktuellen anglo-amerikanischen Fachpublikationen, die sich speziell mit der Frage von Frühförderung und Prävention beschäftigen, in ihrer Berechtigung gestützt.

Mit dem vorliegenden Beitrag soll eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Diskus-

sionsstandes zur Behandlung des Stotterns in den anglo-amerikanischen Ländern versucht werden, da sich dort unseres Erachtens eine ganze Reihe neuer Entwicklungen und anderer Trends zeigen, die bisher in der deutschsprachigen Fachliteratur überhaupt noch nicht oder nur fragmentarisch zur Kenntnis genommen wurden.

2. *Therapieansätze für stotternde Vorschulkinder*

Der Darstellung der gegenwärtig in den anglo-amerikanischen Ländern praktizierten Therapieansätze für stotternde Vorschulkinder liegt eine Sichtung der aktuellen publizierten anglo-amerikanischen Fachliteratur und die Auswertung von Materialien aus internationalen Workshops und Fachtagungen zu dieser Fragestellung zugrunde. Es wurden nur solche Arbeiten berücksichtigt, die entweder explizit als Therapieansätze für sehr junge stotternde Kinder ausgewiesen werden oder in einem umfassenderen Therapiekonzept auch spezifische Vorgaben für die Behandlung dieser Altersgruppe enthalten. In diesem Sinne konnten 27 Therapieansätze unterschiedlicher Autoren und Arbeitsgruppen identifiziert werden, die zwar kein vollständiges, unserer Einschätzung nach jedoch ein repräsentatives Bild der aktuellen Therapieszene abgeben dürften. Die in der Abbildung 1 mit ihren Therapieschwerpunkten aufgeführten Behandlungsansätze unterschiedlicher Autoren stellen nicht in jedem Fall völlig andersartige Konzepte dar, sondern weisen vielfach Überschneidungen in konzeptioneller, methodischer und therapiedidaktischer Hinsicht auf.

2.1. Indirekte Behandlungsansätze

Abweichend vom deutschen Sprachgebrauch, wird der Begriff »indirekte Therapie« in der anglo-amerikanischen Fachdiskussion heute in zwei unterschiedlichen Bedeutungen gebraucht:

1. Verzicht auf die Herstellung eines expliziten therapeutischen Settings für das Kind (*Adams* 1984), d. h., Therapeut und Kind entwickeln keine unmittelbare Therapeut-Patient-Beziehung, der Therapeut arbeitet ausschließlich mit den für eine Problemlösung wichtigen Bezugspersonen des Kindes, sozusagen »behind the scenes« (*Luper* und *Mulder* 1964), nachdem das Kind in einer kurzen diagnostischen Phase begutachtet wurde oder auch ohne daß das Kind persönlich gesehen oder seine Sprechweise untersucht wurde. Diese Art indirekter Therapie, die die traditionelle Interventionsform beim stotternden Vorschulkind darstellt, verfolgt drei allgemeine Zielsetzungen:

— Erhöhung der kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten bezüglich des Stotterns auf seiten der Eltern und Bezugspersonen (= Informationsvermittlung z. B. mit Hilfe von Beratungsbroschüren, Elternbriefen, Filmen und verbaler Aufklärung);
— Veränderung von Verhaltensmerkmalen bei den Bezugspersonen, die für die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf der Sprechproblematik von Bedeutung sind (= Verhaltensänderung z. B. mit Hilfe von Elternverhaltenstrainings);
— Veränderung der emotional-affektiven Verarbeitungsmöglichkeiten bzw. der Betroffenheit, die das Stottern bei den Bezugspersonen des Kindes bewirken (= emotional-affektive Entlastung z. B. durch klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Selbsterfahrung, Gruppentherapie).

Diesem Betreuungsmodell sind die verschiedenartigsten Beratungskonzepte, Mediatoren- und Elterntrainingsansätze sowie die Ansätze, die eine psychotherapeutische Einflußnahme auf die Eltern selbst oder andere wichtige Bezugspersonen (z. B. Geschwister) für notwendig halten, zuzuordnen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihres theoretischen Hintergrundes und ihrer therapie- und beratungsdidaktischen Vorgehensweise zum Teil erheblich.

2. Von dieser Bedeutung abweichend, werden auch solche Behandlungskonzepte als »indirekt« bezeichnet, die eine unmittelbare Arbeit mit dem Kind vorsehen, wobei der spezifische Ansatzpunkt der Interventionen jedoch nicht auf der Sprechflüssigkeitsebene (Sprechmuster, Stottereregnis, flüssiges Sprechen) liegt, sondern darin besteht, die für die Entwicklung und Stabilisierung von

ANSATZPUNKTE DER THERAPIE	DIREKTE BEHANDLUNG			INDIREKTE BEHANDLUNG		
	SPRECH-MUSTER	UNFLÜSS. SPRECHEN	FLÜSSIGES SPRECHEN	BEZUGSPERSONEN-ARBEIT z.B. Elternberatung,-training	MODIFIKATION NICHT-SPRACHLICHER VERHALTENSWEISEN z.B. Einstellungen, Gefühle, Motorik	MODIFIKATION SPRACHLICHER VERHALTENSWEISEN z.B.Wortschatz, Grammatik, Pragmatik
ADAMS (1984)	X	-	X	X	-	X
BAILEY & BAILEY (1979, 1982)	X	X	X	X	X	-
COOPER (1984) COOPER & COOPER (1985)	X	X	X	X	X	-
CONTURE (1982)	X	-	-	X	X	X
COSTELLO (1980, 1983, 1985)	X	X	X	X	X	X
CULP (1984)	X	X	X	X	X	X
GREGORY (1978, 1985) GREGORY & HILL (1980)	X	-	-	X	X	X
GUITAR (1982)	X	X	X	X	-	-
HANLEY (1984)	X	-	X	X	X	X
JOHNSON (1980)	X	-	X	X	-	-
LEITH (1984)	X	-	-	X	-	-
LUPER & MULDER (1964)	-	-	-	X	-	-
NELSON (1982)	X	-	-	X	X	-
PERKINS (1979)	-	-	-	X	-	-
PRINS (1983)	-	-	X	X	-	-
RILEY & RILEY (1983,1984,1985)	X	X	X	X	X	X
RUSTIN (1982) RUSTIN & COOK (1983) RUSTIN & STURGIS (1985)	X	X	X	X	-	-
RYAN (1974)	-	X	X	-	-	-
SELMAR (1981)	-	-	-	X	-	-
SHAMES & FLORANCE (1980)	X	-	X	X	-	-
SHINE (1984, 1985)	x	-	-	X	-	-
STOCKER (198o)	-	-	X	X	-	X
STROMSTA (1986)	X	-	-	X	-	-
VAN RIPER (1973)	X	-	X	X	X	X
WALL & MYERS (1984)	X	X	-	X	X	X
WILLIAMS (1984)	X	-	X	X	X	X
ZWITMAN (1978)	-	-	-	X	-	-

Abbildung 1: Zusammenfassende Darstellung von Therapieansätzen für stotternde Vorschulkinder mit ihren Therapieschwerpunkten

Sprechflüssigkeit bedeutsamen psychischen, physiologischen und linguistischen Voraussetzungen auf seiten des Kindes zu schaffen. Auch hier besteht das Ziel der Interventionen in einer Reduktion der Sprechunflüssigkeiten, therapeutisch gearbeitet wird jedoch z. B. an der Sprache (Wortschatz, Grammatik, Pragmatik), an der Motorik, am Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen, an der auditiven Wahrneh-

mung, am Selbstkonzept des Kindes oder an seinen Einstellungen gegenüber Leistung und Kommunikation usw. Zu dieser Gruppe der »indirekten« Ansätze zählen die, die sich kinderpsychotherapeutischer Interventionsprinzipien bedienen (z. B. zur Veränderung von Selbstbild, Selbstunsicherheit und ungünstigen kognitiv-affektiven Einstellungen und Verarbeitungsformen beim Kind), die linguistisch orientierten Therapieansätze (z. B. zur Erhöhung der linguistischen und kommunikativen Kompetenz des Kindes), ferner die Ansätze, die eine Modifikation grundlegender physiologischer Parameter vornehmen (z. B. Verbesserung der Mundmotorik, der auditiven Wahrnehmung usw.). Der zuletzt genannten zweiten Gruppe der »indirekten« Therapieansätze liegt heute häufig bereits ein multivariates Verständnis des frühkindlichen Stotterns und seiner Weiterentwicklung zugrunde, d. h., daß eindimensionale ätiologische Konzepte, wie sie z. B. in der »diagnosogenen« und »semantogenen« Theorie der Stottergenese (*Johnson* 1946, 1959) über die Bedeutung der Eltern für die Entstehung des Stotterns enthalten sind, als überwunden gelten können. Statt dessen werden Konzepte favorisiert, die auch vom therapeutischen Vorgehen her der Komplexität der Störung eher gerecht werden und, sofern sie methodenkombiniert ausgelegt sind, ein indikationsgeleitetes Denken und Handeln ermöglichen.

Der Kerngedanke derartiger Konzepte besteht darin, daß die Entstehung, Aufrechterhaltung und der Verlauf des Stotterns auch bei sehr jungen Kindern in Abhängigkeit von multiplen, koexistierenden und miteinander interagierenden Faktoren physiologischer und psychologischer Natur zu begreifen sind (*Cooper* 1984, *Hanley* 1984), was auch in aktuellen theoretischen (*Wall* und *Myers* 1982, 1984) oder empirisch begründeten Modellvorstellungen (*Riley* und *Riley* 1979, 1984) zum kindlichen Stottern zum Ausdruck kommt. Jeder einzelne Faktor kann, wenn er unabhängig untersucht würde, im Normbereich liegen, die Konstellation der einzelnen Faktoren aber kann zu einem bestimmten Zeitpunkt zu Sprechunflüssigkeiten führen. Es sind dabei unendlich viele Faktorenkonstellationen denkbar, Stottern ist nur idiographisch faßbar. Einer solchen dynamischen Konzeption entsprechend, verstehen sich die angeführten Interventionsebenen in Abbildung 1 (psychosozial, psychologisch und physiologisch, linguistisch) nicht als obligatorisch bedeutsam für jedes Kind, sondern es müssen diesem Verständnis nach für jedes Kind im Sinne einer Profildarstellung diejenigen Faktoren und Komponenten bzw. deren Konstellation zueinander herausgearbeitet werden, die für das Stottern des Kindes individuell bedeutsam sind.

Eine solche Sichtweise macht eine umfangreiche Diagnostik in den als hypothetisch bedeutsam angenommenen Faktorenbündeln notwendig, ferner die Entwicklung von Indikationsregeln im Rahmen der Differentialdiagnose (Entwicklungsunflüssigkeit oder chronifizierte Form des Stotterns) und der therapieorientierten Diagnostik, mit der eine Entscheidungshilfe für die Steuerung der Behandlungsmethoden innerhalb und zwischen therapeutischen Teilbereichen vorgenommen wird. Eine ausführliche Darstellung solcher Diagnoseinstrumente findet sich bei *Schulze* und *Johannsen* (1986).

Bei den indirekten Behandlungsansätzen, bei denen mit dem stotternden Kind unmittelbar therapeutisch gearbeitet wird, wird in der Regel eine Zusammenarbeit mit den Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen des Kindes angestrebt. Dies geschieht im Prozeß der Diagnostik, Diagnosevermittlung und Therapieplanung ebenso wie im Verlauf der eigentlichen Therapie, bei der z. B. Eltern oder Erzieher im Kindergarten in organisatorischer, motivationaler und kotherapeutischer Hinsicht wichtige Funktionen erfüllen und etwa für die Transfer- und Generalisierungsphase einer Therapie oft unentbehrlich sind.

2.2. Direkte Behandlungsansätze

Neben den beiden Grundformen einer indirekten Intervention bei stotternden Vorschulkindern bestehen die sogenannten direkten Therapieansätze. *Guitar* (1984) bezeichnet Therapieansätze dann als »direkt«, wenn sie

eine Modifikation des gesamten Sprechmusters oder nur von Teilaspekten vornehmen (z. B. durch Veränderung von Atmung, Koartikulation, Lautstärke, Stimmeinsatz, Sprechmelodie, Sprechtempo usw.), ferner solche, die eine quantitative und/oder qualitative Modifikation des Stotterverhaltens selbst zum Ziel haben (z. B. durch kontingente »Bestrafung« oder durch die Anwendung von Techniken, die das Stottermuster verändern oder auflösen wie »Cancellation« und »Pull-outs«; vgl. dazu *Luper* und *Mulder* 1964, S. 125 ff.; *Van Riper* 1973, 1986, S. 108 ff.). Den »direkten« Ansätzen werden auch die Therapiekonzepte zugerechnet, die auf eine systematische Ausweitung der bereits vorhandenen flüssig gesprochenen Anteile abzielen, z. B. indem im Sinne einer Verhaltensformung (»fluency shaping«) flüssig gesprochene Wörter, Sätze oder Zeitintervalle, die gemäß ihrer Schwierigkeit hierarchisiert sind, nach festgelegten Verstärkungsplänen »belohnt werden«. Die in diesem Sinne »direkten« Therapieansätze werden im allgemeinen in einer unmittelbaren Arbeit mit dem Kind realisiert, wobei das Kind nach einer Konfrontation mit dem Problemverhalten, seinem Stottern, über ein Wahrnehmungstraining und/oder über Modellernen mit den einzelnen Bestandteilen des jeweiligen Zielverhaltens (z. B. weicher Stimmeinsatz, verlangsamtes Sprechen oder flüssiges Sprechen auf Ein-Wort-Ebene usw.) in kindgerechter Weise vertraut gemacht wird. Diese direkten Therapiemethoden, vor allen Dingen die Ansätze, die eine Veränderung des Sprechmusters vornehmen oder am Stottersymptom selbst arbeiten, stellen Interventionsprinzipien dar, die traditionellerweise nur in der Therapie älterer Stotterer zur Anwendung kommen und für die Arbeit mit sehr jungen stotternden Kindern lange Zeit für viele Sprachtherapeuten als völlig unvorstellbar und abwegig galten.

2.3. Mischformen. Komplexe, multimodale Therapieansätze für stotternde Vorschulkinder

Wie die Abbildung 1 zeigt, stellen die Autoren, die lediglich einen oder zwei Therapieansatzpunkte für die Arbeit mit sehr jungen stotternden Kindern vorsehen, in der aktuellen Therapielandschaft heute eher die Ausnahme dar. Ähnlich wie für die Behandlung von jugendlichen und erwachsenen Stotterern existieren heute auch für stotternde Vorschulkinder komplexe und methodenkombinierte Therapieprogramme, in denen mehrere oder alle der für das Stottern grundsätzlich sinnvollen Behandlungsdimensionen zum Tragen kommen. Beispiele dafür sind das »Preschool Fluency Development Program« von *Delva Culp* (1984), das Therapiekonzept »Clinical Management of Childhood Stuttering« von Meryl J. *Wall* und Florance L. *Myers* (1984), das »Component Model for Treating Stuttering in Children« von Glyndon D. *Riley* und Joanna *Riley* (1984, 1985) und die »Personalized Fluency Control Therapy — Revised (PFC-R)« von Eugene B. *Cooper* und Crystal S. *Cooper* (1985). Ein besonderes Charakteristikum dieser Therapieansätze und -programme besteht darin, daß sie die Entscheidung über die Aufnahme und die Inhalte einer Behandlung auf der Grundlage einer äußerst elaborierten, mehrdimensionalen Diagnostik vornehmen und sich therapiedidaktisch sehr stark am Alter der Zielgruppe ausrichten.

3. Diskussion

Auch in der anglo-amerikanischen Fachdiskussion herrschte etwa bis zur Mitte der siebziger Jahre die Vorstellung vor, wonach stotternde Vorschulkinder grundsätzlich nur indirekt zu behandeln seien, wobei als Methoden der Wahl die Beratung, Anleitung und Therapie der Eltern galten. Diese geradezu zum Dogma erhobene Behandlungsabstinenz (»Hände weg vom stotternden Vorschulkind«) wurde danach zunehmend in Frage gestellt. Zum Beispiel charakterisierte *Van Riper* die aus einem solchen konzeptuellen Verständnis resultierende Position des Therapeuten zynisch folgendermaßen: Entwickelt sich das Kind schlecht, liegt die Schuld bei den Eltern; entwickelt sich das Kind gut, kann der Therapeut den Erfolg seiner Elternarbeit zuschreiben (*Van Riper* 1973, S. 399; 1986, S. 208). Auf der einen Seite erfolgte eine kritische Auseinandersetzung und Überprüfung der dieser Position zugrundeliegenden theoreti-

schen Annahmen (z. B. bezüglich der diagnosogenen und semantogenen Theorie der Stottergenese von W. *Johnson*; vgl. dazu *McDearmon* 1968, *Wingate* 1976; bezüglich der Stimmigkeit der Kontinuitätshypothese; vgl. dazu *Bernstein* 1981, *Wall* und *Myers* 1984; sowie der psychogenetischen Erklärungsansätze; vgl. dazu *Riley* und *Riley* 1982) und ihrer fragwürdigen ethischen Implikationen (implizite Schuldzuweisung an die Eltern; vgl. dazu *Costello* 1983, *Wingate* 1976) sowie eine Hinterfragung der Einstellungen und Motive (Befürchtungen) der Therapeuten, die eine Arbeit mit dem Kind und an dessen Sprechproblemen zugunsten eines Abwartens oder einer ausschließlichen Bezugspersonenarbeit eher ablehnten (*Cooper* 1979, *Costello* 1983, *Ragsdale* und *Ashby* 1982, *St. Louis* und *Lass* 1981). Eine ausführliche Darstellung dieser Diskussion findet sich bei *Cooper* (1979) und *Schulze* und *Johannsen* (1986). Das Fazit dieser Diskussion war eine starke Ernüchterung, was die Stichhaltigkeit und empirische Absicherung der theoretischen Basisannahmen betraf, und eine grundsätzliche Infragestellung der durch viele Vorurteile gekennzeichneten bis dahin vorherrschenden Betreuungspraxis für das sehr junge stotternde Kind. Die Erkenntnis, daß trotz der Flut der Veröffentlichungen zum Störungsbild Stottern über allgemeine Spekulationen hinaus nur ein äußerst fragmentarisches Faktenwissen über das junge stotternde Kind und damit auch über die Entstehungsbedingungen des Stotterns vorlag (das mittlere Erstauftretensalter liegt bei ca. vier Jahren, sehr wahrscheinlich jedoch früher; vgl. dazu *Yairi* 1983, *Yairi* und *Lewis* 1984), bewirkte auf der anderen Seite ein verstärktes grundlagenwissenschaftliches Interesse am stotternden Kind und nach dem Aufbrechen des o. g. Dogmas auch eine pragmatische Umorientierung vieler Therapeuten. Einen besonders nachhaltigen Einfluß auf die sich neu orientierende Therapieszene hatten dabei die Ergebnisse der Remissionsstudien (vgl. dazu *Cooper* 1979, *Costello* 1983, *Culp* 1984, *Wall* und *Myers* 1984, *Riley* und *Riley* 1982) und die empirischen Arbeiten über die Bedeutung von physiologischen und linguistischen Variablen für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und den Verlauf des kindlichen Stotterns (vgl. dazu *Schulze* und *Johannsen* 1986, Kapitel I). Die Forschungsarbeiten und Metaanalysen über die Bedeutung von psychosozialen Variablen (z. B. die Bedeutung der Eltern) erbrachten keine durchschlagenden Erkenntnisse, die eine alleinige Konzentration auf diese Interventionsebene rational gerechtfertigt hätten (*Andrews* et al. 1983, *Meyers* 1984, *Schulze* 1984), was nicht zu einer grundsätzlichen Infragestellung der Bedeutung psychosozialer Einflußgrößen im Einzelfall, sondern zur Relativierung und Abwägung gegenüber anderen Variablen führte.

Zu Beginn der achtziger Jahre wurde die Prävention und Frühförderung des Stotterns zunehmend zum Schwerpunktthema renommierter internationaler wissenschaftlicher Tagungen, und es wurden einige Sammelbände und Monographien veröffentlicht (*Conture* 1982, *Costello* 1984, *Curlee* und *Perkins* 1985, *Gregory* 1979, *Ingham* 1984, *Luper* 1982, *Peins* 1984, *Perkins* 1984, *Prins* und *Ingham* 1983, *Shames* und *Florance* 1980, *Speech Foundation* 1984, *Wall* und *Myers* 1984), in denen eine erste Bilanz der Forschungsergebnisse zum frühkindlichen Stottern gezogen wurde und eine Vielfalt von Therapieansätzen sowie auch einige standardisierte Programme für stotternde Vorschulkinder in ihrer klinischen Anwendung und Erprobung vorgestellt wurden. Gegenüber der Ausgangslage zeigen sich in den anglo-amerikanischen Ländern heute deutliche Veränderungen des theoretisch-konzeptionellen Denkens sowie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens, wobei offensichtlich gerade von den Forschungsarbeiten über die Bedeutung von linguistischen und physiologischen Variablen ein starker innovativer Impuls für den Therapiealltag ausging. Abgesichert durch empirische Forschungsergebnisse und auf der Basis langjähriger und professioneller klinischer Arbeit mit stotternden Vorschulkindern wurden z. B. differentialdiagnostische Strategien entwickelt, um möglichst frühzeitig junge stotternde Kinder mit schlechter Langzeitprognose von entwicklungsunflüssigen

Kindern mit guter Prognose zu unterscheiden (*Adams* 1984, *Cooper* und *Cooper* 1985). Es wurden ferner therapievorbereitende Untersuchungsbatterien und Indikationsmodelle für die Aufnahme und die Festlegung der Inhalte einer Therapie entworfen (*Adams* 1984, *Caruso* und *Conture* 1985, Riley und *Riley* 1984) und schließlich Therapieverfahren entwickelt und für die Arbeit mit sehr jungen Kindern therapiedidaktisch aufbereitet, die es ermöglichen, ein erheblich größeres Spektrum von für das Stottern relevanten Einflußgrößen je nach individueller Problemlage und Indikation frühzeitig gezielt zu therapieren (vgl. Abbildung 1).

Die dokumentierten klinischen Erfahrungen und bisher vorliegenden Evaluationsstudien zeigen (vgl. dazu *Schulze* und *Johannsen* 1986, S. 149 ff.), daß eine direkte Behandlung sehr junger stotternder Kinder grundsätzlich möglich ist und nicht, wie früher angenommen wurde, notwendigerweise die Entwicklung eines unerwünschten »Störungsbewußtseins« nach sich zieht. Im Gegenteil berichten fast alle Autoren, wie unkompliziert und effektiv die fachgerechte direkte Therapie des Kindes ist. Offensichtlich sind solche Kinder, vermutlich gerade wegen des Fehlens einer kognitiven und emotional-affektiven Repräsentanz des Stotterns, in viel höherem Maße zur Übernahme neuer Sprechmuster bereit und wegen der noch nicht weit fortgeschrittenen Habitualisierung der pathologischen Bewegungsmuster auch dazu in der Lage, diese zu korrigieren und die neu erworbenen spontan in ihr Kommunikationsrepertoire zu übernehmen. Die in der Stottertherapie häufig äußerst mühsame und schwierig zu handhabende Transfer- und Generalisierungsproblematik (vgl. dazu *Boberg* 1980, *Costello* 1983, *Sheehan* 1979, *Stromsta* 1986) entfällt somit weitgehend. Allerdings, und das wird von vielen Autoren besonders hervorgehoben, muß der Therapeut die Therapieinhalte und -methoden und die Therapiedidaktik der emotionalen und kognitiven Entwicklung und Verarbeitungskapazität des Kindes anpassen, er selbst muß nicht nur über ein umfassendes Grundlagenwissen über das Störungsbild Stottern und seine vielfältigen Therapiemöglichkeiten verfügen, sondern er muß auch ein fundiertes entwicklungspsychologisches Handlungswissen und praktische Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit Kindern dieser Altersgruppe haben (*Culp* 1984, *Curlee* 1985, *Lay* 1982). Während *Jussen* (1964) in seinem Literaturüberblick der amerikanischen Stotterdiskussion noch zu der klaren Feststellung kommen mußte, daß für die jungen stotternden Kinder nur eine indirekte Therapie praktiziert wird und andere Vorgehensweisen beim primären Stottern grundsätzlich abgelehnt wurden, müssen wir nach der Sichtung des o. a. Materials zu dem Fazit kommen, daß sich bezüglich des frühkindlichen Stotterns im anglo-amerikanischen Raum ein tiefgreifender konzeptioneller Wandel vollzogen hat, der die diagnostische und therapeutische Arbeit der Stottertherapeuten stark verändert hat.

