

C 6068 F

DIE SPRACHHEILARBEIT

36. Jahrgang 3/91
Juni

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

Inhaltsverzeichnis

Auf ein Wort Seite
Uwe Pape 97

Hauptbeiträge

H. Schulze, J. Sieron, D. Rommel
und H. S. Johannsen, Ulm
Ätiologie des kindlichen Stotterns.
Forschungsmethodische
Implikationen 99

Theo Schoenaker, Sinntal-
Züntersbach, Peter Jehle und
Dirk Randoll, Frankfurt/Main
Individualpsychologische
Therapie des Stotterns bei
Erwachsenen: Kurz- und
Langzeitergebnisse 107

Wissenschaftlicher Beirat der dgs
Empfehlungen für das Studium
der Sprachheilpädagogik 118

Magazin Seite

Einblicke
Christine Bandemer,
Hoyerswerda
Eine Möglichkeit zur
Beeinflussung des Stotterns —
Erfahrungen aus dem Bezirk
Cottbus 125
Wendel Ertel, Wermelskirchen
Zur Wirkung rhythmisch-
metrischer Sprechübungen auf
das Sprechverhalten eines
jugendlichen Stotterers 128
Bruno Kollak, Schwerin
Für Stotterer kann viel mehr
geleistet werden 133
Personalia 136
Weitwinkel 137
Aus-, Fort- und Weiterbildung 139
Materialien und Medien 140
Rezensionen 141
Buch- und Zeitschriftenhinweise 146
Vorschau 147

ISSN 0584—9470

dgs

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: 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.

Geschäftsführender Vorstand:

dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg Otmar Stöckle, Schöneckstraße 23, 7992 Tettang
Bayern Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
Berlin Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 1000 Berlin 41
Brandenburg Monika Paucker, Wilhelm-Pieck-Straße 29, O-7560 Guben
Bremen Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg Volker Plaß, Gryphiusstraße 3, 2000 Hamburg 60
Hessen Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Mecklenburg-Vorpommern Dirk Panzner, Eschenstraße 5, O-2500 Rostock
Niedersachsen Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn,
Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz Dr. Heiko Rodenwaldt, Nelly-Schmithals-Straße 30 A, 6550 Bad Kreuznach
Saarland Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 6601 Holz
Sachsen Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29, O-7022 Leipzig
Sachsen-Anhalt Regina Schleiff, Am Sauerbach 6, O-4303 Ballenstedt
Schleswig-Holstein Ingeburg Steffen, Glojenberg 32, 2000 Norderstedt
Thüringen Gotthard Häser, Brennerstraße 3 a, O-5300 Weimar
Westfalen-Lippe Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 4426 Vreden

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)
Redaktion Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln,
Frangenheimstraße 4, 5000 Köln 41
OSRin Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131,
2800 Bremen 1, Telefon (0421) 59 13 32
Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf
Telefon (05152) 29 50

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 8,80 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 52,80 DM zuzüglich 6,— DM Portokosten.

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

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit den 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.



Uwe Pape

Auf ein Wort

*Das Unmögliche ist oft nur das Unversuchtgelassene —
Was ist Erfolg in der Stotterertherapie?*

— Das Problem —

1 Prozent der Bevölkerung stottert (Deutschland: ca. 800 000). Im Schulalter stottern 2 bis 4 Prozent der Gesamtpopulation von Kindern und Jugendlichen. Hinter diesen Zahlen verbergen sich Schicksale.

— Der Stotterer —

Der Stotterer sieht sich von einer Störung überfallen, die er nicht einschätzen kann und der er von sich aus wenig entgegenzusetzen hat. Hilflöse Rettungsversuche (Vermeiden, Umstellen usw.) führen ihn tiefer in die Störung hinein, bis zum Verstummen.

Als Kind noch mutig sich widersetzend, als Jugendlicher zweifelnd, sich arrangierend, als Erwachsener auf der Suche nach einer Therapie, die hilft — protestierend, resignierend, schweigend. Auf der Suche nach Hilfe entmündigt, vertröstet, ausgebeutet. Mit jedem neuen Therapieversuch kleiner, mutloser werdend.

— Die Wissenschaft —

Die Wissenschaft gibt auf die Frage »Was ist Stottern?« keine eindeutige Antwort. Rückzugsgefechte mit den Schlagworten »multifunktional« und »mehrdimensional« vernebeln, wo eine ehrliche Antwort wäre: Wir wissen es nicht.