Zieht man demgegenüber die aktuelle Diskussion zum Thema Therapie des Stotterns im Vorschulalter in der Bundesrepublik Deutschland zum Vergleich heran, so fühlt man sich sehr leicht in die Diskussion zurückversetzt, die in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre unter den anglo-amerikanischen Stotterfachleuten stattgefunden hat.

Wie eine inhaltsanalytische Sichtung von 13 deutschsprachigen medizinischen und pädagogischen Fachzeitschriften über 15 Jahrgänge zeigt (*Johannsen* und *Schulze,* in Vorbereitung), ist das frühkindliche Stottern, wenn überhaupt, nur ein Randthema fachlicher Diskussion, sowohl die Theoriebildung, Differentialdiagnostik und Diagnostik als auch die Therapie betreffend. Von 221 Fachzeitschriftenartikeln (in 188 Jahrgängen) zum Thema Stottern beschäftigen sich lediglich 7,2 Prozent mit stotternden Vorschulkindern, nur 2,7 Prozent behandeln dabei therapierelevante Fragestellungen (Diagnostik und Behandlung) und 4,5 Prozent theoretische Fragen, die das stotternde Vorschulkind betreffen.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von ca. 300 Stottertherapeuten in der Bundesrepublik zu einigen strukturellen Merkmalen ihrer Arbeit mit Stotterern (*Johannsen* und *Schulze,* in Vorbe-

reitung), daß der überwiegende Teil der Therapeuten bei stotternden Vorschulkindern grundsätzlich andere therapeutische Ansatzpunkte und Interventionsebenen wählt, als dies für ältere Stotterer vorgesehen ist. Die Daten dieser Untersuchung legen die Interpretation nahe, daß das Sprech- und Stotterverhalten bei sehr jungen Kindern aus der Therapie eher ausgeklammert wird und statt dessen eine indirekte Behandlung (z. B. Spieltherapie oder Maßnahmen zur Erhöhung der Sprechfreude) des Kindes erfolgt oder die Behandlung ausschließlich als Bezugspersonenarbeit konzipiert ist. Es wird dabei jedoch auch deutlich, daß aus diesem Gesamttrend einige Therapeuten und Arbeitsgruppen herausfallen, die die bei uns etablierte Betreuungspraxis kritisch zu hinterfragen beginnen und dabei sind, neue therapeutische Wege zu beschreiten. Zum Teil geschieht dies aus einem klinischen Erfahrungshorizont heraus oder aber auch in Anlehnung an anglo-amerikanische Forschungsarbeiten und Therapiepraxis. Denn folgendes wurde bei der Sichtung der deutschsprachigen Fachliteratur außerdem deutlich:

Es gibt erstens in der Bundesrepublik Deutschland faktisch keine empirische Forschung zum Thema Kinderstottern — dies trifft allerdings auch fast in gleicher Weise für die Gruppe der jugendlichen und erwachsenen Stotterer zu; d. h., daß der überwiegende Anteil der Arbeiten aus Theorien und der persönlichen klinischen Erfahrung der Autoren generiert wird. Zweitens wird die internationale Fachdiskussion, besonders die anglo-amerikanische, nur sporadisch zur Kenntnis genommen oder oft erst mit einem mehrjährigen zeitlichen Verzug verarbeitet, so daß selbst brandneue deutschsprachige Publikationen zum Thema Stottern, gemessen am internationalen Standard, schon bei ihrem Erscheinen oft um einige Jahre veraltet sind.

Die derzeitig im anglo-amerikanischen Raum praktizierten direkten und indirekten Therapieansätze für stotternde Vorschulkinder enthalten unserer Bewertung nach eine Fülle von wertvollen konzeptionellen, methodischen und therapiedidaktischen Anregungen für hiesige Therapeuten und Berater, die ihr Konzept hinterfragen, erneuern oder ausweiten wollen. Wir selbst haben aufgrund der Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen eine grundlegende Veränderung unseres diagnostischen und therapeutischen Vorgehens vorgenommen, wobei wir die Diagnostik differenzierter und spezifizierter und insgesamt intensiver betreiben und unser Betreuungskonzept in dem Sinne erweitert und geöffnet haben, daß wir im Prinzip genauso, wie wir das bei jugendlichen und erwachsenen Stotterern tun, konzeptionell alle sinnvollen therapeutischen Ansatzpunkte in Erwägung ziehen, die wir dann im Einzelfall je nach Indikation zu einem mehrdimensionalen und methodenkombinierten Therapieangebot zusammenstellen und therapiedidaktisch für die Altersstufe des Kindes aufbereiten, d. h., daß wir bei gegebener Indikation auch »direkt« mit dem Kind und ggf. auch an seinem Sprechmuster arbeiten, auch wenn das Kind noch sehr jung ist.

Bei der Auseinandersetzung mit den anglo-amerikanischen Ansätzen ist es allerdings unbedingt notwendig, die zum Teil in schillerndsten Verpackungen angebotenen Therapiemodelle und standardisierten Programme unter den jeweils gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen kritisch zu sichten und auf ihre klinische Brauchbarkeit zu hinterfragen, da sie häufig in einem völlig andersartigen kulturellen, therapeutischen und gesundheitspolitischen Klima entwickelt worden sind und uns eine rein übersetzende Übertragung von Therapieansätzen aus einem anderen Kultur- und Sprachraum eher fragwürdig erscheint.

Literatur

Adams, M. R.: The differential assessment and direct treatment of stuttering. In: J. Costello (Hrsg.): Speech disorders in children. San Diego 1984, S. 261—290.

Andrews, G., Craig, A., Feyer, A.-M., Hoddinott, S., Howie, P., und Neilson, M.: Stuttering: A review of research findings and theory circa 1982. Journal of Speech and Hearing Disorders 48 (1983), S. 226—246.

ASHA Committee on Prevention of Speech, Language and Hearing Problems (1982). Definitions of the word »prevention« as it relates to communicative disorder. ASHA 24 (1982), S. 425—431.
Bailey, A. A. G., und Bailey, W. R.: Stuttering in children: Impasse or passage. Workshop presented at Middle Tennessee State University, Murphreesboro 1979.
Bailey, A. A. G., und Bailey, W. R.: Managing the environment of the stutterer. Journal of Childhood Communication Disorders 6 (1982), S. 26—39.
Bernstein, N. E.: Are there constraints on childhood disfluency? Journal of Fluency Disorders 6 (1981), S. 341—350.
Blaesing, L.: A multidisciplinary approach to individualized treatment of stuttering. Journal of Fluency Disorders 7 (1982), S. 203—218.
Boberg, E. (Hrsg.): Maintenance of fluency. New York 1982.
Caruso, A., und Conture, E.: Diagnosis of children who stutter: Past, present and future. Plenary Symposium at the Oxford Dysfluency Conference, Oxford University, Oxford 1985.
Chapman, R.: Current issues in the treatment of stammering. International Rehabilitation Medicine 6 (1984), S. 143—147.
Conture, E. G.: Stuttering. Englewood Cliffs, Prentice Hall 1982.
Cooper, E. B.: Intervention procedures for the young stutterer. In: H. H. Gregory (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979, S. 63—96.
Cooper, E. B.: Personalized fluency control therapy: A status report. In: M. Peins (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston, Toronto 1984, S. 1—37.
Cooper, E. B., und Cooper, C. S.: Cooper Personalized Fluency Control Therapy — Revised. Allen 1985.
Costello, J. M.: Operant conditioning and the treatment of stuttering. Seminars in Speech, Language and Hearing 1 (1980), S. 311—325.
Costello, J. M.: Current behavioral treatments for children. In: D. Prins und R. J. Ingham (Hrsg.): Treatment of stuttering in early childhood. Methods and issues. San Diego 1983, S. 69—112.
Costello, J. M. (Hrsg.): Speech disorders in children. San Diego 1984.
Costello, J.: Treatment of the young chronic stutterer: Managing fluency. In: R. F. Curlee und W. H. Perkins (Hrsg.): Nature and treatment of stuttering. New directions. London 1985, S. 375—396.
Culp, D. M.: The preschool fluency development program: Assessment and treatment. In: M. Peins (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston, Toronto 1984, S. 39—72.
Curlee, R. F.: Training students to work with stutterers. Seminars in Speech and Language 6 (1985), S. 132—140.
Curlee, R. F., und Perkins, W. H. (Hrsg.): Nature and treatment of stuttering. New directions. London 1985.
Daly, D. A.: Treatment of the young chronic stutterer: Managing stuttering. In: R. F. Curlee und W. H. Perkins (Hrsg.): Nature and treatment of stuttering. New directions. London 1985, S. 357—374.
Fiedler, P. A., und Standop, R.: Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. 2. Auflage. München 1986.
Fletcher, J. M.: The problem of stuttering: A diagnosis and a plan of treatment. New York 1928.
Godtfring, O.: Unsere stotternden und stammelnden Kinder. Kiel 1906.
Gregory, H. H.: Stuttering: Differential evaluation and the therapy. Indianapolis 1978.
Gregory, H. H. (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979.
Gregory, H. H.: Prevention of stuttering: Management of early stages. In: R. F. Curlee und W. H. Perkins (Hrsg.): Nature and treatment of stuttering: New directions. London 1985, S. 335—356.
Gregory, H. H., und Hill, D.: Stuttering therapy for children. Seminars in Speech, Language and Hearing 1 (1980), S. 351—363.
Greitemeyer, D.: Die Berücksichtigung sozialer Einflußfaktoren bei der Diagnose der Familieninteraktion. In: E. J. Brunner (Hrsg.): Interaktion in der Familie. Berlin 1984, S. 59—87.
Guitar, B.: Fluency shaping with young stutterers. Journal of Childhood Communication Disorders 6 (1982), S. 50—59.
Guitar, B.: The indirect treatment of stuttering. In: J. Costello (Hrsg.): Speech disorders in children. San Diego 1984, S. 291—312.
Hanley, J. M.: Speech motor processes and stuttering in children; a theoretical and clinical perspective. In: Speech Foundation of America (Hrsg.): Stuttering therapy: Prevention and intervention with children. Memphis 1984, S. 63—90.
Ingham, R. J.: Stuttering and behavior therapy: Currant status and experimental foundations. San Diego 1984.

Johannsen, H. S., und Schulze, H.: Zur Situation der Stottertherapie bei Vorschul- und Grundschulkindern in der Bundesrepublik. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Stottertherapeuten und einer Sichtung von Fachzeitschriften (in Vorbereitung).
Johnson, L. J.: Facilitating parental involvement in therapy of the disfluent child. Seminars in Speech, Language and Hearing 1 (1980), S. 301—309.
Johnson, W.: People in quandaries. The semantics of personal adjustment. New York 1946.
Jussen, H.: Das Problem des Stotterns in der amerikanischen Fachliteratur. Die Sprachheilarbeit 2 (1964), S. 162—177.
Lay, T.: Stuttering: Training the therapists. Journal of Fluency Disorders 7 (1982), S. 63—69.
Leith, W. R.: Handbook of stuttering therapy for the school clinician. San Diego 1984.
Luper, H. L. (Hrsg.): Intervention with young stutterer. Journal of Childhood Communication Disorders 6 (1982), No 1 (Special Issue).
Luper, H. L., und Mulder, R. L.: Stuttering: Therapy for children. Englewood Cliffs 1964.
Marge, M.: The prevention of communication disorders. ASHA 26 (1984), S. 29—37.
McDearmont, J. R.: Primary stuttering at the onset of stuttering: A reexamination of data. Journal of Speech and Hearing Research 11 (1968), S. 631—637.
Meyers, S. C.: Stuttering/disfluency as a variable of mother-child interaction. Dallas 1983.
Motsch, H. J.: Stottern. In: H. Aschenbrenner und K. Rieder (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Praxis. Wien 1983, S. 88—134.
Murphy, A. T. (Hrsg.): Stuttering: Its prevention. Memphis 1962.
Nelson, L.: Language formulation related to disfluency and stuttering. Paper presented at the Conference on Evaluation of Disfluency, Prevention of Stuttering, and Management of Fluency Problems in Children. Evanston 1982.
Peins, M. (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston, Toronto 1984.
Perkins, W. H.: From psychoanalysis to discoordination. In: H. H. Gregory (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979, S. 97—128.
Perkins, W. H. (Hrsg.): Stuttering disorders. Current therapy of communication disorders. New York 1984.
Prins, D.: Continuity, fragmentation, and tension: Hypotheses applied to evaluation and intervention with preschool disfluent children. In: D. Prins und R. J. Ingham (Hrsg.): Treatment of stuttering in early childhood. Methods and issues. San Diego 1983. S. 41—42.
Prins, D., und Ingham, R. J. (Hrsg.): Treatment of stuttering in early childhood. Methods and issues. San Diego 1983.
Ragsdale, J. D., und Ashby, J. K.: Speech language pathologist's connotations of stuttering. Journal of Speech and Hearing Research 25 (1982), S. 75—80.
Riley, G. D., und Riley, J.: A component model for diagnosis and treating children who stutter. Journal of Fluency Disorders 4 (1979), S. 279—293.
Riley, G. D., und Riley, J.: Evaluating stuttering problems in children. Journal of Childhood Communication Disorders 6 (1982), S. 15—25.
Riley, G. D., und Riley, J.: Evaluation as a basis for intervention. In: D. Prins und R. J. Ingham (Hrsg.): Treatment of stuttering in early childhood. Methods and issues. San Diego 1983, S. 43—68.
Riley, G. D., und Riley, J.: A component model for treating stuttering in children. In: M. Peins (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston, Toronto 1984, S. 123—172.
Riley, G. D., und Riley, J.: Diagnosis and treatment of stuttering in children. A series of lectures at Medizinische Hochschule Hannover. August 2 and 3, 1985.
Rothe, K. C.: Das Entwicklungsstottern als sprachneurotischer Prozeß. Zeitschrift für pädagogische Psychologie, experimentelle Pädagogik und jugendkundliche Forschung 30 (1929), S. 565—569.
Rustin, L.: Early intervention in the treatment of stuttering. Nothern Ireland Speech Language Forum 8 (1982), S. 7—14.
Rustin, L., und Cook, F.: Intervention procedures for the disfluent child. In: P. Dalton (Hrsg.): Approaches to the treatment of stuttering. London 1983, S. 47—75.
Rustin, L., und Sturges, M.: The management of the young stammering child with parental involvement. Workshop at the Oxford Dysfluency Conference, Oxford 1985.
Ryan, B. P.: Programmed therapy for stuttering in children and adults. Springfield 1974.
Ryan, B. P., und van Kirk, B. A.: Monterey Sprechtrainingsprogramm. Palo Alto, Monterey Learning Systems 1982.

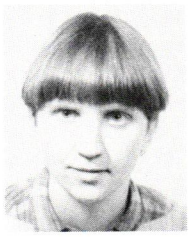
Schaar, E.: Zur Frühbehandlung des Stotterns — Ein Trainingsprogramm unter besonderer Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte. Inaug. Diss., Würzburg 1980.
Schulze, H.: Bedeutung von Elternvariablen in theoretischen und therapeutischen Konzepten des Stotterns bei Kindern. Forschungsbericht Nr. 2, Phoniatrische Ambulanz der Universität Ulm, Ulm 1984.
Schulze, H., und Johannsen, H. S.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Theorie, Diagnostik, Therapie. Phoniatrische Ambulanz der Universität Ulm, Ulm 1986.
Selmar, J. W.: The early identification and treatment of children with problems of non-fluency. Bulletin of the College of Speech Therapists, Februar 1981, S. 7—9.
Shames, G. H., und Florance, C. L.: Stutter-free speech: A goal for therapy. Columbus 1980.
Sheehan, J. G.: Current issues on stuttering and recovery. In: H. H. Gregory (Hrsg.): Controversies about stuttering therapy. Baltimore 1979, S. 175—208.
Shine, R. E.: Assessment and fluency training with the young stutterer. In: M. Peins (Hrsg.): Contemporary approaches in stuttering therapy. Boston, Mass. 1984, S. 173—216.
Shine, R. E.: Systematic Fluency Training for Young Children. Revised Edition. Tigard 1985.
Speech Foundation of America (Hrsg.): Stuttering therapy: Prevention and intervention with children. Memphis 1984.
Starkweather, C. W.: A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy. Seminars in Speech, Language and Hearing 1 (1980), S. 327—338.
St. Louis, K. O., und Lass, N. J.: A survey of communicative disorders students' attitudes toward stuttering. Journal of Fluency Disorders 6 (1981), S. 49—79.
Stocker, B.: The Stocker Probe Technique for diagnosis and treatment of stuttering in young children. Revised Edition, Tulsa 1980.
Stournaras, E. F.: A multicausal circular components model for the diagnosis and treatment of stuttering. Paper presented at the Oxford Dysfluency Conference, Oxford 1985.
Stromsta, C.: Elements of stuttering. Oshtemo 1986.
Van Riper, C.: The treatment of stuttering. Englewood Cliffs 1973.
Van Riper, C.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs 1982.
Van Riper, C.: Die Behandlung des Stotterns. Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., Solingen 1986.
Wall, M. J., und Myers, F. L.: A review of linguistic factors associated with early childhood stuttering. Journal of Communication Disorders 15 (1982), S. 441—449.
Wall, M. J., und Myers, F. L.: Clinical management of childhood stuttering. Baltimore 1984.
Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1975.
Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.
Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Weinheim 1980.
Williams, D.: Prevention of stuttering. In: W. H. Perkins (Hrsg.): Current therapy of communication disorders: Stuttering disorders. New York 1984, S. 21—27.
Wingate, M. E.: Stuttering theory and treatment. New York 1976.
Wittling, W., und Booth, J.: Stottern. In: W. Wittling (Hrsg.): Handbuch der klinischen Psychologie. Band 5: Therapie gestörten Verhaltens. Hamburg 1980, S. 85—138.
Yairi, E.: The onset of stuttering in two- and three-year-old children. A preliminary report. Journal of Speech and Hearing Disorders 48 (1983), S. 171—177.
Yairi, E., und Lewis, B.: Disfluencies at the onset of stuttering. Journal of Speech and Hearing Research 27 (1984), S. 154—159.
Zwitman, D. H.: The disfluent child. Baltimore 1978.

Anschrift der Verfasser:
Hartmut Schulze, Dipl.-Psychologe
Prof. Dr. Helge S. Johannsen
Phoniatrische Ambulanz
Universität Ulm
Frauensteige 14 a
7900 Ulm/Donau

Hartmut Schulze arbeitet als wissenschaftlicher Angestellter in der Phoniatrischen Ambulanz der Universität Ulm mit den Arbeitsschwerpunkten: Klinische Psychologie und Diagnostik; Stottern: Diagnostik, Therapie, Forschung und Lehre.

Helge S. Johannsen ist Phoniater und Pädaudiologe und Leiter der Phoniatrischen Ambulanz der Universität Ulm. Arbeitsschwerpunkte: Stimmstörungen, kindliche Sprachstörungen, Stottern.

Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 3, S. 109—119



Helga Kalkowski, Osnabrück

Therapeutische Aspekte im Klassenunterricht an der Schule für Sprachbehinderte — Erfahrungen aus dem Primarbereich[1]

Zusammenfassung

Ausgehend von den Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister für den Unterricht an der Schule für Sprachbehinderte werden Vorschläge zur Verknüpfung von Therapie und Klassenunterricht im Primarbereich entwickelt. Dabei wird ein Konzept *therapieorientierten Klassenunterrichts* vorgestellt, das der Unterrichtssprache des Lehrers und der Technik der »therapieorientierten indirekten Unterrichtsakte« einen besonderen Stellenwert zumißt. Beide Aspekte werden ausführlich dargestellt und anhand praktischer Beispiele konkretisiert. Abschließend wird über eine Unterrichtsreihe berichtet, in der das Gesamtkonzept erprobt und evaluiert wird.

[1] Dem Artikel liegt ein auf dem Mentorentag 1986 an der Universität Hannover gehaltener Vortrag zugrunde.

1. Problemstellung

Die Suche nach einer spezifischen Sprachbehindertendidaktik beschränkt sich noch weitgehend auf eine kontroverse Diskussion verschiedener Forschungsansätze (z. B. *Orthmann* 1977, *Braun* 1980, *Flehinghaus* 1981, *Holtz* et al. 1982) und erschöpft sich nicht selten in der Erörterung nomenklatorischer und definitorischer Probleme oder der Abgrenzung unterschiedlicher Therapiebegriffe. Andere Autoren (z. B. *Werner* 1972, *Resch* 1974, *Horsch* und *Werner* 1982, *Breckow* 1986) untersuchen, inwieweit sich bestehende Modelle und Theorieansätze auf die Sprachbehindertendidaktik übertragen lassen.

Eine Übereinstimmung im Sinne eines Minimalkonsenses scheint dabei nur über den

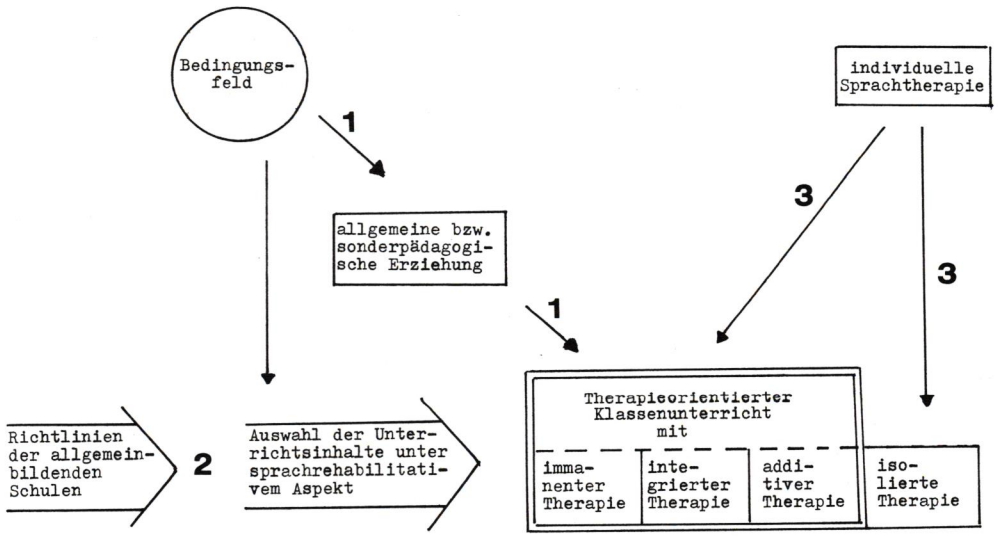


Abbildung 1: Verhältnis von Unterricht, Erziehung und Therapie an der Schule für Sprachbehinderte

spezifischen Aufgabenkanon der Schule für Sprachbehinderte — nämlich die Verknüpfung von Unterricht und Therapie — zu bestehen. Auch heute noch hat *Rothes* Forderung nach einer »vollständigen Verschmelzung« von Unterricht und Therapie (1929, S. 99) nichts von ihrer Aktualität und Brisanz eingebüßt; eine rein additive Aneinanderreihung beider Strukturelemente wird allgemein als unzureichend abgelehnt.

In den Beschlüssen der Kultusministerkonferenz heißt es zu diesem Problemkreis (*Ständige Konferenz der Kultusminister* 1981, S. 5):

»In der Schule für Sprachbehinderte lassen sich Erziehung, Unterricht und Sprachtherapie nicht voneinander trennen. Sie durchdringen sich ständig im Alltag der Schule.«

Das von mir vorgestellte Konzept *therapieorientierten Klassenunterrichts* greift die Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister auf und erweitert bzw. konkretisiert diese in einigen Punkten. Das auf Seite 109 abgedruckte Schaubild gibt Auskunft über das Verhältnis von Unterricht, Erziehung und Therapie, wie ich es für pädagogisch sinnvoll und wünschenswert halte.

Ad 1 (Erziehung):

Das spezifische Bedingungsfeld (institutionelle Rahmenbedingungen, Störungsbilder der Schüler) erfordert besondere sonderpädagogische Maßnahmen. Die Erziehung muß daher genau auf die Situation des sprachbehinderten Kindes zugeschnitten sein. »Sie hat zur Unterstützung der sprachheilpädagogischen Maßnahmen das Ziel, Mängel und Erschwernisse aufzuheben und Fehlhaltungen zu beseitigen oder wenigstens zu mindern« (*Ständige Konferenz der Kultusminister* 1981, S. 5).

Ad 2 (Unterricht):

In der Schule für Sprachbehinderte wird nach den Plänen für die allgemeinbildenden Schulen gearbeitet. Art und Auswirkung der jeweiligen Sprachbehinderung erfordern jedoch eine zusätzliche Auswahl und Strukturierung der Unterrichtsinhalte unter sprachrehabilitativen Aspekten.

Ad 3 (Therapie):

Beide Planungsstränge münden im *therapieorientierten Klassenunterricht,* der nach meiner Auffassung sowohl *immanente* als auch *integrierte* und *additive* Therapieformen umfassen sollte (Terminologie nach *Braun, Homburg* und *Teumer* 1980). Der Klassenunterricht wird durch *isolierte* Sprachtherapie mit einzelnen Schülern oder kleinen Schülergruppen ergänzt.

Es ist daher nach meiner Auffassung ein bedauerliches Politikum, daß in einigen Bundesländern (z. B. Niedersachsen) noch keine Richtlinien oder Stundentafeln für die Schule für Sprachbehinderte existieren, in denen die Einrichtung regelmäßiger Therapiestunden (räumlich und zeitlich vom Unterricht getrennt) fest verankert wäre. Unverständlich mutet auch der Tatbestand an, daß immer noch Therapiestunden wegen einer Unterversorgung von Schulen mit Lehrerstunden nicht eingerichtet werden können — und das auch an Schulen für Sprachbehinderte.

Nach diesem kurzen Versuch einer generellen Modellbildung möchte ich nun anhand von Beispielen aufzeigen, wie sich das oben skizzierte Konzept therapieorientierten Klassenunterrichts im Schulalltag realisieren und umsetzen läßt.

2. Überlegungen zur Unterrichtssprache des Sprachheillehrers

2.1. Allgemeine Grundsätze und Sprechregeln

Der Lehrer sollte im Umgang mit sprachgestörten bzw. -behinderten Kindern seine eigene Sprache als therapeutisches Mittel verstehen und durch sein sprachliches Vorbild Modellernen ermöglichen.

Dazu gehört nach meiner Auffassung:

- eine natürlich modulierte Sprache
- ein Sprechen in korrekten Sätzen mit reduzierter Komplexität
- eine klare, lautreine Artikulation
- eine Orientierung der eigenen Wortwahl am eingeschränkten Wortschatz vieler Schüler
- ein Vermeiden von Aufforderungsketten
- eine Einbeziehung außersprachlicher Sinnstützen (z. B. Gestik und Mimik)
- ein bewußtes Aufgreifen parasprachlicher Hinweisreize (z. B. Geschwindigkeit, Melodieverlauf, Tonhöhe, Akzentsetzung).

Eine umfassende Zusammenstellung logopädisch wirksamer verbaler Maßnahmen des Sprachheillehrers, geordnet nach Leitsymptomen unterschiedlicher Sprachstörungen, ist bei *Rauscher* (1980, S. 78 ff.) zu finden. Ich möchte an dieser Stelle einige dieser verbalen Maßnahmen auflisten; Auswahlkriterium ist die Einsetzbarkeit im Klassenunterricht.

Spracheinsatz bei Stotterern

Die Sprache des Sprachheillehrers sollte

— als Sprechhilfe dienen
— stottervermeidende Hilfen signalisieren
— zum Modell der Übungssprache werden.

Spracheinsatz bei Dysgrammatikern

Die Sprache des Sprachheillehrers sollte

— durch positive Reaktion auf Äußerungen der Schüler zum Reden motivieren
— ein generelles Perzeptionstraining unterstützen
— Muster für situations- und sachgerechtes Kommunikationsverhalten vorgeben
— Hilfen für die mnestische Verankerung von Sprachformen bereitstellen (z. B. durch gezielte Darbietung zu übender Muster, durch rhythmisches Sprechen, durch Muster präformierende Fragen).

Spracheinsatz bei Stammlern

Die Sprache des Sprachheillehrers sollte

— die Schüler zur Perzeption von Einzellauten anregen
— durch Vorgabe eines Modells der Übungssprache das Artikulationstraining unterstützen
— Anregungen zur auditiven Selbstkontrolle geben.

2.2. Korrektur- und Modelliertechniken

Speziell für die im Primarbereich sehr stark vertretene Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder halte ich es für wichtig, daß der Lehrer seine sprachlichen Äußerungen so optimiert, daß die Extraktion sprachlicher Regeln aus dem linguistischen Input erleichtert und eigenaktive Lernvorgänge bei den Schülern angeregt werden. Dazu können nach meiner Beobachtung insbesondere folgende allgemeine *Korrekturtechniken* einen Beitrag leisten:

— *Expansionen* (auch: *Erweiterungen, expandierende Imitationen*)

(Der Lehrer wiederholt die Schüleräußerung und fügt dabei fehlende Funktionswörter und grammatische Markierungen ein.)

Zum Beispiel: Sch: »Junge Auto spielen.« — L: »Ja, der Junge spielt mit dem Auto.«

— *Extensionen* (auch: *modeling*)

(Der Lehrer greift die Äußerungen eines Schülers semantisch auf und führt diese dabei weiter.)

Zum Beispiel: Sch: »Der Hund da in die Geschichte bellen.« — L: »Der Hund bellt, aber er beißt nicht.«

— *Linguistische Markierung* (auch: *parallel talking*)

(Der Lehrer versprachlicht eine Aktivität, die ein Schüler gerade ausführt.)

Jedem Lehrer aus der Unterrichtspraxis geläufig ist die Situation, daß er durch einen gezielten Stimulus eine genau festgelegte Zielantwort evozieren will, der Schüler aber grammatisch abweichend (z. B. elliptisch) antwortet. Um dennoch auf die erwünschte Zielantwort zu kommen, können nach meiner Erfahrung die sogenannten *»Interchange Techniques«* von *Lee* et al. hilfreich sein (zusammengestellt nach *Wagner* 1985, S. 125 ff.):

— *Reduzierte Wiederholung der Zielantwort (reduced model)*

(Der Lehrer wiederholt sogenannte kritische Elemente der Struktur.)

Zum Beispiel: Sch: »Die Kinder will Ball holen.« — L: »Wollen.«

— *Aufforderung zur Erweiterung (expansion request)*

(Der Lehrer fordert den Schüler auf, seine Äußerung zu ergänzen, gibt dabei aber kein korrektes Modell vor.)

Zum Beispiel: L: »Sag mir das Ganze! Sag mir etwas mehr!«

— *Wiederholung des Fehlers (repetition of error)*

(Der Lehrer wiederholt die fehlerhafte Antwort des Kindes und hebt dessen Fehler durch fragenden Gesichtsausdruck oder entsprechende Intonation besonders hervor.)

Anmerkung: Diese Technik ist nach meiner Erfahrung nur bei älteren oder therapieerfahrenen Schülern einsetzbar, die ihren eigenen Fehler nicht als Modell mißverstehen und imitieren.

— *Aufforderung zur Selbstkorrektur (self-correction request)*

(Der Lehrer fragt das Kind, ob seine Antwort richtig oder falsch ist. Das Kind korrigiert sich, wenn nötig.)

Anmerkung: Diese Technik ist nach meiner Beobachtung besonders geeignet, um korrekte Antworten zu stabilisieren.

Häufig bleibt dem Lehrer als letztes Mittel nur, die Stimulusfrage zu wiederholen oder in veränderter Form neu zu stellen. Dabei kann eventuell die von *Crystal* et al. (1976, S. 120 ff.) entwickelte Fragetechnik der *FA-Fragen* eingesetzt werden. Diese sind nach dem Grundmuster »Ist es X oder Y?« aufgebaut und auf unterschiedlichen grammatischen Produktionsniveaus anwendbar.

— *FA-Fragen (forced alternative)*

(Der Lehrer gibt dem Schüler zwei Modelle vor, von denen er eines nach den sachlichen Gegebenheiten auswählen und sprachlich realisieren muß.)

Zum Beispiel: Sch: »Der Magnet zieht Radiergummis weg.« — L: »Was ist richtig: Der Magnet zieht Radiergummis an, oder der Magnet stößt Radiergummis ab?«

3. *Therapieorientierte indirekte Unterrichtsakte*

3.1. Definition

Dannenbauer und *Dirnberger* (1981, S. 323) bezeichnen mit diesem Begriff individuell und gezielt einsetzbare therapeutische Maßnahmen, die an den Unterrichtsinhalten ansetzen und »gewisse Aspekte der Unterrichtsstruktur zur verstärkten kognitiven, funktionellen, sensorischen, motorischen, sprachlich-kommunikativen Aktivität und Stimulation« ausnutzen. Sie erläutern ihre Technik anhand einer Reihe praktischer Beispiele, die ich im folgenden aufgreifen, systematisieren und durch eigene Unterrichtserfahrungen erweitern möchte.

Dabei ist es mir ein Anliegen, die Bandbreite dieser Technik herauszuarbeiten. Therapieorientierte indirekte Unterrichtsakte sind auf allen sprachlichen Strukturebenen plan- und einsetzbar und können somit zu einer umfassenden sprachlichen Förderung von Schülern beitragen. Zu Gliederungszwecken habe ich im folgenden fünf mögliche *Anwendungsbereiche* voneinander abgegrenzt:

3.2. Beispiele für die basale Wahrnehmungsebene

— Verwendung von visuellen bzw. akustischen Signalen (z. B. für wiederkehrende Unterrichtsabschnitte oder Arbeitsanweisungen)
— Aufmerksamkeitsfokussierung durch Aufdecken von Bildern in Etappen
— Einbeziehung von Hörbildern (z. B. in Form von Hörrätseln oder Geräuschgeschichten)
— Ertasten von Gegenständen und Gegenstandsmerkmalen (besonders im Kunst- und Werkunterricht)
— Aufgreifen tachistoskopischer Darstellungsformen auf dem Overhead-Projektor (z. B. Mengenbilder im Mathematikunterricht, Wortbilder im Rechtschreibunterricht)
— Einbeziehung von Nachahmungs- und Darstellungsspielen (besonders in der musikalisch-rhythmischen Erziehung)
— Lautieren bzw. silbenweises Sprechen von Hinweiswörtern (z. B. bei der Erarbeitung von Begriffen)
— spielerisches Aufrufen einzelner Schüler (z. B. Anfangsbuchstaben des Namens vorgeben, Namen flüstern, Namen in Rufterzen singen, Namen klatschen, Schüler anblinzeln).

3.3. Beispiele für die phonetisch-phonologische Ebene

— Einbeziehung von Funktionsspielen (z. B. im Rahmen einer Buchstabeneinführung oder Erzählgeschichte)
— Aufgreifen therapeutischer Sprechhilfen (z. B. Schattensprechen, fraktioniertes Sprechen, metronomes Sprechen, melodisches Sprechen, Legato-Sprechen, chorisches Sprechen)
— Einsatz von Handspiegeln zur Kontrolle von Lautbildungen (nur für Laute des 1. Artikulationsgebietes)
— Einbeziehung von Lautgebärden (möglichst nach artikulatorischen Gesichtspunkten ausgewählt)
— Arbeit mit Sprechbewegungsbildern (nur für stark kontrastierende Laute)
— Aufgreifen von Flüsterspielen (z. B. Flüsterkette, Auf- und Abschwellen, phonationsloses Artikulieren kurzer Liedtexte oder Abzählreime)
— Technik des Unisono-Lesens (sowohl mit anderen Schülern als auch mit dem Lehrer)
— Einbringen von Sprach- und Sprechspielen (Zungenbrecher, Nonsensverse, Abzählreime, Lieder).

3.4. Beispiele für die lexikalisch-semantische Ebene

- Anlegen eines Vokabelheftes mit dem erarbeiteten Grundwortschatz
- spielerischer Umgang mit Wortreihen, Wortfamilien und Wortfeldern
- silbenweises Klatschen, Klopfen und Taktieren von Wörtern
- Arbeit mit Satzreihen (besonders im Sach- und Mathematikunterricht)
- Einbringen von Sprachverfügbarkeits- und Assoziationsspielen (z. B. Rechtschreibgalgen, Teekesselchen, Kreuzworträtsel usw.)
- Ordnen nach Oberbegriffen, Antonymen usw. (z. B. beim Einkaufsspiel).

3.5. Beispiele für die morphologisch-syntaktische Ebene

- Verwendung sprachlich konstanter Muster in sich wiederholenden Unterrichtsabschnitten (z. B. Begrüßung, Gruppenbildung, Materialverteilung, Hausaufgabenansage usw.)
- Arbeit mit Analogiebildungen
- Rhythmisierung von Sprache durch Schwungbewegungen (z. B. Schwungsprüchlein beim Erstschreiben)
- Vorgabe von Satzanfängen
- Zusammenfassung erarbeiteter Sachverhalte in kurzen Merksätzen (besonders im Sachunterricht)
- Einbeziehung topischer Hilfen zur Kennzeichnung der Reihenfolge der Satzelemente (z. B. Stecken von Sätzen in Steckleisten)
- besondere Markierung schwieriger grammatischer Endungen (z. B. durch Unterstreichen, durch Einkreisen, durch Silbenbögen, durch besondere Farbgebung)
- Einführung fester Symbole für häufig vorkommende Funktionswörter (z. B. Artikel, Präpositionen, Pronomina).

3.6. Beispiele für die kommunikativ-pragmatische Ebene

- Einrichtung eines regelmäßigen Erzählkreises (z. B. gegenseitige Vorstellung von Kinderbüchern)
- häufiges Aufgreifen von Ratespielen (als Motivationshilfe oder Sprechanlaß)
- Schaffen von Mitteilungsanlässen (z. B. Weitergabe von Informationen an andere Schulklassen oder Lehrer, Besprechen einer Kassette mit einem Lesetext für einen abwesenden Schüler)
- Arbeit mit Sprechversen (z. B. als mnemotechnische Hilfe beim Schreibenlernen von Buchstaben und Ziffern)
- Schaffen von Vermutungssituationen (z. B. durch Abbrechen einer Erzählung vor deren Schluß, durch Vorgabe von Geräuschsequenzen, durch Bilderrätsel usw.)
- Arbeit mit Rollenspielen (zur Simulation alltäglicher Kommunikationsmuster)
- Organisation von Unterrichtsgängen zu Dienstleistungsbetrieben, in der näheren Schulumgebung (Einholen von Informationen)
- Befragung anderer Schulklassen zu anstehenden schulischen Problemen.

4. Darstellung einer therapieorientierten Unterrichtsreihe

4.1. Zielsetzung und Inhalt

Die folgenden Ausführungen sollen beispielhaft verdeutlichen, wie die zuvor dargestellten Techniken und Grundsätze auch bei der Planung längerer Unterrichtssequenzen einfließen können.

Vorgestellt wird eine Unterrichtsreihe über das englische Volksmärchen von den drei kleinen Schweinchen, die ich im Rahmen meiner 2. Staatsexamensarbeit für ein 2. Schuljahr (Schule für Sprachbehinderte) geplant und mit einer Gruppe von zum Teil sprachentwicklungsbehinderten Schülern durchgeführt habe (*Kalkowski* 1984).

Die Unterrichtsreihe verfolgt sowohl fachimmanente als auch sprachtherapeutische Zielsetzungen. Bei ihrer Planung habe ich besonderen Wert auf die sprachliche Bearbeitung des Märchentextes gelegt. Es war mir wichtig, den Text so zu vereinfachen, daß auch Schüler mit hochgradigem Sprachentwicklungsrückstand die darin enthaltenen Sprachstrukturen reproduzieren und eventuell später in ihren aktiven Sprachgebrauch übernehmen konnten. Die Schüler sollten Textteile sprachlich, musisch und spielerisch gestalten können. Außerdem wollte ich der Frage nachgehen, ob verschiedene Formen der Textbearbeitung (Reim, Lied, Satzreihung) einen Einfluß auf das Einprägen des Textes haben oder für sprachbehinderte Schüler besondere Hilfen beinhalten.

Im einzelnen hinweisen möchte ich auf folgende *sprachliche Besonderheiten* meiner Märchenfassung:

— Auflösung komplizierter syntaktischer Gefüge in einfach strukturierte Hauptsätze (durchschnittlich sieben Wörter)
— Aufgreifen analog gebildeter Sätze, die sich nur in einem sinntragenden Wort unterscheiden
— weitgehender Verzicht auf für die Schüler nur schwer verständliche deiktische Elemente (z. B. Wiederholung des Nomens an Stelle eines Pronomens)
— Einbeziehung von Metaphern (z. B. Schweinchen: »Bei den Borsten auf dem Bein, ich laß dich nicht zu mir herein.«)
— Unterscheidung von Sprechtexten und Erzählpassagen durch unterschiedliche Tempuswahl (Präsens bzw. Imperfekt)
— Verwendung von Onomatopoiesis (z. B. »hihi« als Ausruf des Lachens)
— häufiges Aufgreifen von wörtlicher Rede, die die Schüler zum Mitsprechen motivieren soll
— wiederholte Einbeziehung von Sprechversen und Reimen mit strengem metrischen Schema

(z. B.: »Er hustet und prustet,
er pustet voller Kraft.
Er strampelt und trampelt,
er hat es nicht geschafft.
Das Steinhaus bleibt stehn,
der Wolf muß nun gehn.«)

Die Handlung des Märchens läßt sich in drei Hauptteile untergliedern, bei deren Benennung ich auf ein literaturdidaktisches Schema von *Dehn* (1981, S. 10) zurückgreife:

Problem: Eine Schweinemutter teilt ihren drei Kindern mit, daß ihr Haus zu klein geworden sei und sie sich ein eigenes bauen müßten.

Handlung: Die drei Schweinchen ziehen in die Welt hinaus. Sie trennen sich an einer Wegkreuzung und begegnen nacheinander drei Männern, die ihnen unterschiedliche Materialien (Stroh, Reisig, Stein) für den Hausbau überlassen. Ein Wolf entdeckt die fertigen Häuser aus Stroh und Reisig und zerstört diese. Die beiden Schweinchen fliehen ins Steinhaus.

Lösung: Das Haus aus Stein hält den Zerstörungsversuchen des Wolfs stand. Den drei Schweinchen gelingt es durch List und Tücke, die Überrumpelungsversuche des Wolfs abzuwehren und den Wolf zu töten.

4.2. Theoretischer Bezugsrahmen

Der Unterrichtsreihe habe ich einen dreigliedrigen Stufenaufbau (nach *Scheller* 1981) zugrunde gelegt, der sich vereinfacht wie folgt darstellen läßt:

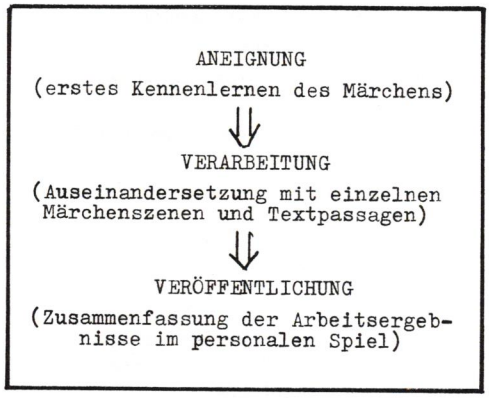


Abbildung 2: Grobstruktur der Unterrichtsreihe nach Scheller (1981)

Bei der didaktischen Strukturierung der Unterrichtseinheit habe ich das sogenannte *Hamburger Modell* (auch: *Lehrtheoretische Didaktik*) von W. *Schulz* (1983) aufgegriffen. Ich werde im Rahmen dieses Artikels ausschließlich die Planungsentscheidungen erläutern, die unmittelbar therapeutische Relevanz haben:

Allgemeine Ausgangslage
(hier: Sprachstörungen im Überblick)

Die sprachlichen Beeinträchtigungen der 14 Schüler reichten von Sprachentwicklungsstörungen über funktionelle bis zu psychoreaktiven Störungen. Der Prozentsatz von Kindern mit hochgradigen Sprachentwicklungsrückständen war extrem hoch.

Unterrichtsziele
(hier: sprachtherapeutische Intentionen)

— Festigung, Erweiterung und Anwendung des Grundwortschatzes
— Abbau von Sprechhemmungen und Sprechblockaden
— Einüben und Einschleifen einfacher Satzmuster
— Bewußtmachung und Korrektur von Fehlrealisationen einzelner Phoneme
— Abbau von Stimm- und Atemstörungen
— Erhöhung der auditiven Merk- und Gliederungsfähigkeit
— Verbesserung von Sprechflüssigkeit und Rhythmusgefühl
— Verdeutlichung der kommunikativen Funktion von Sprache.

Vermittlungsvariablen
(hier: therapeutische Methoden und Medien)

Die für die Unterrichtsreihe relevanten Therapiemethoden habe ich oben vorgestellt. Ergänzend erwähnen möchte ich die Übungsformen des

- Sprechzeichnens (nach *Seyd* 1972)
- rhythmisch-schwungvollen Sprechens mit begleitender Handbewegung (nach *Richter* und *Wertenbroch* 1979)
- Atemstaccatos auf emotional betonten Silben (nach *Hartig* und *Werner* 1974).

Primär sprachtherapeutische Zielsetzungen habe ich außerdem mit dem Einsatz folgender Medien verfolgt:

- Bilder und Dias (als Anschauungs- und Gliederungshilfe für Schüler mit Sprachverständnisstörungen)
- Kassettenrecorder, s-Indikator, Language-Master (als Hilfsmittel zum Aufbau eines auditiven und propriozeptiven Feedbacksystems im Sinne des kybernetischen Modells der Sprachlauterlernung von *Van Riper* und *Irwin* [1976])
- Flanelltafelmaterial (zur Veranschaulichung von Stellungsregeln und morphologischen Besonderheiten).

Erfolgskontrollen

Primäres Kontrollmittel für den Lernerfolg waren kleine szenische Spiele bzw. Kassettenaufnahmen, bei denen die Schüler die zuvor erarbeiteten Texte anwenden konnten. Die zusätzlich eingesetzten schriftlichen Erfolgskontrollen (Arbeitsblätter, Lückentexte, Karteikarten, Abschreibaufgaben) bleiben an dieser Stelle unberücksichtigt, da sie die Überprüfung fachimmanenter Zielsetzungen intendierten.