Jede Richtung der Wissenschaft, Psychologie, Medizin usw. bietet Erklärungsansätze an. Die Nagelprobe — führt der Erklärungsversuch zu einer Therapie, die hilft? — wird nicht bestanden.

In den Ausbildungsstätten wird der Problemkreis dargestellt, aber Handlungsanweisungen und Handwerkszeug werden sehr zögerlich und unvollständig angeboten.

— Die Therapeuten —

Der Stotterer sieht sich einer Vielzahl von Therapieangeboten gegenüber. Jedes für sich beinhaltet ein Lebenskonzept, das ein Welt- und Selbstbild prägt.

Normalerweise möchte ein Stotterer sein Leben sprechend meistern. In ihm wohnt die Sehnsucht nach Normalität, nach Sprechen.

Er muß sich im Laufe vieler Therapieversuche sagen lassen, daß Sprechen als Ziel und Erfolg einer Therapie eine Illusion ist.

Er möchte Sprechen lernen, und ihm wird Stottern verkauft. Dies geschieht nicht aus Bösartigkeit.

Ich bin sicher, daß die Kollegen mit großem Engagement arbeiten und auch Hilfe anbieten. Der Gedanke, lieber irgend etwas zu tun, das Linderung schafft, im sozialen, psychischen oder

sprechtechnischen Bereich, ist legitim. Jede Wendung zum Besseren wird als Erfolg gewertet, um nicht zu verzagen.

Nicht ohne Grund sind gerade die Stotterer, die sich mit ihrem Leiden arrangiert haben, in Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen therapeutisch tätig. Sie wissen um die Hilflosigkeit und Ängste. Sie setzen Selbstbewußtsein und ein »Trotzdem« dagegen. Sie schaffen gegen die Vereinsamung Gemeinsamkeit. Für sie kann der Erfolg einer Stotterertherapie nicht im Sprechen selbst liegen. Wie können sie das denken und anstreben nach ihren persönlichen Erfahrungen?

In den Selbsthilfegruppen ist nur eine Minderheit der Stotterer vertreten. Wo ist der Anwalt der schweigenden, leidenden, stummen Mehrheit der Stotterer?

Der zweite Personenkreis, der sich um Stotterer bemüht, sind Psychologen. Mit großer Einfühlsamkeit erkennen sie die Verzerrungen der Persönlichkeit des Stotterers, arbeiten auf, integrieren, mildern. Aber Sprechen als Vehikel der Veränderung des Stotterers hin zur Person wird nicht gesehen, weil es außerhalb ihres Berufsbildes liegt.

Darüber hinaus verdienen Heilpraktiker, Hypnotiseure o. ä. sehr gut am Leid des Stotterers.

In dem Kreis der helfenden Personen vermisse ich den Pädagogen. Er arbeitet zwar mit Stotterern, meldet sich aber selten zu Wort. Er ist sich der Unzulänglichkeit seiner Bemühungen sehr bewußt.

Er ist vertraut mit der Sprechentwicklung des Kindes. Sprechen ist sein Instrument beim Lehren. Sprache ist ihm vertraut. Trotzdem scheint er zu resignieren.

Die Frage einer Kollegin an eine Selbsthilfegruppe, ob nicht eine Gruppe für jüngere Stotterer gegründet werden könne, damit sie ihre Stotterer nach der Schulpflicht weitergeben könne, kennzeichnet die Situation.

— Was ist Erfolg in der Stotterertherapie? —

Ich möchte Herrn Professor *Braun* zustimmen, wenn er die theoriearme Praxissituation der Schule beklagt, mangelnde zeitliche und räumliche Möglichkeiten anmerkt. Die Abwanderung der Stotterer aus den Sprachheil-

schulen in vermeintlich effektivere Behandlungen jeglicher Art ist die Folge.

Der wesentliche Mangel der pädagogischen Situation ist die Orientierungslosigkeit. Den Erfolg der Stotterertherapie am Sprechenkönnen selbst zu messen, wird nicht mehr erwartet, gedacht, gewagt.

Die Binsenweisheit von Professor *Svend Smith* (Akzentmethode) »Wer gut spricht, stottert nicht« wird wegen ihrer vermeintlichen Einfachheit und Unwissenschaftlichkeit belächelt und abgetan.