4.3. Darstellung ausgewählter Einzelstunden

Therapieorientierte indirekte Unterrichtsakte kommen vor allem in den sechs Erarbeitungsstunden der 2. Phase der Unterrichtsreihe (siehe Abbildung 2) zum Tragen. Die Themen dieser Stunden lauten:

1. Std.: Wortschatzarbeit an sechs Begriffen
2. Std.: Erarbeitung dreier analoger Märchendialoge
3. Std.: Sprechzeichnen zu einem Märchendialog
4. Std.: sprachliche Durchgliederung eines Sprechverses
5. Std.: vokale und instrumentale Erarbeitung eines Liedes
6. Std.: Erarbeitung eines Tanzspiels.

Die Stunden lassen sich den Fächern Deutsch, Sachunterricht, Sprachtherapie, Musik und Sport zuordnen und sind in Aufbau, Methodik und Auswahl therapieorientierter indirekter Unterrichtsakte unterschiedlich angelegt. Beispielhaft herausgreifen möchte ich an dieser Stelle nur die 2. und 5. Stunde (vgl. Abbildungen 3 und 4).[2]

4.4. Zusammenfassung und Ausblick

Im Rückblick auf Erwartungen und Fragestellungen an die Unterrichtsreihe und die formulierten Zielsetzungen komme ich zu folgendem Resümee:

Das Reihenziel konnte im wesentlichen erreicht werden. Die Schüler zeigten sich von dem Märchen sehr angesprochen, konnten dieses altersgemäß gestalten und äußerten von sich aus den Wunsch, das Märchen als Laienspiel bei einer Schulfeier vorzuführen.

Den Erfolg der Unterrichtsreihe führe ich nicht zuletzt auf die therapieorientierte Vorgehensweise verbunden mit der Elementarisierung des Textes zurück. Durch das Ansprechen unterschiedlicher Dimensionen (Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen, Handeln, Fühlen) wurden sowohl die inhaltliche Erfassung des Textes als auch dessen sprachliche Umsetzung unterstützt. Am besten prägten sich den Schülern die in Versform geschriebenen Texte ein; daneben wurden besonders die mit Rhythmisierungs- und Bewegungshilfen erarbeiteten Textstellen flüssig und sicher reproduziert. Schwierigkeiten traten dagegen — wie zu erwarten — bei den unverbundenen Satzreihungen und reinen Erzählpassagen auf.

Mir selbst hat diese Reihe Mut gemacht, im engeren Sinne therapeutische Methoden eklektisch in den Klassenunterricht einzubeziehen und verstärkt mit Elementen aus der rhythmisch-musikalischen Erziehung zu arbeiten. Daneben ist mir erneut die Notwen-

[2] Alle weiteren Verlaufsplanungen, die Liedtexte und deren Instrumentierung sind auf Nachfrage bei der Autorin erhältlich.

2. Stunde

FACH: Deutsch

THEMA: Erarbeitung dreier analoger Märchendialoge

TEXTBEISPIEL: Da bat das Schwein:

"Bitte, lieber Mann!
Gib mir von deinem Stroh!
Ich will mir ein Haus daraus bauen."

Der Mann aber antwortete:

"Gib mir erst von deinen Borsten!
Ich will mir eine Bürste daraus machen."

& = integrativ
+ = additiv

Anleitung zu Eigen- und Fremdhören	&	Schüler mit eingeschränkter Hörmerkspanne
Sch versuchen anhand eines Bildes, den Wortlaut des ersten Dialogs aus der Erinnerung wiederzugeben. L spielt den Originaltext auf einer Kassette ab. Sch vergleichen den Originaltext mit ihren eigenen Textversionen.		
auditives Feedback		Kassette mit Märchendialog, Märchenbild

Satzmustertraining (Imperativ)	&	Dysgrammatiker
Sch setzen Bildkarten in einen vorbereiteten Lückentext zu den Dialogen ein. L ergänzt die Wörter 'deinem' und 'deinen'.		
Markierung bedeutungsunterscheidender Wörter/ sinnentnehmendes Lesen		Flanelltafel, Wortkarten, Bildkarten (von Borsten, Bürste, Reisig, Stroh und Steinen)

deutliche Artikulation/ Förderung der Sprechflüssigkeit	&	Schüler mit Artikulationsstörungen/Polterer/Stotterer
Sch lesen den Text mehrfach (laut, leise, flüsternd, chorisch, metronom, unisono mit L etc.) und betonen dabei besonders die bildlich dargestellten Wörter und die farbig markierten Endungen bei 'deinem' und 'deinen'.		
Einsatz von Veranschaulichungshilfen		Flanelltafel mit Dialogtext

Erleben der Dialogfunktion von Sprache	&	Schüler mit SER
Jeweils 2 Sch spielen eine der drei Szenen nach, die sie anhand vorgegebener Spielrequisiten in einem Ratespiel zunächst erkennen müssen.		
szenisches Spiel als Übungsmittel		Spielrequisiten, Dialogtext

Abbildung 3: Verlaufsplanung für die 2. Stunde

5.Stunde

FACH: Musik

THEMA: vokale und instrumentale Erarbeitung einer Liedstrophe

SPIELLIED: "Lied der drei kleinen Schweinchen"
(Bearbeitung und Begleitsatz von der Autorin)

LIEDTEXT: westermann texte deutsch 2 (1976, S. 108 f.)

MELODIE: 'Dornröschen war ein schönes Kind'

Schulung des Sprachverständnisses/Wortdurchgliederungsübung	&	Schüler mit Wortdurchgliederungsschwächen
Sch lesen den Liedtext laut vor (flüstern den Text, artikulieren ihn phonationslos) und deuten dabei die unterstrichenen Wörter durch entsprechende Gesten an.		
Gestik als Sinnstütze		Tafelanschrieb

↓

Schulung des Rhythmusgefühls	&	Polterer/Schüler mit SER
L rhythmisiert den Text durch Schlagen auf eine Schellentrommel. Sch klopfen dazu leise in die Handflächen (auf die Bänke, auf leere Joghurtbecher).		
Rhythmisierung durch Schlagen		Schellentrommel, Joghurtbecher

↓

Stimmhygiene	&	Schüler mit Stimmstörungen
L spielt die Melodie des Lieds auf dem Klavier vor. Sch summen zunächst mit und setzen nach und nach in den Gesang ein.		
Nasale Summen		Klavier, Liedtext

↓

Synchronisation von In- und Exspiration	+	Stotterer/Schüler mit Stimmstörungen
L und Sch sprechen die Silben 'hihi' bzw. 'heihei' auf jeweils einen Atemschub. L gibt das Tempo mit der Schellentrommel vor.		
Atemstaccato auf emotional betonten Silben		Schellentrommel

↓

Hörtraining	&	Sch mit Diskriminationsschwächen
Sch erhalten nach und nach ihre Instrumente und ein für sie spezifisches Arbeitsblatt mit dem Liedtext. Sch begleiten das Lied, indem sie bei den unterstrichenen Wörtern auf dem Blatt ihr Instrument einsetzen.		
Diskriminationsübung		Orff-Instrumentarium, Arbeitsblätter

Abbildung 4: Verlaufsplanung für die 5. Stunde

digkeit bewußt geworden, auf mein eigenes Sprachverhalten als Lehrer zu achten und Sprache nicht nur als Unterrichtsmedium, sondern auch als therapeutisches Mittel einzusetzen.

Bei der praktischen Durchführung dieser und ähnlich konzipierter Unterrichtssequenzen ist mir jedoch auch die Bedeutung institutioneller Bedingungen für die Effizienz des dargestellten Konzeptes deutlich geworden. Ein sinnvolles Arbeiten mit therapieorientierten Arbeitsformen im Klassenunterricht ist nach meiner Auffassung zwingend an kleine Schülergruppen, regelmäßig stattfindende Therapiestunden und konstante Lehrpersonen gebunden.

Ich möchte daher abschließend an die zuständigen Behörden appellieren, den pädagogischen Notwendigkeiten folgend die Rahmenbedingungen für das pädagogische Arbeiten mit sprachgestörten Kindern zu verbessern und das pädagogische Engagement vieler Lehrer nicht von vornherein zum Scheitern zu verurteilen.

Literatur

Braun, O.: Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht der Schule für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 135—142.

Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 1—17.

Breckow, Jutta: Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte. Die Sprachheilarbeit 31 (1986), S. 133—140.

Crystal, D., Fletcher, P., und Garman, M.: The Grammatical Analysis of Language Disability. A Procedure for Assessment and Remediation. London 1976.

Dannenbauer, F. M., und Dirnberger, W.: Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte — Kriterien und Realisationsmöglichkeiten für die Grundstufe. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 313—325.

Dehn, Mechthild: Das Märchen als Lernmodell. Praxis Deutsch 47 (1981), S. 7—15.

Flehinghaus, K. H.: Zum Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik und didaktische Prinzipien des Unterrichts an Schulen für Sprachbehinderte. In: Heese, G., und Reinartz, A. (Hrsg.): Aktuelle Beiträge zur Sprachbehindertenpädagogik. Berlin 1981, S. 3—15.

Hartig, H., und Werner, L.: Biokybernetisches Übungskompendium zur Stottertherapie. Karlsruhe ^{2}1974.

Holtz, A.: Therapeutischer Unterricht — didaktisches Gütezeichen oder pädagogischer Ausverkauf? Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 66—76.

Horsch, Ursula, und Werner, L.: Kommunikationstheoretische Überlegungen zur Therapieimmanenz bei sprachbehinderten Schülern. Die Sprachheilarbeit 27 (1982), S. 138—148.

Kalkowski, Helga: Mehrdimensionale Sprachförderung durch Organisation sprachtherapeutisch wirksamer Unterrichtssituationen bei der Erarbeitung und musischen Gestaltung eines Volksmärchens. Unveröffentlichte Examensarbeit. Bielefeld 1984.

Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 37—49.

Rauscher, Adelgunde: Zur Theorie und Praxis der Unterrichtssprache des Sprachheillehrers. Hrsg. von der dgs-Landesgruppe Bayern. Nürnberg 1980.

Resch, D.: Der Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte unter therapeutischem Aspekt. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 15—20.

Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg 1979.

Rothe, K. C.: Die Umerziehung. Halle a. d. Saale 1929.

Scheller, J.: Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie. Königstein/Ts. 1981.

Schulz, W.: Die lehrtheoretische Didaktik. In: Gudjons, H., et al. (Hrsg.): Westermanns Pädagogische Beiträge — Didaktische Theorien. Braunschweig ^{2}1983, S. 29—45.

Seyd, Waltraud: Sprache und Bewegung. Villingen 1972.

Ständige Konferenz der Kultusminister (Hrsg.): Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte. Neuwied 1981.

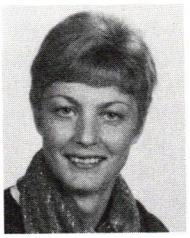
Van Riper, Ch., und Irwin, J. V.: Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung. Berlin ^{2}1976.

Wagner, I.: Darstellung der Diagnostik und Therapie des Dysgrammatismus anhand eines Fallbeispiels unter Verwendung des interaktiven Sprachentwicklungstrainings. In: dgs-Landesgruppe Baden-Württemberg (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Ravensburg 1985, S. 112—132.
Werner, L.: Zur Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in das Planungsmodell für Unterricht der Berliner Schule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972), S. 87—92.

Anschrift der Verfasserin:
Helga Kalkowski
Am Grewenkamp 1
4500 Osnabrück

Helga Kalkowski ist als Sonderschullehrerin an einer Schule für Sprachbehinderte in Osnabrück tätig. Sie arbeitet nebenamtlich als Lehrbeauftragte an der Universität Hannover und beschäftigt sich dort vorwiegend mit didaktischen Problemen des Unterrichts an der Schule für Sprachbehinderte.

Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 3, S. 119—128



Jutta Breckow, Köln

Zusammenarbeit mit Eltern von sprachbehinderten Kindern im Früh- und Elementarbereich

Zusammenfassung

Es werden Überlegungen angestellt, welche Möglichkeiten und Grenzen die Zusammenarbeit mit Eltern sprachbehinderter oder sprachgestörter Kinder im Früh- und Elementarbereich hat. Dann wird ein Konzept dargestellt, das Sprachtherapie und Elternarbeit verbindet und den kommunikativen Austausch zwischen den beteiligten Personen in den Mittelpunkt rückt. Der Austausch soll zur Aneignung von sprachlichen Fähigkeiten und zur allgemeinen Entwicklung beim Kind führen. Er soll zur Aneignung von bestimmtem Zielverhalten und Entwicklung neuen Verhaltensrepertoires der Eltern führen. Er soll zur Aneignung von Kenntnissen über Kind und Eltern und zur Entwicklung einer individuellen Sprachtherapie beim Therapeuten führen. An einem Fallbeispiel wird konkret gezeigt, wie ein solcher Austausch vor sich gehen kann.

1. Bestandsaufnahme

Die Aufgaben der Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden erstrecken sich schwerpunktmäßig auf die Bereiche Diagnose, Therapie und Beratung. Besonders im Früh- und Elementarbereich ist die Elternberatung und die Zusammenarbeit mit ihnen ganz entscheidend für die erfolgreiche Arbeit (*Braun, Homburg* und *Teumer* 1982).

Sie ist jedoch — besonders für Berufsanfänger — mit einigen Problemen behaftet. Das hat folgende Gründe:

1. In der Ausbildung hat bisher gegenüber den anderen beiden genannten Bereichen auf dem Gebiet der Beratung ein geringeres Angebot stattgefunden.
2. Die Einstellung auf unterschiedliches Bildungsniveau von Eltern fällt schwer, besonders wenn sie ein geringes Verstehensvermögen gegenüber differenzierten Ausführungen über Sprachvermittlungsprozesse zeigen.
3. Die Rolle, die der Sprachheilpädagoge[1] gegenüber den Eltern einnehmen soll, ist nicht einfach zu bewältigen, da er auf der einen Seite ein Partner sein soll, der nicht bes-

[1] Unter Sprachheilpädagogik wird verstanden: »Theorie und Praxis der Therapie von Sprachstörungen mit pädagogischen Mitteln« (*Knura* 1980, S. 3). Dieser Begriff wird von mir synonym zum Begriff Logopädie gebraucht. Der Sprachheilpädagoge ist in der Logopädie tätig.

serwisserisch auftritt, auf der anderen Seite aber in der Lage sein soll, die Kommunikationsstrukturen zwischen Eltern und Kind zu erkennen und verändern zu helfen. Das geht nicht ohne das Wissen, was wie verändert werden kann.

4. Der Grenzbereich zwischen den Einwirkungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten von Pädagogen und Psychotherapeuten ist fließend. Die Entscheidung, ob die eigene Kompetenz überschritten wird, bedingt nicht nur eine grundsätzliche Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit, sondern auch Kenntnis und Kontakt zu den psychosozialen Beratungsstellen der jeweiligen Region.

Um diese Probleme bewältigen zu können, muß der Sprachheilpädagoge sich über seine eigene Beziehung zum sprachbehinderten oder sprachgestörten Kind und zu dessen Eltern genauso klar werden wie über die Beziehung zwischen Kind und Eltern. Er muß seine Einwirkungsmöglichkeiten auf die Kommunikationsprozesse des Kindes mit seiner Umwelt (speziell den Eltern) kennen und richtig einschätzen können. Zur Unterstützung eines solchen Klärungsprozesses soll hier ein Vorschlag aufgezeigt werden, wie Elternarbeit durchgeführt werden könnte.

2. *Darstellung grundsätzlicher Überlegungen zur Elternarbeit*

2.1. Auseinandersetzung mit Möglichkeiten und Grenzen

Die Gestaltung und der Erfolg der Elternarbeit hängen von den Voraussetzungen ab, die der Therapeut[2] mitbringt, von der Einstellung der Eltern, von der Beziehung der beteiligten Personen (Eltern, sprachgestörtes Kind und Therapeut) zueinander und von den situativen Bedingungen, unter denen die therapeutische Arbeit geleistet werden muß.

2.1.1. Der Therapeut

Die Ausrüstung des Therapeuten besteht nicht nur in den Kenntnissen, die er in Aus- und eventuell in Fortbildung erworben hat, Kenntnisse etwa über Konzepte von Elternberatung und möglichen Interventionen, seine Ausrüstung ist ebenso geprägt durch die Erfahrungen, die er bereits im Umgang mit Eltern gemacht hat. Sie bestimmen seine Erwartungen im Hinblick auf das, was machbar ist oder nicht. Weiterhin sind Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten von entscheidender Bedeutung. Vergleichende Beobachtungen von Menschen, die erfolgreich oder ungünstig auf andere Menschen einwirken, »erbrachten einheitlich, daß für die unterschiedliche Gestaltung von Veränderungsprozessen spezifische Personencharakteristika verantwortlich sind« (*Minsel* 1976, S. 128). Welche Persönlichkeitsmerkmale sich positiv im Beratungsprozeß auswirken, zeigt *Minsel* in der Tabelle in Abbildung 1.

Angesichts einer solchen Aufstellung sollte nochmals betont werden, daß diese Merkmale nicht für sich zu betrachten sind, sondern daß sie eine Rolle spielen für die Beziehung zwischen Berater und zu Beratendem, die von vielen anderen Faktoren bestimmt wird. Sich über diese Beziehung klar zu werden, ist eine entscheidende Aufgabe des Therapeuten. Dabei kann jedoch sein Anspruch an sich selbst so hoch angesetzt sein (nicht zuletzt hervorgerufen durch Auf-

[2] »Therapeut« steht für Sprachheilpädagogen, Logopäden und Sprachtherapeuten männlichen und weiblichen Geschlechts.

Psychologischer Bereich	In hohem Ausmaß vorhandene persönliche Charakteristika
Sensorik	aufmerksam, differenzierte und genaue Wahrnehmung, Feldunabhängigkeit
Kognition	sprachliche und gedankliche Flexibilität, breites Wissen, gutes Organisieren und Analysieren komplexer Sachverhalte, Lernbereitschaft
Emotion	Wertschätzung gegenüber sich selbst, emotional offen, ausgeglichen, emotional stabil
Verhalten	ruhig, interessiert, freundlich, mitmenschlich-warm, unabhängig, hört zu, hält sich zurück

Abbildung 1: Auswahl an Charakteristika eines erfolgreichen Beraters (aus: Minsel 1976, S. 129)

stellungen, wie sie von *Minsel* gemacht wurden), daß Barrieren entstehen, überhaupt Elternarbeit durchzuführen. Die Rolle, die der Therapeut im Beratungsprozeß spielen soll und will, muß in Einklang gebracht werden mit der Rolle, die er von seinen Voraussetzungen her spielen kann. Es wurde schon aufgezeigt, in welchem Zwiespalt sich der Therapeut dabei befinden kann: Er soll offen sein und partnerschaftlich mit den Eltern zusammenarbeiten. Er soll aber auch wissen, wie das Verhalten der Eltern ihrem Kind gegenüber verbessert werden kann, ohne aber besserwisserisch zu wirken. Um dabei den richtigen Weg zu finden, braucht er Rückmeldungen darüber, wie er auf die Eltern und auch auf das Kind wirkt. Dazu muß er Sensibilität entwickeln für die Kommunikationsprozesse zwischen ihm und den Eltern besonders hinsichtlich der Kreisprozesse auf der Beziehungsebene (*Watzlawick* et al. 1980). Hilfreich kann dabei die Konservierung von kommunikativen Interaktionen (per Tonband- oder Videoaufnahmen) sein. Aus der zeitlichen Distanz und ohne Situationsdruck lassen sich solche Prozesse deutlicher erkennen.

2.1.2. Die Eltern

Auch die Ausrüstung der Eltern und ihre Einschätzung durch den Therapeuten ist für den Erfolg der Zusammenarbeit von Bedeutung. Diese Ausrüstung wird weniger in bestimmten Kenntnissen bestehen als in Möglichkeiten, die vom Therapeuten vermittelten Kenntnisse zu verstehen und in Erzieherverhalten umzusetzen. Dabei spielen Einstellungen und Haltungen der Eltern eine wesentliche Rolle. Gemeint sind damit:

- die Einstellung der Eltern zum Kind und zu seiner Sprachstörung bzw. -behinderung
- ihre Erwartungshaltung gegenüber dem Therapeuten
- ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten und
- ihre Bereitschaft, ihr eigenes Verhalten zu überprüfen und ggf. zu verändern.

Bei aller Bereitschaft der Eltern ist jedoch vom Therapeuten zu beachten, ob einem problematischen Erzieherverhalten der Eltern ein Konflikt zugrunde liegt, der nicht allein durch Beratung und nicht allein mit Hilfe des Sprachheilpädagogen zu lösen ist. Bestehen etwa Probleme in der Beziehung der Ehepartner, ist gemeinsam mit den Eltern die Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten zu erwägen und ggf. einzuleiten.

2.1.3. Die Beziehung zwischen Eltern, sprachbehindertem Kind und dem Therapeuten

Wenn Elternberatung primär die Interaktion zwischen Eltern und dem Therapeuten im Gespräch bedeutet, darf nicht davon abgesehen werden, daß es im sprachheilpädagogischen Bereich dabei immer um die Beziehung zwischen dem sprachbehinderten oder sprachgestörten Kind und seinen Eltern geht. In der Beratung wird diese Beziehung thematisiert und reflektiert. Mit Beratung soll in dem nachfolgend dargestellten Konzept auch die Hilfe zur Veränderung des Erzieherverhaltens der Eltern verknüpft werden. Diese Hilfe kann nicht nur im Gespräch erfolgen, sondern muß weitere Maßnahmen einschließen. Dazu gehört, daß die Eltern sich in bezug auf die spezielle Problematik modellhaftes Erzieherverhalten des Therapeuten ansehen können, d. h., der Therapeut arbeitet mit Eltern und Kind gemeinsam. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind wird sowohl beeinflußt von der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Kind als auch von der Beziehung zwischen dem Therapeuten und den Eltern. Der Erfolg der Beratung hängt deshalb davon ab, daß es dem Therapeuten gelingt, zu beiden Parteien eine positive Beziehung herzustellen, damit zwischen beiden die Kommunikation verbessert werden kann.

2.1.4. Die Rahmenbedingungen

Außer den personell bedingten Möglichkeiten und Grenzen der Elternarbeit haben selbstverständlich auch die situativen, organisatorischen, räumlichen, zeitlichen und materiellen Bedingungen Einfluß darauf, ob erfolgreich gearbeitet werden kann oder nicht. Dazu gehört beispielsweise, daß die Beratung oft nebenbei und unter Zeitdruck geleistet werden muß oder daß sie zugunsten

der Sprachtherapie mit dem Kind ganz wegfällt. Dazu gehört ebenfalls das Problem, daß im Therapieraum kommunikative Situationen künstlich geschaffen werden müssen, während im Elternhaus natürliche Kommunikationssituationen unter ganz anderen Bedingungen bestehen.

Da die äußeren Bedingungen recht unterschiedlich, aber doch im Einzelfall leicht zu überschauen sind, soll hier nicht in aller Ausführlichkeit darauf eingegangen werden. Oben ist bereits die Notwendigkeit medialer Ausstattung angesprochen worden. Nachfolgend werden situative und organisatorische Gesichtspunkte mitberücksichtigt.

2.2. Bewältigung durch Konzept und Intervention

Ziel der Elternarbeit in der Sprachheilpädagogik ist, die Eltern zu befähigen, ihre Kommunikation mit dem sprachgestörten Kind so zu gestalten, daß der Austausch zwischen ihnen gelingt und dadurch sowohl kommunikative Kompetenz allgemein als auch verbale Kommunikation im besonderen und die allgemeine Entwicklung des Kindes unterstützt wird. Um dieses Ziel erreichen zu können, braucht der Therapeut Kenntnis von verschiedenen Interventionsmöglichkeiten und ein Konzept, wie die Interventionen einzusetzen sind. Es soll im folgenden ein Konzept vorgeschlagen werden, das die Sprachtherapie mit dem Kind und die Zusammenarbeit mit den Eltern verbindet. Das erscheint angesichts des schon genannten zeitlichen Problems von Belang, entscheidender ist jedoch der bereits beschriebene Beziehungsaspekt, der eine organisatorische Verbindung zwischen Therapie und Beratung geraten sein läßt, denn die Beziehung des Therapeuten zum Kind soll als Grundlage für die Elternarbeit dienen.

Theoretische Grundlagen für das Konzept sind die Morphologische Didaktik von *Westphal* (1982) und Beschreibungen von kommunikativen Prozessen, wie sie z. B. *Van Riper* und *Irwin* (1976), *Watzlawick* et al. (1980), *Weiss* (1981), *Wyatt* (1973) liefern.

2.2.1. Bestandsaufnahme

Zunächst muß eine Vertrauensbasis zwischen dem Therapeuten und dem Kind sowie den Eltern geschaffen werden. In eigener Praxis hat sich oft gezeigt, daß bei Kindern durch gemeinsames Spiel relativ schnell eine Basis für Kommunikation hergestellt werden kann, daß Mütter und Väter jedoch größere Schwierigkeiten haben, sich in eine solche Spielsituation einzufinden. Deshalb wird begonnen mit einem kurzen Gespräch, in dem die Eltern bzw. Mutter oder Vater die notwendigen Vorinformationen über die vorhandenen Schwierigkeiten geben. Danach dürfen sie sich aus dem Geschehen herausnehmen und beobachten, wie der Therapeut mit dem Kind spielt. Sie gewinnen Freiräume dadurch, daß an sie selbst noch keine Erwartungen herangetragen werden; Schwellenängste werden abgebaut. Das können sie nutzen, um sich ein Bild vom Therapeuten zu machen und das eigene Kind etwas distanzierter als sonst in seinem Verhalten zu beobachten. Vom Therapeuten muß die Situation genutzt werden, um eine erste Diagnose über das (sprachliche) Verhalten des Kindes zu erstellen.

Das Spiel wird so angelegt, daß die Eltern später wieder mit einbezogen werden. Zum Beispiel: Das Kind und der Therapeut packen einen Koffer aus und verkleiden sich. Die Mutter, die an diesem Tag das Kind begleitet und bisher zugeschaut hat, verkleidet sich auf Anregung des Kindes (oder des Therapeuten) hin auch. Nun hat der Therapeut Gelegenheit, die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu beobachten. Dazu macht er sich Notizen, noch besser eignen sich Tonband- oder Videoaufnahmen, die die Bestandsaufnahme der aktuellen verbalen (und nonverbalen) Leistungen des Kindes und der Interaktionsformen hier zwischen Mutter und Kind erleichtern.

2.2.2. Überschaubarmachen

In der folgenden Sitzung ist das Kind nicht anwesend. In einem Gespräch können die Eltern ihren Eindruck vom Therapeutenverhalten mitteilen; ggf. knüpfen sich hier Fragen an. Der Therapeut erklärt und begründet seine Vorgehensweise.

Zum Beispiel:
1. Ich zeige dem Kind mein Interesse an dem, was es tut.
2. Ich gebe dem Kind ein sprachliches Vorbild durch einfache Formulierungen dessen, was es gerade tut.
3. Ich gebe Rückmeldungen durch korrektes Wiederholen und kleine Erweiterungen.

Anhand der Aufzeichnungen der vorangegangenen Sitzung schätzen die Eltern ihre eigene Interaktion und die Wirkung ihres Verhaltens auf das Kind ein. Bei der Analyse wird nach folgenden Gesichtspunkten Ausschau gehalten:

— Auseinandersetzung: Möglichkeiten und Grenzen

Was wollte das Kind tun, und was konnte es verwirklichen? Ließen Mutter/Vater dem Kind Spielräume, oder waren sie stark bestimmend? Worin bestanden die Grenzen seitens des Kindes (sprachliche, motorische, psychische Schwierigkeiten)?

— Bewältigung: Konzept und Handlungen

Was wollte Mutter/Vater durchsetzen? Wie setzte sie/er es durch? Wie versuchte das Kind, sich einzubringen (verbale und nonverbale Strategien)?

— Austausch: Aneignung und Entwicklung

Wie reagiert das Kind auf die Eltern, und wie reagieren die Eltern auf das Kind? Verstehen sie sich gegenseitig? Wie gehen sie aufeinander ein? Wann werden welche Rückmeldungen gegeben?

Der Therapeut weist auf jene Verhaltensweisen besonders hin, die für das Kind förderlich sind, weil der Austausch gelingt. Gemeinsam wird überlegt, ob etwas verändert werden muß. Der Analyse folgt die Reflexion, indem die Eltern ihr Verhalten bewerten und Alternativen entwickeln. Ggf. macht auch der Therapeut Vorschläge, wie das veränderte Verhalten aussehen könnte. Die Ergebnisse schreibt er in Form von erwünschten Verhaltensweisen auf und gibt sie den Eltern mit.

Zum Beispiel:
1. Beobachten und hören.
2. Richtig wiederholen.
3. Deutlich sprechen.

Die erarbeiteten Gesichtspunkte sollen Beobachtungskriterien für die Eltern bieten, wenn sie in den nächsten Sitzungen wieder zu Beginn der Sprachtherapie zunächst zusehen. Sie sollen gleichzeitig Zielvorstellungen für ihr eigenes Verhalten geben, wenn sie mit in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden — wie in der ersten Sitzung.

2.2.3. Durchformen

Die dritte Sitzung läuft formal ähnlich wie die erste ab. Der Therapeut spielt mit dem Kind z. B. Kaufmann und Kunde. Ein neuer Kunde kommt: die Mutter bzw. der Vater. Im Unterschied zur ersten Sitzung sind nun jedoch an die Eltern bestimmte Erwartungen gerichtet: Sie sollen gezielt beobachten und ihr Verhalten dem Kind gegenüber kontrolliert verändern entsprechend der im »Überschaubarmachen« erarbeiteten Gesichtspunkte. Der Therapeut muß nun ein Modell bieten, Kind und Eltern beobachten und mit gezielten sprachtherapeutischen Maßnahmen beginnen. Über seine Beobachtungen tauscht er sich nach der Sitzung in Abwesenheit des Kindes (eventuell telefonisch) mit den Eltern aus. Gemeinsame Reflexion über das Elternverhalten gibt den Eltern Rückmeldung darüber, inwieweit der Versuch zu verändertem Verhalten geglückt ist. Die Eltern geben ebenso dem Therapeuten Rückmeldung, inwieweit seine Vorschläge und sein Modell von ihnen akzeptiert und verstanden worden sind.

Die nächsten Sitzungen werden ähnlich strukturiert, bis die Eltern im angestrebten Zielverhalten Sicherheit gewonnen haben. Diese Sitzungen dienen der Übertragung des Verhaltens von der Eingangssituation (hier: Verkleiden) auf andere Situationen (z. B. Kaufmannspiel, Quarkspeise machen usw.). Dabei haben die Eltern die Möglichkeit, sich an dem Vorbild des Therapeuten zu orientieren (Demonstration und Imitation).

2.2.4. Entfalten

Wenn die Eltern genügend Sicherheit haben, wird mit ihnen ein kleines Vorhaben abgesprochen, das sie mit dem Kind allein durchführen. Das Vorhaben soll möglichst stellvertretend für viele Gelegenheiten im häuslichen Bereich sein, damit der Transfer auf den Alltag erleichtert wird. Beispiele sind

»Tisch decken«, »Pudding rühren«, ein Bilderbuch ansehen. Der Therapeut zeichnet die Interaktionen zwischen Eltern und Kind auf. In der folgenden Sitzung ohne Kind wird wieder gemeinsam analysiert. Es wird reflektiert, ob weitere Verhaltensweisen der Revision bedürfen. Wenn ja, wird neues Zielverhalten entworfen und auf ähnliche Weise geübt, wie oben geschildert. Es wird überlegt, wie die Verhaltensweisen zu Hause anwendbar sind, wenn erschwerende Bedingungen hinzukommen, z. B. Streß durch Zeitdruck oder Auseinandersetzung mit anderen Familienmitgliedern. Der Transfer von der therapeutischen Situation zur alltäglichen Kommunikation wird vom Therapeuten begleitet durch Gespräche mit den Eltern im Anschluß an die Sitzungen mit dem Kind. Bei besonderen Schwierigkeiten können die Eltern Tonbandaufnahmen machen und sie dem Therapeuten mitbringen. Sie werden in gewohnter Weise gemeinsam analysiert.

2.3. Austausch zur Aneignung und Entwicklung

Wie in der Analyse der Kommunikationssituationen zwischen Eltern und Kind der Austausch zwischen beiden Partnern eine Rolle spielt, ist auch in der Elternarbeit der Austausch zwischen Eltern und dem Therapeuten von großer Wichtigkeit. Das Wort »Elternberatung« erscheint unter diesem Gesichtspunkt irreführend. Es weist nur auf eine Seite des Prozesses hin. Es intendiert eine komplementäre Beziehung zwischen dem Therapeuten und den Eltern in dem Sinne, daß er rät, was die Eltern zu tun haben. Ein Austausch meint aber, daß sowohl die Eltern Informationen vom Therapeuten erhalten als auch daß der Therapeut Informationen von den Eltern erhält. Außerdem geben sowohl die Eltern dem Therapeuten Rückmeldungen darüber, wie sie ihn verstanden haben, als auch der Therapeut darüber, welches Elternverhalten sich positiv auf das Kind auswirkt. Durch ein gegenseitiges Geben und Nehmen eignen sich die Eltern ein Wissen über mögliche Verhaltensformen an und entwickeln daraus ein neues Verhaltensrepertoire. Der Therapeut eignet sich durch den Austausch ein Wissen über das Kind und seine Eltern an und entwickelt daraus individuelle therapeutische Vorgehensweisen. Wie ein solcher Prozeß vor sich gehen kann, soll im folgenden Beispiel gezeigt werden.

3. Beispiel einer mit Elternarbeit gekoppelten Sprachtherapie

3.1. Auseinandersetzung mit Möglichkeiten und Grenzen

H. war 5;0 Jahre alt, als er vorgestellt wurde. Er war sehr schüchtern und sprach wenig. Meistens handelte es sich bei seinen verbalen Äußerungen um Einwortäußerungen. Bei Mehrwortäußerungen fehlten Verbteile, Präpositionen und Artikel. Auch die anderen Strukturebenen der Sprache waren betroffen. So konnte H. beispielsweise die Grundfarben noch nicht richtig unterscheiden (semantisch-lexikalische Ebene). Auf der phonologisch-phonetischen Ebene zeigten sich neben regelmäßigen Ersetzungen von /w/ durch /r/ im Anlaut bei mehreren anderen Konsonanten unregelmäßige Ersetzungen und Auslassungen. Das Sprachverständnis betreffend reagierte H. auf Äußerungen oft nicht adäquat (z. B.: Lauf um den Tisch herum! — H. bleibt davor stehen). Auf Alternativfragen antwortete er mit Kopfnicken oder -schütteln. Mißverständnisse blieben unvermeidlich.

Auf die genauere Darstellung der Analyse des Sprachentwicklungsstandes wird in diesem Zusammenhang verzichtet. Da H. zu jeder Sitzung von einem anderen Familienmitglied (Großmutter, Vater, Onkel, Tante, selten Mutter) gebracht wurde, waren zwar genügend Ansprechpartner zur breiten Information des Therapeuten vorhanden, aber eine kontinuierliche Beratung war nicht möglich. Erst durch einige Hausbesuche wurde der Grundstein zu intensiverer Arbeit mit der Mutter gelegt. Es stellte sich heraus, daß ihr weniger die Rückstände in der Sprachentwicklung ihres Sohnes Sorgen machten als die auftauchenden Erziehungsschwierigkeiten. Nach und nach wurde jedoch immer deutlicher, daß der zentrale Konfliktpunkt in ihrer Partnerschaftsbeziehung und in ihrer eigenen Unausgeglichenheit lag. Es wurde deshalb mit ihr erwogen, sich zusätzlich an eine Psychotherapeutische Beratungsstelle zu wenden. Auf dem Gebiet des Erziehungsverhaltens der Mutter dem Sohn gegenüber

wurde weitergearbeitet wie unter 2.2. beschrieben.

3.2. Bewältigung durch Konzept und Intervention

Zunächst wurde beim Vorhaben »Wir machen einen Obstsalat« nach der sprachtherapeutischen Vorbereitung die Mutter mit einbezogen, indem H. bestimmte, daß die Mutter den Apfel, der Therapeut die Apfelsine und er selbst die Banane schneiden sollte. Die Analyse und Reflexion dieser Situation ergaben die Formulierung folgenden Zielverhaltens:

1. Auf das Kind hören.
2. Richtig wiederholen.
3. Auf richtiges Nachsprechen des Kindes vorerst verzichten.

Nach einigen Beobachtungen und Eigenversuchen der Mutter wurde eine Videoaufnahme gemacht, bei der sie mit H. den Kaffeetisch decken sollte. Daraus ergab sich die folgende Analyse.

Erster Eindruck

Da die Mutter sich fast ausschließlich außerhalb des Blickfeldes der Kamera aufhielt, nahm ich an, daß die Situation der Videoaufnahme die Mutter beeinträchtigte. Sie widersprach jedoch und sah darin kein Problem. Ein weiterer Eindruck von mir war, daß die Mutter in der von mir vorgegebenen Situation stark bestimmend auf H. wirkte, daß aber dennoch beide sich bemühten, ihren Teil dazu beizutragen, daß der Tisch gedeckt wurde. Zwischendurch gab es sowohl auf seiten von H. als auch auf seiten der Mutter Abweichungen. Bei H. schien das gemeinsame Vorhaben dadurch gefährdet. Er wurde jedoch von der Mutter wieder zurückgeführt. Bei der Mutter handelte es sich um die Aufnahme eines Gesprächsthemas, das mit dem Vorhaben nicht im Zusammenhang stand. H. ließ sich darauf ein.

Auseinandersetzung

Begrenzungen

H. will bei der Vorbereitung helfen, kann aber die Anweisungen der Mutter nicht so realisieren, wie sie sich das vorstellt.

H. will hinaus in die Küche, soll aber im Raum bleiben.

H. will mit der Kamera spielen, soll aber Teller hinstellen.

H. soll Zahlenangaben machen, kann es aber nicht richtig.

H. soll von der Sprachtherapie erzählen, seine sprachlichen Mittel sind aber schnell erschöpft.

H. wird nicht immer sofort verstanden und versteht auch selbst nicht immer sofort, was er soll.

H. will Plätzchen (Kaffee) hinstellen, soll aber erst Tassen (Teller) hinstellen.

Spielräume

H. kann nur wenige Impulse selbst geben.

H. kann sich aktiv am Tischdecken beteiligen, meistens jedoch, ohne selbst den Verlauf bestimmen zu können.

H. fügt sich der starken Bestimmung durch die Mutter. Er verzichtet auf die Verwirklichung eigener Vorstellungen.

Bewältigung

Vielfalt ordnen

H. formuliert Zielvorstellung.

H. weiß nicht genau, wie die Mutter sich das Tischdecken vorstellt, und ist deshalb manchmal desorientiert, unschlüssig.

H. orientiert sich nach den Anweisungen der Mutter.

H. zeigt ansatzweise Vorstellungen über das, was als nächstes anliegt.

Handeln

H. insistiert auf undurchführbarer Idee.

H. macht Ausbruchversuch.

H. führt Anweisungen aus.

H. macht Vorschläge.

H. erkundigt sich nach Tante.

H. erzählt von Sprachtherapie.

H. artikuliert bei längeren Wörtern oder Sätzen undeutlich. Sätze sind kurz oder unvollständig.

Gestaltungsversuche bleiben (bis auf Ausbruchversuch) verbal. Handlungen bestehen überwiegend in Ausführungen von Anweisungen.

Austausch

Festhalten

H. richtet Fragen an Mutter.

H. antwortet ihr.

H. versteht nicht immer, was Mutter meint.

Mutter gibt überwiegend Anweisungen, wiederholt betont bei Nichtverstehen, gibt Zielrichtung an, besteht auf der Durchführung, zieht H. am Arm, zeigt mit dem Finger zur Unterstützung ihrer verbalen Äußerung, verbessert H., widerspricht ihm, muß nachfragen.

Entwicklung

Mutter akzeptiert einen Vorschlag von H.

Mutter geht auf neues Gesprächsthema von H. ein.

H. geht auf neues Gesprächsthema von Mutter ein. Sie akzeptiert, daß er es beendet.

H. vertraut sich (mit einer Ausnahme) der Führung seiner Mutter an, obwohl er nicht immer überblickt, was sie will.

Zusammenwirken der aufgezeigten Tendenzen

Da die Mutter die Führungsrolle durch Erteilung von Anweisungen übernimmt, kann H. eigene Vorstellungen davon, wie der Tisch zu decken ist, nicht entwickeln. Zwei Versuche, etwas anderes zu machen (hinausgehen, mit der Kamera spielen), scheitern durch Einsprüche von mir und der Mutter. Auch seine Idee, eine Kaffeemaschine zu benutzen, ist undurchführbar. Also begibt H. sich in die Situation und fügt sich der starken Bestimmung durch die Mutter. In dem engen Rahmen, den sie ihm zubilligt, kann er seinen Drang nach Aktivität verwirklichen. Ein schnelles Wechselspiel zwischen den Anweisungen der Mutter und seiner Durchführung kommt seiner Impulsivität entgegen und enthebt ihn der vorausschauenden Planung seiner Handlungen, weil seine Mutter ihm das abnimmt. Dafür vertraut er sich ihrer Führung an, ohne immer zu überblicken, was sie will.

Positiver Austausch zwischen Mutter und Sohn findet in folgenden Situationen statt:

a) H. reagiert nicht nur auf die Anweisungen seiner Mutter, sondern versucht, sich konstruktiv am Vorhaben zu beteiligen. Er schlägt vor, die Tischdecke allein aufzulegen. Das wird akzeptiert, Hilfe wird trotzdem geleistet.

b) H. erkundigt sich nach der Beteiligung seiner Tante am Essen. Er bekommt Antwort und Rückmeldung über seine sprachliche Äußerung.

c) Die Mutter nimmt die Spielräume für sich soweit in Anspruch, daß sie ein vom Vorhaben unabhängiges Gesprächsthema anschneidet. H. geht darauf ein und erzählt. Er bestimmt aber das Ende des Gesprächs selbst. Die Mutter akzeptiert das.

Ausblick

Im auswertenden Gespräch mit der Mutter sind folgende Gesichtspunkte herausgearbeitet worden:

1. Es würde H. guttun, wenn die Mutter ihm ein Stück entgegenkommen würde. H. muß lernen, daß er die Situation mitgestalten kann. Dann wird die Notwendigkeit geringer, sich gegen die Begrenzungen durch die Erwachsenenwelt aufzulehnen.

2. H. braucht zwar orientierende Unterstützung durch die Mutter, aber nicht so sehr durch Forderungen und Anweisungen, sondern durch Angebote.

   Beispiele: a) Keine überfordernde Frage (beim Zählen): »Wieviel hab ich dir gegeben?«, sondern: »Laß uns mal gemeinsam zählen!« b) Nicht: »Erst mußt du jedem einen Teller hinstellen!«, sondern: »Willst du erst die großen Teller oder die kleinen Teller hinstellen?«

3. H. ist nicht immer ungehorsam, wenn er nicht das tut, was die Mutter sagt, sondern es kann sein, daß er nicht versteht, was sie will. Es besteht außerdem die Gefahr, daß H. wegen seiner sprunghaften Aufmerksamkeit nicht aufpaßt. Um sicherzugehen, daß er *wichtige* Anweisungen aufnimmt, wäre es gut, wenn darauf geachtet würde, daß H. nichts anderes tut. Er soll die Mutter ansehen, wenn sie mit ihm spricht.

In der folgenden Zeit wurden konkrete Erziehungssituationen, die der Mutter im alltäglichen Leben Schwierigkeiten bereiteten, kurz besprochen und ihre beschriebenen Handlungsweisen reflektiert. Analysen solcher Situationen mußten mehrfach durchgeführt werden, bevor die Mutter ihr Verhalten verändern konnte.

3.3. Austausch zur Aneignung und Entwicklung

Der Austausch zwischen dem Therapeuten und der Mutter bestand in der gemeinsamen Analyse, Reflexion und in Rückmeldungen über verstandene und akzeptierte Notwendigkeit von Verhaltensänderungen von seiten der Mutter bzw. über gelungene Verhaltensänderung von seiten des Therapeuten. Dieser Austausch förderte seinerseits den Austausch zwischen Mutter und Sohn, so daß die Sprachtherapie im Laufe der Zeit immer besser unterstützt wurde. H. lernte nach anfänglich sehr kleinen Fortschritten, das /w/ an den entsprechenden Stellen einzusetzen; er konnte es dann sehr bald auch in der Spontansprache richtig gebrauchen. Er begann auch, kurze Sätze richtig zu sprechen. Bei längeren Sätzen tauchten noch grammatische Fehlleistungen auf. Die Begriffsbildung wurde differenzierter, z. B. konnte er mehr Farben unterscheiden als zu Beginn der Sprachtherapie. H. verstand nun viele Anweisungen und handelte entsprechend. Mißverständnisse nahmen ab.

Die Aneignung solcher Fähigkeiten bei H. ging einher mit der Überwindung seiner Schüchternheit, die zunächst allerdings abgelöst wurde durch die Tendenz, unkonzentriert und impulsiv den Rahmen der Therapie zu sprengen. In dieser Zeit war der Kontakt zur Mutter soweit hergestellt, daß sie über Erziehungsschwierigkeiten zu berichten begann, was ihre intensivere Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einleitete. Diese Schwierigkeiten konnten danach gemildert werden. Die dargestellte Therapie dauerte ungefähr ein Jahr.

4. Schlußbemerkung

Die Erfahrungen in der Elternarbeit zeigen, daß die Beratung anfänglich sehr viel Zeit kostet, daß dafür aber durch die Wirkung auf die sprachlichen Fortschritte des Kindes in der Sprachtherapie die Zeit wieder aufgeholt wird. Das gilt allerdings nur für den Fall, daß die Eltern sich auf die Zusammenarbeit einlassen. Das ist häufig ein Problem, wie auch der dargestellte Fall zeigte. Interesse und Engagement des Therapeuten wirken sich jedoch meistens positiv auf die Motivation der Eltern aus.

Literatur

Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder. In: Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 3, S. 111—120.

Cooper, H., Moodley, M., und Reynell, J.: Helping language development. London 1984.

Hardmeier, S., und Katz-Bernstein, N.: Elternarbeit mit Eltern stotternder Kinder. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 53 (1984) 3, S. 289—309.

Knura, Gerda: Grundfragen der Sprachbehindertenpädagogik. In: Knura, Gerda, und Neumann B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 3—64.

Minsel, W.-R.: Das therapiewirksame Beratungsgespräch mit Schülern, Eltern und Kollegen. In: Seiß, R.: Beratung und Therapie im Raum der Schule. Bad Heilbrunn 1976, S. 122—138.