Sollten die Pädagogen, und nicht nur sie, sich aufraffen, um optimistisch und ehrlich den Erfolg der Stotterertherapie nur am Sprechenkönnen zu messen?

Sollte es nicht möglich sein, das angstbesetzte, verstotterte Sprechen durch Nichtgebrauch zu verlernen und ein neues, anderes, positiv besetztes, freies Sprechen neu zu lehren und zu lernen? Die Wege dahin können durchaus verschieden sein und müssen diskutiert werden. Das wäre Arbeit des Pädagogen, zu lehren und zum Lernen anzuhalten. Könnte man sich zu mehr Professionalität im Umgang mit dieser Störung durchringen? Professionalität bedeutet, sich ganz auf diese Störung einlassen zu können. Didaktisch-methodisch, zeitlich, räumlich muß ein Optimum an Förderung sichergestellt werden.

Ich halte das für ein Gebot der Menschlichkeit.

Ich selbst habe ein solches Modell erprobt. Ich möchte Mut machen, in diese Richtung weiter zu denken und zu handeln.

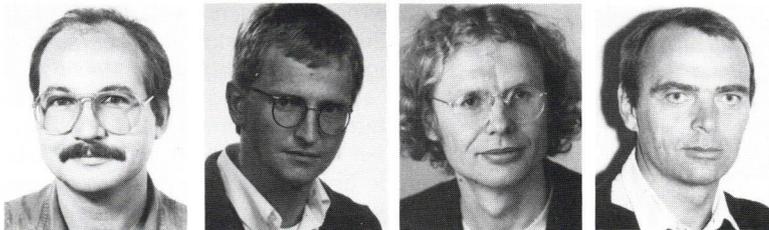
Vielleicht gibt es Kollegen, die ähnliche Vorstellungen haben und sie auch schon in die Praxis umgesetzt haben. Ich bitte um Nachricht.

Mit freundlichem Gruß



(Uwe Pape ist Oberstudienrat und Leiter des Intensivkurses zur Stotterertherapie, Golfstraße 5, Internatsschule, 2057 Wentorf.)

HAUPTBEITRÄGE



H. Schulze,
J. Sieron,
D. Rommel und
H. S. Johannsen,
Ulm

**Ätiologie des
kindlichen
Stotterns.
Forschungs-
methodische
Implikationen¹**

Zusammenfassung

Trotz eines großen Forschungsaufkommens sind die Ätiologie und die Verlaufs- und Chronizitätsbedingungen des kindlichen Stotterns nur lückenhaft bekannt. Einer Fülle von anglo-amerikanischen experimentellen Forschungsarbeiten stehen im deutschsprachigen Raum vorwiegend klinische Erfahrungsberichte gegenüber. Die Notwendigkeit, an der empirischen Erforschung des Kinderstotterns teilzunehmen, ergibt sich aus dem Interesse, die Störung besser verstehen zu können, und aus der Notwendigkeit, sie zielgerichteter und effektiver behandeln zu müssen. Da die anglo-amerikanischen Forschungsergebnisse nicht unhinterfragt auf deutschsprachige Verhältnisse übertragen werden dürfen, ist ein eigenständiges interdisziplinäres Forschungsprogramm zu fordern. Der Beitrag zeigt einige Grundlinien dafür auf und verdeutlicht, daß nicht allein ein »Mehr« an empirischer Forschung notwendig ist, sondern vor allen Dingen qualitativ andersartige Forschungsstrategien verfolgt werden müssen.

1. Einleitung

Wegen ihrer hohen Verbreitung und der oft durch sie bedingten psychosozialen Beeinträchtigung gehört die Abklärung und Behandlung von Redeflußstörungen traditionell zu einer wichtigen Aufgabe verschiedener medizinischer, pädagogischer und psychologischer Berufsgruppen. Im Laufe der Jahrzehnte sind eine große Menge Einzelmethoden und Betreuungskonzepte entwickelt wor-