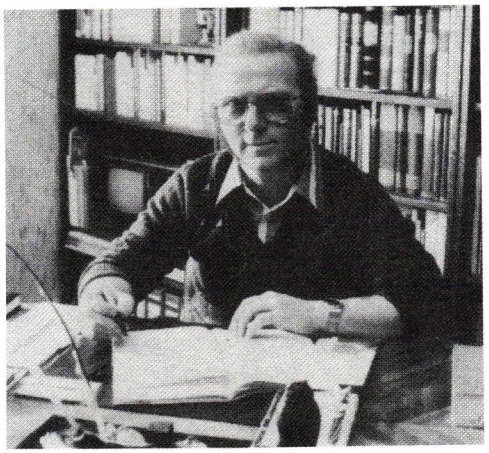
Stang, H.: Das beginnende Stottern — Diagnose und Behandlungsansätze. In: Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 6, S. 271—277.
Tamm, P.: Der Einsatz des Münchner Trainingsmodells in der Ausbildung von Studierenden des Faches Logopädie an der Logopädischen Lehranstalt Oldenburg. In: Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 5, S. 221—228.
Van Riper, Ch., und Irwin, J. V.: Artikulationsstörungen. Berlin ²1976.
Watzlawick, P., Beavin, J., und Jackson, D.: Menschliche Kommunikation. Bern, Stuttgart, Wien ⁵1980.
Weiss, R. S.: INREAL intervention for handicapped and bilingual children. In: Journal of the Division for Early Childhood, Vol 2, 1981, S. 40—50.
Westphal, E.: Didaktik der Lernbehindertenschule. Oldenburg 1980.
Westphal, E.: ... die Wissenschaft (wieder) menschlich machen. Oldenburg 1982.
Wyatt, Gertrud: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

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

Dr. Jutta Breckow ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fach Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln.

Umschau

Sprachheilinstitut P. A. Kreuels



In Kurzberichten und Reportagen haben wir bereits verschiedentlich auf hervorragende Einrichtungen des Sprachheilwesens hingewiesen. Die vom Berichterstatter als beispielhaft angesehenen Institutionen sollten unter anderem unsere Kolleginnen und Kollegen anregen zu vergleichen und sie eventuell anspornen, ähnliches zu erreichen. Gleichzeitig sollten Impulse gegeben werden, auch von ihren oder ihnen bekannten Behandlungsweisen und Organisationsformen zu berichten.

Heute stellen wir erstmalig eine zeitgenössische Persönlichkeit der Sprachheilpädagogik vor und wollen eine eng an diese gebundene Behandlungsweise zeigen.

Es handelt sich, auf fachliche Gesichtspunkte eingeengt, sozusagen um einen »Ein-Mann-Betrieb«: das Sprachheilinstitut P. A. Kreuels in Inzell/Oberbayern. Kreuels ist Sprachheilpädagoge und Taubstummenlehrer, und er nennt sich auch Psychotherapeut. In der Tat, in seiner Methode findet man allenthalben den Niederschlag dieser Rehabilitations-Berufsbilder. Hör- und sprachbehindertenpädagogische Unterrichts- und Übungsformen nehmen einen großen Teil des Vorgehens von Kreuels ein, jegliches Handeln ist aber zugleich ausgerichtet auf die psychischen Faktoren der Störung und auf die individuelle seelische und soziale Gesamtlage der Hilfsbedürftigen. Diese sind alle schwer redeflußgestörte Menschen, vorwiegend Stotterer.

Bisher sind etwa 400 Personen aller Altersklassen in Inzell sprachheilpädagogisch versorgt worden, mit großen und erstaunlichen Erfolgen. Eine wissenschaftlich abgesicherte Erfolgsstatistik ist wohl noch in Arbeit, aber Kreuels als gestandener Praktiker sieht seinen Arbeitssinn in erster Linie im Helfen. Diese Aufgabe nimmt alle seine Kräfte und seine Zeit voll in Anspruch, da er sich — wenn ein Kurs läuft — intensiv, voll und ganz und im wahr-

sten Sinne des Wortes sozusagen Tag und Nacht für seine Schüler einsetzt.

Einen Einblick in die Art seiner konkreten Methode (Erziehung — bei Erwachsenen zur Selbsterziehung —, Unterricht und Behandlung) gibt in Kurzform am ehesten noch sein Prospekt wieder:

»In dreiwöchiger mehrdimensionaler Intensivtherapie lernen Stotterer, ihre lästige Behinderung willentlich und selbständig zu überwinden. Das Zusammenwirken von geleisteter Hilfestellung und bereitwilliger Eigenaktivität macht die Symptombewältigung möglich.

Die komplexe Intensivtherapie umfaßt soviel Behandlungseinheiten wie eine Ambulanz über mindestens ein Jahr. Deshalb können wir in diesen drei Wochen Entscheidenderes für das Sprechen leisten und erreichen!

Eine Fachärztin ordnet die Therapie an, betreut die Sprachbehinderten bei Bedarf und überwacht die Arbeit während der Intensivzeit.

Im Jahr finden mehrere Kurse statt. Die Termine stehen zum Herbst für das nächste Jahr fest.

An den Kursen nehmen drei bis sechs Leute teil, es sind also Kleingruppen, damit genügend Therapiezeit für jeden zur Verfügung steht. Jeden Tag sind mindestens vier Gruppensitzungen und eine Einzelstunde pro Schüler vorgesehen.

In der Freizeit stehen reichlich Medien, Spiele, Fahrräder usw. für die Schüler bereit. Auch Ausflüge werden durchgeführt (Chiemsee, Berchtesgaden, Salzburg u. a.).

Durch die permanente sprachliche Kontrolle, die P. A. Kreuels über die Schüler ausübt, muß der Sprachbehinderte immer nach der Methode sprechen. Dadurch kann er den Erfolg geradezu programmieren!

Viele Sprachbehinderte, die von Kreuels erfolgreich therapiert wurden, haben sich danach beruflich verändert und Berufe erlernt, in denen sie dauernd sprechen müssen. Sie verstecken sich nicht mehr, sondern nutzen und schaffen Gelegenheiten, um sprechend beweisen zu können, daß sie nicht mehr zu den Sprachbehinderten zu zählen sind.

Das Erlernen einer neuen Atemtechnik, psychotherapeutische Maßnahmen, individuelle ganzheitliche Persönlichkeitsförderung, gezielte Heilgymnastik und ein umfassendes Sprechleistungstraining machen es möglich, daß der Sprachbehinderte seine Störung abbauen und überwinden kann!

Haben Sie Vertrauen und den Mut zum Erfolg!«

Dieses Selbstvertrauen und diesen Mut kann Kreuels vermitteln und, wie von mir befragte Jugendliche es ausdrückten: »voll rüberbringen«. Dies führt die redeflußgestörten Menschen bis hin zur Annahme zunächst geradezu autoritär anmutender Leistungs- und Verzichtsforderungen. Gerade im Hinblick auf die Sprechübungsformen und die Atem- und Sprechtechnik wird die jederzeit vollständige Erfüllung der intensiven Anforderungen verlangt und eingehalten!

Zum Inhalt der Methode und zu ihrem Verlauf sei wiederum Kreuels selbst das Wort gegeben:

»Therapieablauf

1. Woche: Die erste Woche dient der Vorstellung der Methode, der Anamnese, dem Kennenlernen, dem sich miteinander Vertrautmachen. Die methodischen Punkte werden in den Gruppensitzungen vorgestellt und gleich anschließend in den Einzeleinheiten angebahnt, gelernt und trainiert. Bis zum Freitag soll die Methode stehen, d. h., jeder Schüler muß die Punkte kennen und die herausfiltern, welche ihm am besten taugen und helfen.

2. Woche: Die zweite Woche ist eine reine Trainingswoche, vielleicht aber die wichtigste. Jetzt beschäftigt sich der Schüler von leichtesten bis zu schwierigen Leseaufgaben damit, die Methode anhand von vorgegebenen Texten einzuschleifen. Diese Woche ist sehr anstrengend, zeitintensiv und für die Schüler manchmal langweilig. Aber sie *muß* sein!

3. Woche: Die dritte Woche dient dazu, das neu eingeschliffene Sprechen nun auch im Alltag einzusetzen. Rollenspiele zunächst im Haus, Vorträge vor der Gruppe und dann das Ansprechen fremder Leute auf der Straße sowie die Erledigung von bestimmten Aufgaben im Ort zeigen den Schülern, daß sie auf dem richtigen Weg sind, daß sie keine Angst mehr haben müssen, wenn sie mit der Methode sprechen.

Tagesablauf

8.30 Uhr Frühstück. 9.15 Uhr Gruppensitzung, Besprechung gruppenrelevanter Dinge. 10.15 Uhr Einzeleinheiten, jeder Schüler bekommt jeden Tag eine Einzeleinheit, je nach Stand zwischen 20 und 60 Minuten. 12.30 Uhr Mittagessen. 13.15 Uhr Mittagsruhe oder Einzeleinheit. 14.00 Uhr Gymnastik. 14.30 Uhr Gruppensitzung. 15.30 Uhr Einzeleinheiten. 18.30 Uhr Abendessen. 19.30 Uhr nach Vereinbarung vom Morgen: z. B. Liederabend, Kinobesuch in Inzell und Traunstein, Quizabend, Spieleabend, Pflicht-Videos, Videos nach Wahl, Besuch einer Weinstube, ‚Pub'-Besuch, Abschiedsabend mit Sketchen.

Das Programm wird durch Ausflüge aufgelockert, die grundsätzlich nachmittags stattfinden.«

Kommen wir aber noch einmal zurück zu der wohl immer wieder brennendsten Frage, der Frage nach den Erfolgen. Norman Bush von der Stotterer-Selbsthilfegruppe Zürich und ich waren mehrmals und für einige Tage (Norman Bush davor sogar einmal drei Wochen als Praktikant) in Inzell, wir hospitierten sehr aufmerksam bei der Arbeit und erlebten die stotternden Menschen hautnah — d. h., stottern tat nach kurzer Zeit kaum noch jemand! Wir konnten auch die nachgehende Erfolgskontrolle miterleben, denn einmal wöchentlich widmet Kreuels einen ganzen Abend dem Telefon: Ehemalige Schülerinnen und Schüler sind verpflichtet, über Jahresfrist hinaus zu einer bestimmten Zeit anzurufen. Da kann Kreuels, aber beispielsweise auch seine Frau, die Haus und Küche bestens führt, das Sprechvermögen überprüfen, und man kann ggf. »nachhaken«.

Alles in allem für die Überwindung des Stotterns eine außerordentlich erfreuliche Sache, und die mit liebevoller, gütiger Konsequenz erfolgende gewisse Disziplinierung derart gestörter Menschen scheint wieder allenthalben im Vordringen zu sein. Sollten die dabei sehr viel deutlicheren Erfolge derartige Verfahren nicht rechtfertigen? So ist es anscheinend tatsächlich, wie Norman Bush mit seiner eigenen, fast sechzigjährigen »Stotterer-Laufbahn« und als jahrelanger Selbsthilfegruppenleiter feststellt: »... eine derartige Intensivpädagogik ist oft notwendig ... ohne Drängen läuft bei vielen Jugendlichen und Erwachsenen einfach nichts ... der Druck muß häufig die fehlende und anders nicht zu erreichende Motivation des Stotterers ersetzen.«

Arno Schulze

19. Inzigkofener Gespräche

Vom 13. bis 15. März 1987 fanden die 19. Inzigkofener Gespräche im Volkshochschulheim Inzigkofen bei Sigmaringen mit einer Rekordbeteiligung statt. Grund war sicherlich u. a. das Rahmenthema »Das spielerische Element in der Therapie von Störungen der mündlichen Kommunikation« und das sich vor allem in den Workshops nahtlos ergänzende Programm, das von hervorragend engagierten Leitern gestaltet wurde.

Der an der Musikhochschule Ruhr, Universität Essen (GH), tätige Medien-, Theater- und Spielpädagoge Prof. Jakob Jenisch leitete mit dem Grundsatzreferat »Spielfähigkeit und Spielbereitschaft als Propädeutikum der Spielpädagogik« ein, das durch einen von ihm hergestellten Videofilm »Spielen(d) lernen« ergänzt wurde. Eine kulturhistorische Vertiefung der Zentralbegriffe Spiel bzw. das Spielerische bezweckte die Lesung von einigen Kapiteln aus dem Standardwerk »homo ludens« von Johan Huizinga durch Dr. Geert Lotzmann, Heidelberg.

Die alternierenden Workshops wurden von sechs Leitern angeboten, wobei neben einführenden theoretischen Grundlagen das Mittun der Teilnehmer im Mittelpunkt stand. Dieses unmittelbare Mittun der Teilnehmer in den Gruppen war im positivsten Sinne bemerkenswert. Alle Workshops wurden durch Video-Beispiele und Spielmaterialien unterstützt.

Im einzelnen:

»Psychodrama — auf der Suche nach den vergessenen Spielen der Kindheit« (Dr. med. Uwe Seeger, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie in den Hardtwaldkliniken in Zwesten, Chefarzt des Fachbereichs Psychodrama);

»Rhythmische Sprech- und Bewegungsimprovisation. Beispiele aus der Therapie mit Kindern und Erwachsenen« (Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin Angelika Thebe, Freie Praxis für Stimm- und Sprachtherapie in München);

»Das spielerische Element in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie« (Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut und Klinischer Psychologe Franz Kemper, Prof. an der Fachhochschule für Sozialwesen in Mannheim);

»Zur zentralen Bedeutung elementarer Musikerziehung für die Arbeit mit sprachbehinderten (Vorschul-)Kindern« (Dipl.-Sozialpädagogin Monika Brändle, Leiterin des Sonderschul-Kindergartens für Sprachbehinderte in Esslingen, Rohräckerschule);

»Theraplay — Grundlagen und Hintergründe des Therapieansatzes« (Logopädin Ulrike Franke in der Phoniatrisch-Logopädischen Ambulanz der Stiftung Rehabilitation Heidelberg). Der Workshop wurde durch ein eigenständiges Referat mit dem Titel »Theraplay — eine direktive Kinderspieltherapie« eingeleitet;

»Das Spielgeschehen als Sprachlernort. Psychomotorisch orientierte Sprachförderung in Kindergarten und Grundschule« (Dipl.-Pädagogin Barbara Kleinert-Molitor, Fachleiterin für Sprachbehindertenpädagogik am Wissenschaftlichen Institut für Schulpraxis [WIS] in Bremen).

Ein »Bonbon« im Gesamtprogramm war das theoretisch untermauerte »Puppenspiel«, das der Hausherr und Leiter des Volkshochschulheims, Klaus Gräwe, mit seiner Frau an einem Abend anbot. Als Untertitel hatte er gewählt: »Eine Hilfe für

den Sprach- und Sprechtherapeuten?«. Daß das Fragezeichen wirklich nur »Herausforderung« und keine »Infragestellung« war, bestätigte sich u. a. dadurch, daß einige Teilnehmer spontan Szenen spielten, die den Beifall auf ihrer Seite hatten. Grä-wes eigene puppenspielerische Leistung konnte man nur bewundern. Sein überzeugender Vortrag und seine überragende Spielbegabung werden sicher manchen »Inzigkofener« veranlassen, seine eigene Kreativität auf diesem Gebiet des Spiels zu erproben.

Dank allen Referenten und Workshop-Leitern für die in der Schlußbesprechung einhellig positiv bewertete Tagung, an deren Gelingen die einzelnen Teilnehmer selbst einen wesentlichen Anteil hatten.

Die 20. Inzigkofener Gespräche finden vom 11. bis 13. März 1988 statt. Das Rahmenthema für 1988 lautet: »Die Notwendigkeit der Interdisziplinarität bei der Diagnose und Therapie sprachlicher Kommunikationsstörungen — 20 Jahre Inzigkofener Gespräche —.«

Geert Lotzmann

Gründung

der Berufsvereinigung (BVS) der Sprechpädagogen (Sprecherzieher), Sprechtherapeuten, Sprechkünstler und Rhetorikdozenten in Baden-Württemberg e.V.

Der Unterzeichner hatte zur konstituierenden Sitzung für den 7. März 1987 nach Heidelberg mit folgender Begründung eingeladen:

»Die Konstituierung dieser Berufsvereinigung wird nicht aufgefaßt als Konkurrenzunternehmen zur ‚Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung (DGSS)'. Vielmehr kann eine solche Berufsvereinigung Aufgaben übernehmen, die von der DGSS nicht oder nur teilweise wahrgenommen werden können. Ausgehend von der Tatsache, daß der Wissenschafts- und Kulturbereich im besonderen Maße dem föderalistischen Prinzip unterliegt und daß die damit im Zusammenhang stehenden Entscheidungen auf der Ebene der Landesregierungen getroffen werden, können solche regional bedingten Aufgaben etwa folgende sein:

1. Herstellung und Pflege von Kontakten zwischen allen in Baden-Württemberg sprechwissenschaftlich, sprecherzieherisch, sprechtherapeutisch, sprechkünstlerisch und rhetorisch Tätigen;
2. Organisierung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen;
3. Förderung eines qualifizierten Nachwuchses;
4. Bemühungen, den ‚Sprecherzieher' als Beruf zu schützen;
5. Eintreten für die sozialen und wirtschaftlichen Belange der Mitglieder der Berufsvereinigung;
6. Unterstützung und Förderung der Anliegen der DGSS.«

Die Tagesordnung bestand aus drei Punkten:

1. Begründung
2. Diskussion des Satzungsentwurfes
3. Wahl des Vorstandes

An der Gründungsversammlung nahmen zahlreiche Interessierte teil, davon zwei Juristen als Berater der zu verabschiedenden Satzung. Weitere in Baden-Württemberg tätige Sprecherzieher und Studierende der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung hatten durch eine Rückantwort ihr Interesse an der Gründung einer Berufsvereinigung bekundet.

In die Satzung wurde unter »Zweck« folgender Passus aufgenommen:

»Die BVS Baden-Württemberg versteht sich als Landesverband der Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung gemäß § 6 der Satzung der DGSS vom 26. 10. 1986.«

Geert Lotzmann

didacta 87

Nach fünftägiger Dauer ging die didacta 87 (16. bis 20. Februar) auf dem hannoverschen Messegelände zu Ende. Erneut erwies sich diese Veranstaltung als der zentrale Informationsplatz für alle Bildungsfragen. Während die klassischen Lehr- und Lernmittel für den Schulbereich eindeutig ihre Leitfunktion im Unterricht manifestierten, bestätigte der Bereich der beruflichen und betrieblichen Aus- und Weiterbildung, daß er in der Zukunft der Wachstumsmarkt in der Bildungsmittelbranche sein wird. Sowohl die Aussteller schulischer Lehr- und Lernmittel als auch die Anbieter für Produkte und Dienstleistungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung heben die exzellente Besucherqualität hervor.

Insgesamt wurden an den fünf Messetagen über 60 000 Besucher gezählt, davon 10 Prozent ausländische Besucher aus über 50 Nationen. Dieses Ergebnis wird vom Veranstalter, dem Deutschen Didacta Verband, und der durchführenden Deutschen Messe- und Ausstellungs-AG als »über Erwarten gut« bezeichnet. Trotz der ungünstigen winterlichen Wetterlage wurde der Besuch der didacta von den Interessenten als die Gelegenheit

angesehen, sich einen umfassenden Überblick über internationale Bildungsmittelangebote zu holen.

Das qualifizierte Angebot an Schulbüchern, vor allem für das allgemeinbildende und berufliche Schulwesen, bildete einen überzeugenden Schwerpunkt des Besucherinteresses, besonders durch die unterschiedlichen Neuentwicklungen für eine Reihe von Schulfächern. Befriedigt registrierten die Schulbuchverlage die Vielzahl inhaltlicher Fachgespräche an den Ständen, die erkennen ließen, daß das Schulbuch im Unterricht weiterhin Bildungsmittel Nr. 1 bleiben wird. Die Neuen Medien sind eine wichtige Ergänzung. In einigen Schularten, so vorwiegend in den Berufsschulen, zeigten die Verlage wirkungsvolle Verbindungen zwischen Rechnerprogrammen und Schulbuch. Beiträge zur Sprachbehindertenpädagogik fanden sich allerdings kaum.

Die Hersteller von Lehr- und Lernmitteln haben die begründete Hoffnung, daß sich die Bereitschaft der Schulträger zur Anschaffung neuer Bildungsmittel ändern wird, sich somit die zunächst zurückhaltenden Prognosen für die wirtschaftliche Entwicklung 1987 revidieren lassen können. Sie unterstützen den Appell des Bundeselternrates gegenüber den Landesregierungen, keine weiteren Einschränkungen in den Lernmitteletats vorzunehmen.

Die Bildungsmesse didacta 87 wurde wohl erstmalig von Trainern, Ausbildungsverantwortlichen und Schulungsleitern aus Wirtschaft und Institutionen voll angenommen. Die Anbieter von Produkten und Dienstleistungen für diesen Bereich äußerten sich zufrieden über die Kompetenz der Besucher. Einen besonderen Raum hat die didacta dem Erfahrungsaustausch im Aus- und Weiterbildungszentrum (Halle 23) eingeräumt, das mit über 50 Referenten täglich ein hochaktuelles Programm zur Praxis der betrieblichen Aus- und Weiterbildung bot. Auch hier kam jedoch der Behindertenbereich zu kurz, obwohl sich doch beispielsweise der Hör- und Sprachbehindertensektor geradezu angeboten hätte (spezielle Lern- und Lehrmittel, besondere Medien). Bis zum Veranstaltungsende wurden im Aus- und Weiterbildungszentrum über 5000 Teilnehmer gezählt: ein Indiz für die Akzeptanz und Aktualität der betrieblichen Aus- und Weiterbildung auf der didacta 87.

Die inländischen Besucher kamen zu 71 Prozent aus dem schulpädagogischen und Schulverwaltungs-Bereich. Der Anteil der Interessenten für die berufliche Aus- und Weiterbildung lag bei 16 Prozent. Von den ausländischen Interessenten kamen 45 Prozent aus dem EG-Raum, 6 Prozent aus den RGW-Ländern, 31 Prozent aus dem übrigen Europa und 18 Prozent aus Übersee.

Die didacta 87 bot in 15 Veranstaltungen ein Rahmenprogramm, das insgesamt von rund 10000 Teilnehmern angenommen wurde.

Der Deutsche Didacta Verband veranstaltet die nächste didacta vom 27. Februar bis 3. März 1989 in Stuttgart.

Arno Schulze

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder in Dortmund

In Dortmund besteht seit 1978 eine Stotterer-Selbsthilfegruppe, deren Ziel und Zweck es ist, eine Verbesserung der Lebenssituation von Stotternden und deren Integration in die Gesellschaft zu erreichen. Die Arbeit in der Selbsthilfegruppe konzentriert sich deshalb hauptsächlich auf die Stärkung der Persönlichkeit des stotternden Menschen.

Zur Unterstützung der Eltern stotternder Kinder vor Ort entschloß sich die Dortmunder Stotterer-Selbsthilfe zur Gründung einer Kontakt- und Beratungsstelle (Anlaufstelle) für Eltern stotternder Kinder.

Durch die in der Anfangsphase geknüpften ersten Kontakte zu Eltern und durch zahlreiche Anfragen von Eltern bei der Bundesvereinigung der Stotterer-Selbsthilfe e.V. wurde deutlich, daß für ein solches Projekt ein starkes Interesse bestand. Viele Eltern benötigen dringend eine Anlaufstelle, die einerseits Informationen und andererseits eine Orientierung über den individuellen Umgang mit dem Stottern des Kindes geben kann. Eine einmalige Beratung reicht auch oft nicht aus, um den Eltern gerecht werden zu können.

Mit finanzieller Unterstützung der Bundesanstalt für Arbeit wurde deshalb zunächst eine diplomierte Sprachheilpädagogin eingestellt. Bestandteil der Arbeit sollte jedoch nicht nur die Einzelberatung, sondern auch Gruppenarbeit mit den Eltern sein. Hierfür wurde eine zweite Pädagogin benötigt, die ihre Tätigkeit zum 1. Mai 1986 aufgenommen hat.

Von den umfangreichen Arbeiten in der Anlaufstelle und von den Elterngruppenabenden liegen positive Rückmeldungen vor.

Die Anschrift der Einrichtung lautet: Stotterer-Selbsthilfe Dortmund e.V., Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder, Westhoffstr. 8-12, 4600 Dortmund 1, Tel. (0231) 83 77 77.

7. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Rahmenthema: Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten. 7. bis 10. Oktober 1987, Linz, in der Pädagogischen Akademie des Bundes, A-4020 Linz, Kaplanhofstraße 40.

Anfragen und Anmeldungen an: Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, A-1170 Wien, Kindermanngasse 1, Telefon (0043222) 42 03 28.

Diskursanalytische Forschungswochen. Medizinische und therapeutische Kommunikation

Bielefeld, 21. September bis 2. Oktober 1987, Zentrum für interdisziplinäre Forschung.

Workshops: Grundlagen der Linguistik. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Intonation und Diskurs. Satz und Diskurs. Diskursanalyse: grundlagentheoretische und methodologische Problemstellungen. Diskursanalyse und Aphasieforschung. Zur wissenschaftssystematischen Stellung der Diskursanalyse. Analyzing Data.

Dazu finden jeweils Tutorials sowie Plenarveranstaltungen mit internationalen Gästen statt.

Nähere Auskunft bei: Dr. Rüdiger Weingarten, Universität Bielefeld, Fakultät Literaturwissenschaft und Linguistik, Postfach 8640, 4800 Bielefeld 1.

Informations- und Erfahrungsaustausch

von Studienleitern aus der Fachrichtung Sprachheilpädagogik vom 16. bis 18. September in Husum

Wie in Heft 6/86 berichtet worden ist, treffen sich die Studienleiter aus dem ganzen Bundesgebiet zu einem Informations- und Erfahrungsaustausch in Schleswig-Holstein. Die Initiative zu einer derartigen Tagung ging von einem Treffen der Fach- und Seminarleiter anläßlich der 17. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Düsseldorf aus. Das Land Schleswig-Holstein wird dankenswerterweise die Kosten für Unterbringung und Verpflegung übernehmen. Die für die An- und Rückfahrt entstehenden Kosten, sowie einen kleinen Tagungsbeitrag von 30 DM, müssen die Tagungsteilnehmer selber tragen.

Inzwischen hat das Seminar Kiel für Sonderschulen als Veranstalter ein Tagungsprogramm herausgegeben, das auch auf Wunsch beim Landesinstitut Schleswig-Holstein für Praxis und Theorie der Schule — Seminar Kiel für Sonderschulen —, Schreberweg 5, 2300 Kronshagen, bestellt werden kann. Um die Tagung möglichst effektiv zu gestalten, werden den Tagungsteilnehmern schon vor der Tagung Fragebögen zugesandt, die einen ersten Informationsaustausch durch eine nachfolgende Auswertung ermöglichen sollen. Während der Tagung sollen dann die vorliegenden Informationen diskutiert und näher erläutert werden. Aus dem Programm seien hier exemplarisch folgende Tagesordnungspunkte erwähnt: Die therapeutische Versorgung und Beschulung sprachbehinderter Kinder in den Bundesländern. Therapieimmanenz im Unterricht. Seminardidaktik und -methodik: Form der Ausbildungsveranstaltungen. Inhalte der Ausbildungsveranstaltungen. Ausgesuchte Probleme der Seminarmethodik. Geplant ist weiterhin ein problem- und kompetenzübergreifender Ausflug zu einer nahe gelegenen Hallig, wo viele Probleme vielleicht in einem ganz anderen Tages-/Tagungslicht erscheinen mögen. Weitere Informationen können bei der o. a. Adresse eingeholt werden.

Termin: 16. bis 18. September 1987. Tagungsort: Thomas-Hotel, Zingel 9, 2250 Husum. Telefon (04841) 60 87.

12. Berchtesgadener Tage der Landesgruppe Hessen der dgs

Die diesjährige Tagung hat wegen der unterschiedlichen Herbstferien der Bundesländer zwei Termine:

a) vom 5. bis 10. Oktober 1987 mit den Rahmenthemen »Sprachentwicklungsstörungen« und »Stottern im Vorschulalter?«
b) vom 26. bis 31. Oktober 1987 mit dem Rahmenthema »Disziplinierende Erziehung und/oder Hilfe zur Selbsterziehung — auch bei Stottern?«

Bei a) ist Besuch des ÖGS-Kongresses in Linz vorgesehen.

Bei beiden Tagungsterminen finden öffentliche Sitzungen des »Schönauer Kreises« statt.

Anfragen und Anmeldungen bei Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1.

Seminare der Deutschen Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V., Juli bis Dezember 1987

10. bis 11. Juli 1987: Entwicklungsdiagnostik und -therapie nach Uzgisris und Hunt. Seminarleitung: Dr. Klaus Sarimski, München. Seminargebühr: 110 DM.

24. bis 26. Juli 1987: Psychomotorische Selbsterfahrung. Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Diplom-Motologe Michael Passolt, München. Seminargebühr: 80 DM.

18. bis 19. September 1987: Das Sprachkonzept nach Bobath. Seminarleitung: Bobath-Lehrlogopädin Dipl.-Log. Gertraud Fendler, A-Leonding. Seminargebühr: 130 DM.

24. bis 25. Oktober 1987: Hörprüfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in der kinderärztlichen Praxis. Seminarleitung: Prof. Armin Löwe, Heidelberg. Seminargebühr: 160 DM.

28. September bis 3. Oktober 1987: Praxis der neuromotorischen Entwicklungstherapie und der Frühbehandlung mundmotorischer Störungen (Anfänger). Seminarleitung: Prof. Dr. R. Castillo-Morales, Cordoba/Argentinien. Dr. Juan Brondo, Cordoba/Argentinien. Seminargebühr: 300 DM.

7. bis 10. Oktober 1987: Psychomotorische Therapie beim MCD-Kind — Teilleistungsstörungen/ganzheitliche Therapie. Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Psychomotoriktherapeut Hanspeter Egloff, CH-St. Gallen. Psychomotoriktherapeutin Sonja Wengler, CH-Zürich. Seminargebühr: 450 DM.

23. bis 26. Oktober 1987: Neurolingupädie-Tage — Probleme der Sprachdiagnostik bei Vorschulkindern. Seminarleitung: Dipl. der Spezialisierung in Psychologie — Fachrichtung Psychopathologie der Sprache und Logopädie — Barbara Ornellas, München. Seminargebühr: 180 DM.

13. bis 14. November 1987: Diagnostik von Hörstörungen im Kindesalter. Seminarleitung: Dr. Barbara Renner, München. Gisela Normann, München. Seminargebühr: 150 DM.

6. bis 8. November 1987: Myofunktionelle Therapie (Orofaciale Therapie). Seminarleitung: Dipl.-Sprechwissenschaftler Dr. Volkmar Clausnitzer, DDR-Halle. Seminargebühr: 220 DM.

20. bis 22. November 1987: Die Bliss-Symbol-Kommunikationsmethode. Seminarleitung: Sonderschullehrer Thomas Franzkowiak, Düsseldorf. Seminargebühr: 250 DM.

26. bis 27. November 1987: Lernpsychologische Hilfen unter der Vojta-Therapie. Ort: Kinderzentrum München, Montessori-Schulen, Heiglhofstraße 63, 8000 München 70. Seminarleitung: Dipl.-Psychologe Ingo Hoffmann, München. Krankengymnastin Barbara Hosenfeld, München. Seminargebühr: 130 DM.

Seminare ohne Nennung eines Veranstaltungsortes finden im Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 129 e, 8000 München 2, statt.

Anmeldungen und das komplette Jahreskursprogramm (bitte frankierten Rückumschlag, 1,10 DM) über die Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V., z. H. Stefan Amandi, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

Ferienkurse der Schule Schlaffhorst-Andersen 1987

Termine: 24. Juni bis 2. Juli, 29. Juli bis 6. August, 30. September bis 8. Oktober.

Teilnehmer und Ziele: Die Kurse richten sich an Berufstätige, deren Stimme im Alltag hohen Belastungen ausgesetzt ist. Pädagogen, Theologen, Sänger, Schauspieler, Politiker u. a. können lernen, ihre Atmung und Stimme ökonomisch einzusetzen. Logopäden, Sprachheilpädagogen und Krankengymnasten können in der Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen Anregungen für ihre berufliche Tätigkeit im Zusammenhang mit der Stimme und mit der Atmung finden. Erwachsene mit Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen können hilfreiche Behandlungsmethoden nach Schlaffhorst-Andersen kennenlernen. Darüber hinaus kann diese Arbeit die Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen vorantreiben, weil Atmung, Stimme, Sprechweise und Bewegung mit geistig-seelischen Vorgängen eng verbunden sind.

Kosten für Unterkunft, Vollpension und Unterricht: 645 DM pro Person.

Richten Sie bitte weitere Anfragen an das Sekretariat der Schule Schlaffhorst-Andersen, Jugenddorf Bad Nenndorf, Bornstraße 20, 3052 Bad Nenndorf, Telefon (05723) 31 23.

Fachtagung Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder

Eine große Zahl körperbehinderter Kinder hat deutliche Probleme mit Sprache und Sprechen. Zentralmotorische Störungen und somatopsychische Veränderungen wirken sich negativ auf die sprachliche Entwicklung aus. Hier kann eine qualifizierte Förderung helfen, zusätzliche Entwicklungsschwierigkeiten zu vermeiden. Mit der Fachtagung will der Bundesverband für spastisch

Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V. Fachkräften — Mitarbeitern aus Einrichtungen für körperbehinderte Kinder und Therapeuten der entsprechenden Fachrichtungen —, aber auch Eltern sprachlich beeinträchtigter Kinder Gelegenheit geben, sich über die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung zu informieren und Erfahrungen und Erkenntnisse, die aus der unmittelbaren Praxis gewonnen wurden, auszutauschen.

Die Tagung, die am 2. und 3. Oktober 1987 in der Stadthalle Lahnstein stattfindet, wird von Dr. Andreas Fröhlich, Vorsitzender des Pädagogischen Beirats des Bundesverbandes, geleitet. Weitere Referenten und Beiträge:

Ulrike Brander, Logopädin, Stiftung Pfennigparade: »Logopädische Techniken und ihre Einsatzmöglichkeiten beim CP-Kind«; Hermann Frey, Sonderpädagoge: »Symbol- und Zeichenkommunikation«; Jean-Claude Gabus, Schweiz. Stiftung Elektron. Hilfsmittel für Behinderte: »Die Entwicklung technischer Kommunikationshilfen für körperbehinderte Kinder«; Prof. Dr. Ursula Haupt, Inst. für Sonderpäd. der J.-Gutenberg-Universität Mainz: »Aufgaben der Kommunikationsförderung bei körperbehinderten Kindern«; Prof. Dr. Martin Hildebrand-Nilshon, Psych. Inst. der Freien Universität Berlin: »Sprachentwicklung des körperbehinderten Kindes«; Prof. Dr. med. Hanus Papoušek, FB Entwicklungspsychobiologie des M.-Planck-Inst. München: »Frühe Kommunikationsentwicklung und körperliche Beeinträchtigung«; Prof. Rudolf Rheinweiler, FB Sonderpäd. der Päd. Hochschule Reutlingen: »Sprachtherapie bei hörbeeinträchtigten Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen«; Agnes Wettstein, Logopädin, Heilpäd. Seminar Zürich: »Grundlagen einer logopädischen Behandlung cerebral bewegungsgestörter Kinder«.

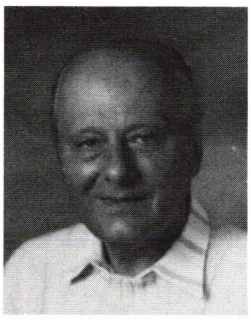
Die detaillierte Ausschreibung der Fachtagung kann beim Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V., Postfach 8132, 4000 Düsseldorf 1, Telefon (0211) 75 00 68-69, angefordert werden.

Seminar über Probleme in bezug auf Gaumenspalte und Veluminsuffizienz

Organisiert von der »Association Luxembourgeoise des Orthophonistes«, am 25. September 1987 in Remich, Luxemburg. Unter Mitwirkung von: 1. Mr. Jim Shanks, Ph. D. Clinical Director of Speech Pathology Services, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, USA. Er wird folgende Themen behandeln: nasal balance, velopharyngeal inadequency, neurogenic VP incompetence, testing for VPI, atypical articulation errors in VPI, surgery versus protheses for VPI-patients, families and feelings of VPI-patients. 2. einem Spezialisten in Kiefer- und Gesichtschirurgie, welcher über medizinische Aspekte berichten wird.

Die Vorträge werden jeweils in englischer und französischer Sprache gehalten werden (keine Simultanübersetzung). Die Einschreibegebühren sind auf 2500 FB bzw. 120 DM oder 440 FF festgesetzt. Interessierte Teilnehmer sind gebeten, sich spätestens bis zum 1. September 1987 an folgender Adresse anzumelden: Association Luxembourgeoise des Orthophonistes, Boîte postale 898, L-2018 Luxembourg.

Würdigung



Oskar Brennecke geht in Pension

Fast ein Jahrzehnt war Oskar Brennecke ehrenamtlich als Rechnungsführer für die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik tätig. Wer Verbandsarbeit kennt, weiß, welcher Arbeitsaufwand mit dieser Funktion verbunden ist, zumal es damals noch keine elektronische Datenverarbeitung gab. In einem großen Buch wurde alles registriert. Für die Mitglieder war nur während der Delegiertenversammlung in einem kurzen Augenblick erkennbar, mit welcher Sorgfalt Oskar Brennecke die ehrenamtliche Aufgabe erfüllte. Je besser er die Kasse führte, desto weniger wurde darüber gesprochen.

Er gehört zu der Generation von Lehrern, die von der Schulbank in den Krieg ziehen und nach dem Krieg vielerlei Pfade beschreiten mußten, um erst einmal überleben zu können.

Für den jungen Sprachheillehrer ist er durch seine

Hilfsbereitschaft und sein Engagement in der Fortbildung ein Vorbild. Auch heute noch nimmt er regelmäßig an den Fortbildungsveranstaltungen der Landesgruppe teil. Mit dem Kollegium führte er vielerlei Fortbildungsveranstaltungen durch. Wer ihn kennt, mag nicht glauben, daß er schon seit längerem der älteste aktive Sprachheillehrer Hamburgs ist. Die von vielen Lehrerinnen und Lehrern genutzte Möglichkeit des vorzeitigen Ruhestands nahm er aus Freude am Beruf und aus Verantwortung gegenüber seiner Schule nicht wahr. Oskar Brennecke arbeitete über zwei Jahrzehnte an der Sprachheilschule Rostocker Straße, einer der ältesten Sprachheilschulen Deutschlands. Über ein Jahrzehnt war er stellvertretender Schulleiter.

Da die Schulleiterstelle bereits über ein Jahr vakant ist, mußte er neben der Arbeit des Klassenlehrers noch die Aufgaben des Schulleiters übernehmen. Gern hätte er vor seiner Pensionierung noch einen Schulleiter eingearbeitet, aber dieser Wunsch ging nicht in Erfüllung.

Die dgs wünscht ihm für den wohlverdienten Ruhestand alles Gute. Die Landesgruppe Hamburg freut sich, daß er weiterhin als Rechnungsprüfer tätig sein wird und daß er bereit ist, seine Erfahrungen weiterzugeben. Danke, Oskar!

Klaus-Christian Becker

Bücher und Zeitschriften

Walter Spiess und Hans-Joachim Motsch: Heilpädagogische Handlungsfelder I. Umgang mit Verhaltensauffälligen — Arbeiten mit Sprachbehinderten. Einführung in die Heilpädagogik, Band 3, herausgegeben von Urs Haeberlin. Verlag Paul Haupt, Bern 1986. 128 Seiten mit 14 Abbildungen. Kartoniert. 19,50 DM.

Das Buch ist Teil eines (noch nicht abgeschlossenen) mehrbändigen Werks, mit dem eine »Einführung in die Heilpädagogik« bezweckt werden soll. Zwei Teile — Allgemeine Heilpädagogik (Band 1) und Das Menschenbild für die Heilpädagogik (Band 2), beide vom Gesamtherausgeber *Haeberlin* verfaßt — sind bereits erschienen; weitere sollen folgen.

Die Reihe ist (nicht nur vom Titel her) den Vorstellungen Heinrich *Hanselmanns* verpflichtet, der in seinem 1930 erschienenen Werk gleichen Titels der modernen Heilpädagogik eine neue Grundlage schuf. Zu den Leitvorstellungen *Hanselmanns* gehörte, daß sich das heilpädagogische Bemühen selbstverständlich nicht nur auf den schulischen Bereich zu zentrieren habe. Entsprechend sind in der Schweiz konzeptionelle Verengungen und Verklemmungen wie in der Bundesrepublik — man denke nur an die primär schulbezogenen Ausbildungsaufgaben der sonderpädagogischen Studienstätten — gar nicht erst entstanden. Darüber hinaus war *Hanselmanns* Bestreben darauf ausgerichtet, der damals bereits erkennbaren Aufsplitterung des Arbeitsfeldes in behinderungsspezifische Einzelaspekte entgegenzuwirken, das verbindend Allgemeine des heilpädagogischen Tuns herauszustellen und in ein übergreifendes System der Sondererziehung einzufügen.

Das vorgelegte Buch will diesen Ansätzen entsprechen, indem die Autoren an zu verallgemeinernden Beispielen aus den Bereichen der Verhaltensgestörten- wie der Sprachbehindertenpädagogik in Grundfragen des heilpädagogischen Handelns außerhalb des Sonderschulunterrichts einzuführen gedenken.

Im Mittelpunkt des ersten Beitrags, Umgang mit Verhaltensauffälligen (S. 7—71), verfaßt von Walter *Spiess,* Leiter der Abteilung Klinische Heilpädagogik des Heilpädagogischen Instituts der Universität Freiburg (Schweiz), steht die Person des Fachpädagogen für Verhaltensgestörte, seine persönlichen Qualitäten und sein fachliches Können. Anhand von Verhaltensweisen in kritischen Alltagssituationen, z. B. im Umgang mit einer Mutter und deren ängstlicher Tochter oder im Umgang mit einem aggressiven Jugendlichen in einer Heimgruppe, versucht *Spiess,* die fachlichen Herausforderungen zu beschreiben und zu analysieren sowie in weitere wissenschaftliche Zusammenhänge einzuordnen. Was hier am Beispiel des erzieherischen und therapeutischen Umgangs mit Verhaltensauffälligen erörtert wird, dürfte wegen seiner Alltagstauglichkeit von allgemeinem sonderpädagogischen Interesse sein.

In ähnlicher Weise will Hans-Joachim *Motsch,* für Leser dieser Zeitschrift als Leiter der Abteilung Logopädie des Heilpädagogischen Instituts der Universität Freiburg (Schweiz) längst kein Unbekannter mehr, mit seinem überaus lesenswerten Beitrag (S. 73—124) die Grenzen allzu engen Spezialdenkens überschreiten. Obwohl er über fachliche Details, so z. B. über geschichtliche Zusammenhänge und Entwicklungen, über die verschiede-

nen Handlungsfelder des Sprachbehindertenpädagogen (in der Schweiz: Logopäden), über Begriffe und vor allem ausführlicher über handlungsleitende Prinzipien bei Diagnose und Therapie berichtet, vermag er damit doch, am speziellen Phänomen der Sprachbehinderung die generelle Kategorie reduzierter Möglichkeiten behinderter Menschen herauszuarbeiten. Mir sind bisher wenige Beiträge in unserem Fach begegnet, in denen auf vergleichsweise wenigen Seiten so viel Substantielles zu Papier gebracht worden ist.

»Arbeiten mit Sprachbehinderten« ist wie »Umgang mit Verhaltensauffälligen« ein Baustein innerhalb des Gesamtgebäudes »Heilpädagogik«. Es ist den Schweizer Kollegen zu wünschen, daß sie ihr Bauwerk mit der im vorliegenden Buch erkennbaren Qualität zu einem guten Ende bringen mögen.

Jürgen Teumer

Christa Schlenker-Schulte und Klaus Schulte: Sprech-Lehr-Programm Stammlertherapie.

Begleittexte zu 33 Video-Dokumentationen. Neckar-Verlag, Villingen-Schwenningen 1986. 224 Seiten. Kartoniert. 35 DM.

Viele Leser werden das seit einigen Jahren schon im Institut für den Wissenschaftlichen Film Göttingen (IWF) verfügbare, von dort ausleihbare oder zu kaufende Angebot kennen: 33 Video-Dokumentationen mit Ausschnitten aus der Stammler-Therapie, insgesamt fast zwölf Stunden. Das umfangreiche Material ist unter der Mithilfe namhafter Therapeuten (Logopäden) und Sprachheilpädagogen der Sprachheilzentren in Ravensburg und Oldenburg sowie der Schulen für Sprachbehinderte in Mannheim und Heidelberg, nicht zuletzt aber der dort betreuten und behandelten Kinder und ihrer Eltern entstanden. Den Rahmen dafür bildete ein Forschungsprojekt zur Angewandten Phonetik der Forschungsstelle der Pädagogischen Hochschule Heidelberg für Angewandte Sprachwissenschaft zur Rehabilitation Behinderter (Zeitraum: 1978—1986). Die Planung und Durchführung dieser zeitlich und finanziell aufwendigen Arbeit lag in Händen des Ehepaars *Schulte* (Heidelberg).

Seit kurzem gibt es nun zu dem Video-Programm das Begleitbuch. Es informiert über Ansatz, Ziel, Grenzen und Möglichkeiten des Video-Sprech-Lehr-Programms ebenso wie über seinen inhaltlichen und formalen Aufbau. Einige Mitwirkende (Magda *Gey,* German *Frank,* Peter *Grziwotz-Buck* und Lothar *Werner*) geben Hinweise über die zugrundeliegenden Konzeptionen. Den weitaus größten Raum nehmen die Begleittexte zu den 33 Programmteilen ein (mit Hinweisen zu den Kindern und detaillierten Angaben zu den Lernzielen und Lernhilfen).

Die Buchautoren weisen darauf hin, daß eine Stammlerbehandlung ohne phonetisch-phonologische Grundkenntnisse schlechterdings nicht möglich sein dürfte. Das Begleitbuch versucht hier ein bißchen nachzuhelfen, indem es wenigstens über einige Sachverhalte (Bildung von Konsonanten und Vokalen) kurz informiert.

Zur Zielstellung des Materials merken die Verfasser an, daß es zeigen solle, wie phonetisch und sprachtherapeutisch fundiert auf verschiedenen Therapiestufen (z. B. auf der Anbildungsstufe oder der Festigungsstufe) bei verschiedenen Schweregraden in verschiedenen Organisationsformen (wie Ambulanz bzw. Sprachheilschule, in Einzel- oder Gruppentherapie) mit verschiedenen Methoden und Techniken stammelnden, sprachentwicklungsverzögerten Kindern geholfen werden kann. Einbezogen werden dabei neben unterschiedlichen Methoden der Lautanbildung (z. B. Ableitungsmethoden) auch Möglichkeiten der Hörerziehung; auch Formen der Elternmitarbeit sollen sichtbar werden.

Die Video-Dokumentationen richten sich primär an Sprachheilpädagogen und Logopäden, die zusätzliche Anregungen und Alternativen für ihre therapeutische Praxis suchen oder die in den Materialien eine sinnvolle methodisch-didaktische Hilfe für ihre Aus- oder Weiterbildungsaktivitäten sehen.

Die Autoren sind selbstkritisch genug, dem Material den richtigen Stellenwert zuzumessen, wenn sie feststellen: »Die gezeigte Therapie soll nicht fraglos, rezepthaft übernommen werden. Vielmehr sollen die dokumentierten Praxisbeispiele es ermöglichen, einen eigenen, an phonetisch-phonologischen Gesichtspunkten orientierten Standpunkt zu gewinnen« (S. 14). Sie wissen und machen ausführlich darauf aufmerksam, daß die Technik der Spontaneität aller Beteiligten Grenzen gesetzt und die Realität der therapeutischen Situation in Anbetracht der äußeren Umstände auf ein Konzentrat reduziert hat.

Die Benutzer sollten diese schwierigen Rahmenbedingungen bedenken und dem Arbeitsteam dankbar sein, daß es den Mut hatte, andere Fachleute an seiner Therapie teilnehmen (und sich notgedrungen kritisieren) zu lassen. Es wäre gut, wenn sich weitere Therapeuten aufgerufen fühlten, Ausschnitte auch aus anderen Bereichen der diagnostisch-therapeutischen Arbeit vorzustellen. Nicht nur die Ausbildungsbelange bedürften in vermehrtem Maße dieser anschaulichen und praxisorientierten Grundlagen — der fachliche Aus-

tausch gewönne eine neue, begrüßenswerte Dimension!

Ein Hinweis: Die Video-Dokumentationen können zu Preisen zwischen 24 und 224 DM beim Institut für den Wissenschaftlichen Film, Nonnenstieg 72, 3400 Göttingen (Telefon 0551/2020), erworben werden. Ein kostenloser Entleih bis zu zwei Wochen (auch an Einzelpersonen) ist möglich, wenn die Bestellung über Schulen, Hochschulen, Studienseminare, Kliniken, Volkshochschulen u. ä. erfolgt.

Jürgen Teumer

Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik (SZH) (Hrsg.): **Ausbildungsmöglichkeiten für Heilpädagogen, Sonderpädagogen, Logopäden in der Schweiz.** Verlag der SZH, Luzern 1985, 4. überarbeitete Auflage. 36 Seiten, geheftet. Ohne Preisangabe.

Die informativ aufgemachte Broschüre gibt kurz und übersichtlich in deutscher und französischer Sprache Auskunft über alles, was ein an einer heilpädagogischen Ausbildung Interessierter wissen müßte. Die Schrift enthält fünf Abschnitte: Einführung (u. a. Was ist Heilpädagogik? Was tut der Heilpädagoge?), Ausbildungsmöglichkeiten (u. a. Adressen der Studienstätten, Zulassungsvoraussetzungen, Dauer der Ausbildung, Art der Abschlüsse), Statistik, angrenzende Ausbildungsgänge (u. a. Sozialpädagoge, Heilerzieher auf anthroposophischer Grundlage, Legasthenietherapeut), Stichwortregister.

Diplomausbildungsgänge zum Logopäden (bei uns in etwa entsprechend: Sprachbehindertenpädagoge) gibt es an vier Orten: Basel, Freiburg und (zweimal) Zürich. Vorausgesetzt wird überwiegend das sogenannte Lehrerpatent bzw. das Kindergärtnerinnendiplom; entsprechend bestehen berufliche Möglichkeiten im schulischen wie außerschulischen Bereich im weitesten Sinne.

Der statistische Teil weist aus, daß 1984/85 an allen Ausbildungsstätten zusammen 206 Studierende der Logopädie eingeschrieben waren (davon 196 [!] weiblichen Geschlechts). Bedenkt man, daß an mancher Studienstätte in der Bundesrepublik trotz drastischen Personalabbaus mehr Studierende der Sprachbehindertenpädagogik als in der gesamten Schweiz eingeschrieben sind, darf man wohl neidvoll nach Süden blicken.

Jürgen Teumer

Werner Radigk: Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion. verlag modernes lernen, Dortmund 1987. 226 Seiten. Broschiert 34 DM.

Der Mensch wird zum Menschen durch den Menschen — nicht durch Begabung und auch nicht durch Reifung. Die Kommunikation mit der Umwelt hat den entscheidenden Einfluß auf die Bildung der Nervenverbindungen im Zentralnervensystem. Wie kommt der Autor zu diesen Aussagen? Prof. *Radigk* hat in jahrelanger Forschungsarbeit die Ergebnisse der kognitiven Entwicklungspsychologie überprüft und sie mit den neuropsychologischen Erkenntnissen der Hirnforschung verglichen. Das Ergebnis dieser Forschungen läßt aufhorchen:

1. Die kognitive Entwicklung des Menschen verläuft nicht in einem gleichförmigen Prozeß der Wechselwirkung zwischen ererbten und erworbenen Anteilen, sondern im Zuge der Entwicklung haben sich Gehirnstrukturen gebildet, die maßgeblich durch die Umwelt bestimmt werden, und zwar durch Kommunikation. Je höher ein Nervensystem entwickelt ist, desto größer ist auch der Einfluß der Umwelt.
2. Je höher ein Signalsystem codiert ist, um so mehr funktionelle Anteile besitzt es, um so größer sind auch die Störungsmöglichkeiten und Ausfälle, aber um so höher ist gleichzeitig der Informationsüberschuß und damit die Möglichkeit, zu korrigieren, zu ergänzen oder das System auf andere Art funktionsfähig werden zu lassen.
3. Das Denken des Menschen ist maßgeblich von der Entwicklung seiner Kommunikationssysteme abhängig. Deshalb läßt es sich, wenn die Grundvoraussetzungen gegeben sind, planmäßig aufbauen und zielgerichtet fördern.
4. Unsere Kommunikationssignale bilden Systeme, die in einer festgelegten Abhängigkeit zueinander stehen und die hierarchisch aufgebaut sind. Die Möglichkeiten der Einwirkung auf den Aufbau der Kommunikation und die Entwicklung des Denkens hängen deshalb weitgehend von der Kenntnis dieser Systeme ab.

Prof. *Radigk* legt in seiner Arbeit die Beziehungen zwischen Hirnaktivitäten, Kommunikationen und Denken offen und leitet daraus Folgerungen für die Entwicklungsförderung und Behandlung von Dysfunktionen ab. Gerade dieser Bereich liegt dem Autor — Professor der Sonder- und Heilpädagogik — besonders am Herzen. Er ist Ausgangspunkt seiner Forschungen und gleichzeitig Schwerpunkt seines Buches, in dem er seine Forschungsergebnisse an einer Vielzahl von praktischen Beispielen dokumentiert.

(Aus dem Verlagsprospekt)

Wir werden auf dieses äußerst interessante und nachdenkenswerte Werk noch einmal in einer ausführlichen Rezension zurückkommen.

Arno Schulze

Aus anderen Zeitschriften

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

Nr. 1, 1987:

Axel Holtz, Hinterdenkental: Zur Diagnose der semantischen Fähigkeiten von sprachbehinderten Kindern. S. 5—19.

Geert Lotzmann, Heidelberg: Aspekte sprecherzieherischer Übungsbehandlung im Bereich von Dysphonien und Dyslalien. S. 20—25.

Heike Weber, Dortmund: Überlegungen zur therapeutischen Betreuung dysgrammatisch sprechender Kinder unter besonderer Berücksichtigung methodischer Fragestellungen. S. 26—38.

Aus der Praxis für die Praxis:

Brigitte Schnell, Wels: Untersuchung und Befunderstellung bei sprech- und sprachgestörten Kindern. S. 39—82.

Während *Holtz* zum Teil neue Aspekte gegenwärtiger Sprachdiagnostik zeigt, bringt *Lotzmann* Aufgaben des Sprecherziehers in den Blick, mit einer gewissen Abgrenzung zur logopädischen Behandlung. *Weber* legt noch einmal Gewicht auf neue Seiten der Behandlung des Dysgrammatismus, der wohl zur Zeit im Vordergrund des Interesses steht. *Schnell* bietet einen umfangreichen Untersuchungsbogen an.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 1, 1987:

Ulrich Giersberg, Magdeburg: Diagnostizierung des sprachlichen Entwicklungsniveaus. S. 11—19 und 29.

Klaus Sack, Berlin: Erfahrungsaustausch zur Arbeit mit Sprachverzögerungsgeräten. S. 23—29.

Nr. 2, 1987:

Renate Hollstein, Frankfurt/Oder: Erfahrungen aus dem Einsatz des Sprechverzögerungsgerätes BBO 22. S. 111—117.

Kurt Hahnefeld, Dresden, *Rosemarie Heinrich,* Berlin, und *Cornelia Rühling,* Dresden: Logopädische Erstüberprüfung fünf- bis siebenjähriger stotternder Kinder mit Hilfe des Lautprüfmittels. S. 117—120.

Folia phoniatrica, Basel/Schweiz

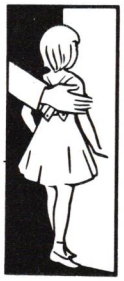
Nr. 1, 1987:

Diane J. Sawyer, Syracuse, N.Y., USA: The Brain in Language and Reading: Research Application and Interpretation. S. 38—50.

Das Gehirn beim Sprechen und Lesen: Angewandte Forschung und Interpretation. Die Arbeit faßt in einem kurzen Überblick die Forschungsergebnisse der Neuroanatomie bezüglich Sprechen, Sprache und Lesen zusammen. Es wird versucht, beim Leser Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Hirnentwicklung, Spracherwerb, Sprachanwendung und Erwerb des Lesens zu wecken. Außerdem werden einige Fälle von Leseschwäche vorgestellt, die die Interdependenz der zentralnervösen Fähigkeiten bezüglich sensorischer Funktionen oder Sprachfunktionen und der Lesefähigkeit von Schülern verdeutlichen (Autorenzusammenfassung).

Rebekah H. Pindzola, Auburn, Ala., USA: Durational Characteristics of the Fluent Speech of Stutterers and Nonstutterers. S. 90—97.

Redeflußcharakteristika flüssigen Sprechens bei Stotterern und Nichtstotterern. Die Untersuchung strebt eine Unterscheidung der Redeflußcharakteristika bei Stotterern und Nicht-



Die LEBENSHILFE
FÜR BEHINDERTE
Grafschaft Diepholz e.V.

sucht mehrere berufserfahrene

**Logopäden(innen)
Sprachtherapeuten**

für einen **Sprachheilkindergarten** und **Sprachheilambulanzen.**

Die Bezahlung erfolgt in Anlehnung an den BAT (VKA) mit den üblichen Sozialleistungen.

Ihre Bewerbung
richten Sie bitte
z. Hd. Herrn von Goebler,
LEBENSHILFE e.V.,
Lindenstraße 1 a,
2838 Sulingen,
Telefon (04271) 40 61.

stotterern bei flüssiger Sprechweise, also während der Phasen, in denen der Stotterer nicht stottert, an. Aus jeder Gruppe wurden je zehn Probanden untersucht, jeweils erwachsene Männer im Alter von 18 bis 32 Jahren. Es finden sich Hinweise dafür, daß sich auch die flüssige Sprechweise von Stotterern von der von Nichtstotterern unterscheidet, was durch eine Verzögerung der koartikulatorischen Bewegungen erklärt wird. Bei den untersuchten Stotterern handelte es sich jedoch um nichtbehandelte Probanden (Autorenzusammenfassung).

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen

Nr. 1, 1987:

Gunter Reich, Göttingen: Stotternde Kinder und ihre Familien. S. 16—22.

Ein etwas enges psychoanalytisches Konzept hat anscheinend die dann tatsächlich auch gefundenen Konstellationen und Bezugsperson-Konflikte geradezu herausgefordert. Zuweilen gehen die herangezogenen Hypothesen zur Entstehung des Stotterns wieder arg in sehr eingegrenzte orthodox-psychoanalytische Sichtweisen über.

Sprache Stimme Gehör, Stuttgart

Nr. 1, 1987:

Axel Holtz, Hinterdenkental: Die Entwicklungsdysphasie — sprachpathologisches Konzept oder psycholinguistisches Chaos? S. 21—26.

Im Bereich der Sprachpathologie ist ein neues Sprachstörungsbild vorgestellt worden: die Entwicklungsdysphasie. Zu diesem Thema wird die neuere Literatur aufgearbeitet, um entscheiden zu können, welche Möglichkeiten der Praktiker aus der wissenschaftlichen Forschung gewinnen kann. Die Ergebnisse dieser Analyse sind jedoch widersprüchlich. Thesenartig werden deshalb zum Schluß Impulse zur fundierten weiterführenden Diskussion vorgestellt (Autorenzusammenfassung).

K. Offergeld, Bonn: Symbolfähigkeit und Symbolverhalten als Aspekte der Sprachaufbauhilfe. S. 27—29.

Der Aufsatz befaßt sich mit Ursache und Behandlung der Sprachentwicklungsstörungen, die als Folge gestörter Symbolfähigkeit auftre-

Dipl.-Sprachheilpäd. oder Logopäde(in)

zur Übernahme meiner sehr gut eingeführten Praxis im Kreis Unna/Westf. zum 1. Januar 1988 gesucht. Es handelt sich um die einzige Praxis am Ort. Die Anzahl der von mir zu übernehmenden Patienten sowie die räumlichen Voraussetzungen lassen auch die Durchführung einer Gemeinschaftspraxis zu. Voraussetzung für die für den Praxisbetrieb notwendige Kassenzulassung ist eine mind. zweijährige Tätigkeit nach dem Examen. Preis VS.

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

Aufbau von zwei Gruppen für sprachbehinderte Kinder im Landkreis Hameln-Pyrmont. Gesucht wird zum 1. Oktober 1987

Sprachtherapeut/in oder

Logopäde/in mit Kassenzulassung.

Wir erwarten von den Bewerbern Erfahrungen mit sprachbehinderten Kindern im Vorschulalter, Sicherheit in der Diagnostik und selbständiges Arbeiten.

Wir bieten eine Vergütung im Rahmen des BAT.

Aussagefähige Bewerbungen erbitten wir an die
LEBENSHILFE Hameln, Bennigsenstraße 11, 3250 Hameln 1.

ten. Zur Erklärung der Beeinträchtigung wird das Konzept F. *Affolters* über die Entwicklung von Wahrnehmungsfunktionen und die Folgen ihrer Störung beschrieben. Besondere Bedeutung wird dabei dem Nachahmungs- und Vorstellungsvermögen zugemessen. Die vorsprachliche Behandlung versucht mit systematischen Übungen die fehlenden Entwicklungsphasen der einzelnen Stufen nachzuholen. Die Sprachtherapie richtet sich auf die Versprachlichung von Handlungsschemata, auf Wortanbildung mit emotionaler Einbettung und setzt sich fort in der stufenweisen Erarbeitung verschiedener Wort- und Satzinhalte. Das Sprachverständnis ist hier stets sorgfältig zu kontrollieren (Autorenzusammenfassung).

Arno Schulze

Atem-, Stimm- und Sprechlehrerin

38, sucht Anstellung (ca. 20-Std.-Woche) im Bereich Stimm- und Sprachtherapie (Einzeltherapie) im norddeutschen Raum, vorzugsweise Hamburg und Umgebung. Ganzheitliches Arbeiten.

Christine Lescow,
Kegelhofstraße 45, 2000 Hamburg 20,
Telefon (040) 4 80 25 41.

Bezirksamt Neukölln von Berlin
Abteilung Gesundheitswesen

BERLIN

Wir suchen ab sofort eine(n)

Taubstummenoberlehrer(in) bzw. Lehrer(in)

an Sonderschulen (für Hörbehinderte) — 40 Wochenstunden —
BesGr. A 13 + Amtszulage —

für folgendes Arbeitsgebiet: Beratungsstelle für Hörbehinderte im Heilpädagogischen Zentrum. Hör-Sprach-Erziehung bei hör-/sprachbehinderten Kleinkindern; Hörtraining bei Vorschul- und Schulkindern, die mit Hörgeräten versorgt werden; Elternberatung und Anleitung zur Hausspracherziehung; Einzel- und Gruppenarbeit in der sich im gleichen Hause befindenden Sonderkindertagesstätte für Hörbehinderte; Beratung und Anleitung von Erziehern und Lehrern in Regel- und Sonderkindertagesstätten bzw. Regelschulen, in denen sich hörbehinderte Kinder befinden (Begleitung der Integration); Zusammenarbeit mit den Berliner Sonderschulen für Schwerhörige und Gehörlose; Vorbereitung und Durchführung von Elternkursen; Dokumentation der fachpädagogischen Arbeit (z. B. mit Video-Geräten).

Anforderungen: Neben der Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzung und der fachlichen Qualifikation sind besonders Interesse an der muttersprachlich ausgerichteten Hör-Sprach-Erziehung hörbehinderter Kleinkinder und an der Elternarbeit sowie an der Benutzung von modernen Hilfsmitteln zur Hörerziehung und zum Spracherwerb erforderlich. Bereitschaft zur interdisziplinären Teamarbeit.

Eine vorübergehende Beschäftigung im Angestelltenverhältnis bis zur Übernahme in das Beamtenverhältnis ist möglich.

Bewerbungen sind innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung unter Angabe der Kennzahl 4102 — A IV/10 an das **Bezirksamt Neukölln von Berlin — PV PA II —, Karl-Marx-Straße 83, 1000 Berlin 44,** zu richten.

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

B. Triffterer und A. Böhl: Computereinsatz in der Aphasietherapie.
H. Naeckel und W. Wertenbroch: Die Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer nach der Methode Georg H. Naeckel.
E. Richter: Über Hausdörfers Methode zur Behandlung des Stotterns.
M. Grohnfeldt: Dualismus von Unterricht und Therapie — eine spezifische Aufgabenstellung in der Schule für Sprachbehinderte.
W. Wendlandt: Nicht vermeiden — Stottern zeigen! Teil 1: Grundsätzliches zum Non-avoidance-Konzept in der Behandlung des Stotterns. Teil 2: Symptomorientierte Behandlungsbausteine im Rahmen meiner Nicht-Vermeidungs-Therapien bei Stotternden.
S. Hanke: Kritische Anmerkungen zur Profilanalyse von Clahsen.

Der Ev. Stephanus-Kindergarten II sucht zum 1. August 1987 eine/n

Logopädin/en — Sprachtherapeutin/ten

für den Sprachheilbereich. Nähere Auskünfte werden unter der Telefonnummer (05361) 7 18 98 erteilt. Die Vergütung erfolgt nach BAT Vc/Vb.

Interessierte richten die Bewerbung bitte an den Stephanus-Kindergarten II, Bonhoeffer-Straße 30, 3180 Wolfsburg 1.

Wir sind eine Rehabilitationsklinik und AHB-Klinik, mit den Abteilungen Innere Medizin, Orthopädie, HNO, Gynäkologie und Zahnmedizin in privater Trägerschaft.

Zur Erweiterung der Sprachtherapie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachtherapeuten/in oder Logopäden/in

Das Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik, Beratung und Behandlung von stimm-, sprech- und sprachgestörten erwachsenen Patienten im stationären Bereich.

Schwerpunktmäßig behandeln wir Patienten mit Zustand nach totaler Laryngektomie, Teilresektionen, Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien.

Berufserfahrungen oder Ausbildungsschwerpunkte in diesen Arbeitsbereichen wären von Vorteil.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT und richtet sich nach Ausbildung und Berufserfahrung. Eine Teilzeitbeschäftigung ist möglich.

Bad Ems hat ca. 12 000 Einwohner und liegt in landschaftlich reizvoller Lage an der Lahn, etwa 17 km von Koblenz entfernt. Weiterführende Schulen (z. B. Gymnasium) sind am Ort vorhanden. Hoher Freizeitwert ist gegeben.

Zur Vorabinformation steht Ihnen unser Geschäftsführer Herr Tetsch unter Telefon (02603) 75-200 und am Wochenende unter (02608) 12 40 gern zur Verfügung.

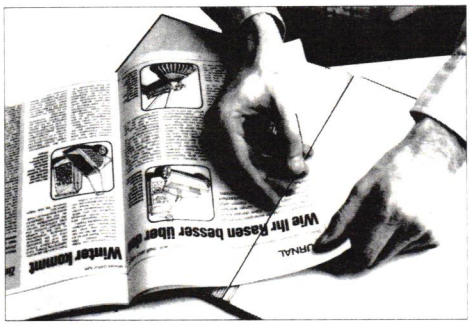
Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

Gemeinnützige Rehabilitationsklinik Deutsch-Ordens-Hospital GmbH
Römerstraße 45/46, 5427 Bad Ems.

So einfach ist es:

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

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



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

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 19,— DM zuzügl. Porto.

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

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je _____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen 1987/88, 1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

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

_____

_____

_____

Name

_____

Straße

_____

Postleitzahl Ort

_____

Datum

»Die Sprachheilarbeit«
Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Hauptbeiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten, Beiträge für die Sonderrubriken, z. B. »Aus der Praxis«, »Aus der Forschung« usw. höchstens 6 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Literaturverzeichnis).
2. Jeder Arbeit soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (möglichst schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld — ggf. zu Arbeitsschwerpunkten (Forschungen) und vorliegenden Publikationen — gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend numeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z.B.: (*Sovák*).

   Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z. B.: (*Luchsinger* 1956 a).

   Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (*Heese* 1965, S. 72).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschrieben, z. B.: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.

   Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben,

   z. B.: Führing, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien ^{4}1970.

   Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:

   z. B.: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.

   Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen,

   z. B.: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!
Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.
Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag · Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50

FV AKTUELL

Fachvermittlung für besonders qualifizierte Fach- und Führungskräfte

1296

Diplom-Pädagogin

25, Examen 1986, Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik; Praktikum in heilpädagogischer Kindertagesstätte und Schule für Sprachbehinderte;

sucht Tätigkeit in sprachtherapeutischer Praxis, bei Verein oder Institution, auch Teilzeit.

Auskünfte gibt: Herr Gabriel
Fachvermittlungsdienst Hannover, Brühlstraße 4, 3000 Hannover 1,
☎ 0511/107-1923, FS 921428

Bundesanstalt für Arbeit

---

essen

■ Einkaufsstadt ■ Messestadt ■ Universitätsstadt
■ Industriestadt ■ Energiestadt ■ Verwaltungsstadt

Die Stadt Essen sucht für das Frühtherapiezentrum des Gesundheitsamtes sofort oder zum späteren Eintritt eine(n)

Logopädin/Logopäden

Im Frühtherapiezentrum, das unter der Leitung einer Kinderärztin steht, werden Kinder mit verschiedenen Behinderungen vom Säuglings- bis ins Schulalter ambulant betreut.

Neben der Zusammenarbeit mit einem Psychologen ist die Arbeit im Team mit Therapeuten der Fachrichtungen Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Motopädie und Heilpädagogik gewährleistet.

Die Tätigkeit ist nach Verg.Gr. Vc/Vb BAT bewertet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe der Kennziffer 53/50 erbeten an

Stadt Essen · Personalamt · Rathaus · 4300 Essen 1

mit 630 000 Einwohnern fünftgrößte Stadt der Bundesrepublik

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

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

HERRN WSS 005766 *0023*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Top-Gelegenheit für »Solisten«

Parterre: Praxis: (WC — Wartez. — Zentr. Sprechz. m. Ausg. z. Terr. am Gr. Biotop — 2 Behandlungsräume — Abstellraum —).

1. OG: Sehr geschmackvoll teilmöblierte Wohnung: Ineinanderfließende Räume — Spieg.-Einbauschr. — Marmorbad — mod. kompl. einger. Küche. Wohnung u. a. Praxisräume sind telef. verb.

Kompl. Renov. v. 10 Monaten m. mod. Details — Konkurrenzl. seit 5 1/2 Jahr: Neural + Ozontherapie, Chiropr., Homöopat. — 3 Min. zum Marktpl. u. Bus. — Umfeld: Altenh., Pfarrh., Kinderg., Kirche, Ärztehaus + Apotheke — Miete kompl.: 1500,— DM — P. Held, 4050 Mönchengladbach 3, Schmidt-Bleibtreu-Straße 2, Telefon (02166) 60 30 00.

BHW
Die Bausparkasse mit Ideen

BHW DISPO 2000

Damit können Sie immer rechnen. Hochprozentig. Guthabenzinsen, Renditen und Teilbausparsummen machen BHW DISPO 2000 zu mehr als einem gewöhnlichen Bausparvertrag. Selbst wenn Sie mal an Ihr Guthaben ran wollen, ist auch das kein Problem. Ihr BHW-Berater erklärt Ihnen gerne alles ganz genau. Seine Anschrift steht im örtlichen Telefonbuch.