den. Die wissenschaftliche Absicherung der Therapiepraxis ist eine häufig erhobene Grundforderung für ein verantwortungsvolles therapeutisches Handeln, die nur selten eingelöst wird. Auf der einen Seite muß die differentielle Effektivität bestimmter Einzelmethoden oder Methodenkombinationen wissenschaftlich erforscht werden, um rationale und zuverlässige Indikationsentscheidungen (Für welchen Stotterer ist welcher Betreuungsansatz zu welchem Zeitpunkt erfolgversprechend?) treffen zu können. Andererseits können diese für den Betroffenen und den Therapeuten gleichermaßen vordringlichen Fragestellungen nur sinnvoll bearbeitet werden, wenn die Störung selbst in ihrem Wesen verstanden wird und ein angemessener theoretischer und diagnostischer Bezugsrahmen für das facettenreiche Störungsbild gewählt wird. Die internationale Forschungsdiskussion bietet dazu verschiedene Modelle an, die sich aus einer kaum mehr überschaubaren Fülle von empirischen Einzelarbeiten hypothetisch ableiten (*Bloodstein 1987; Curlee und Perkins 1985; Fiedler und Standop 1986; Ingham 1984; Peters und Hulstijn 1987; Starkweather 1987*). Ohne die verschiedenen Modelle einander gegenüberstellen zu wollen, können folgende Aussagen als gesichert gelten:

1. Stottern ist ein Sammelbegriff für ein inhomogenes Störungsbild. Der Begriff beinhaltet auch Störungen des Redeflusses, die auf-

¹ Herrn Prof. Dr. P. Biesalski zum 75. Geburtstag.

grund bestimmter differentialdiagnostischer Leitkriterien abgegrenzt werden müssen (z. B. neurogene und psychogene Sprechunflüssigkeiten; Schulze 1989b; St. Louis 1986).

2. Stottern entsteht charakteristischerweise im Vorschulalter, häufig mit einem graduellen Chronizitätsverlauf und mit einer hohen spontanen Remissionsquote (Andrews 1985; Van Riper 1982).

3. Die Ätiologie ist unbekannt. Zur Erklärung der Entstehung und des Verlaufs werden heute mit unterschiedlichen Akzenten verschiedene »integrative« Modelle herangezogen. Es wird angenommen, daß das in der Regel in der frühen Kindheit entstehende Stottern von multiplen, koexistierenden und miteinander interagierenden Faktoren physiologisch-organischer, linguistischer und psychologischer Natur beeinflusst wird, die sich im Verlauf der Lebensspanne individuell verändern und eine sich verändernde Bedeutung für die gesamte Person annehmen können (Adams 1988; Conture 1990; Fiedler und Standop 1986; Gregory 1984; Johannsen und Schulze 1990; Guitar und Peters 1980; Motsch 1983; Myers und Wall 1982; Schulze und Johannsen 1986; Smith 1990; Starkweather 1980, 1988; Peters und Starkweather 1989; Wendlandt 1980).

Leichter fällt es, trotz der Fülle von Einzelfakten und theoretischen Beiträgen die derzeit noch offenen Fragen aufzuzeigen (vgl. Johannsen et al. 1991). So fehlt weiterhin eine über die rein behaviorale Beschreibung der qualitativen und quantitativen Ausprägung der Symptomatik hinausgehende Definition des Stotterns, z. B. unter Einschluß von ätiologischen Bedingungen (Perkins 1990; Van Riper 1982; Wingate 1976). Ferner ist die zentrale Frage einer prognostisch validen und reliablen Unterscheidung zwischen normalen und pathologischen Sprechunflüssigkeiten weiterhin nur klinisch und nicht objektiv (z. B. mit Methoden der computergestützten Sprachanalyse) möglich (Caruso und Conture 1985; Conture 1987; Gregory 1986; Jehle und Randoll 1987; Riley und Riley 1989; Schulze und Johannsen 1987; Yairi 1983). Die spezifische Bedeutung einzelner Faktoren organischer (Adams 1985; Johannsen und Schulze 1990; Schwartz 1984), linguistischer

(Peters und Starkweather 1990; St. Louis 1979; Wingate 1988) und psychosozialer Art (Schulze 1989a) für die Entstehung, den Verlauf und die Chronizität und die Remission des Stotterns muß weiter geklärt werden. In engem Bezug dazu muß die Therapieforschung erfolgen, die, abgesehen davon, daß sie auch zur Validierung von theoretischen Konstrukten und Stottermodellen herangezogen werden kann, vor allen Dingen zur Verbesserung der Prävention und der Behandlung des kindlichen Stotterns beitragen sollte.

2. Zur Forschungsmethodologie und -methodik

Angesichts der bereits vorliegenden ca. 8000 Fachartikel und ca. 60 weltweit publizierten Monographien und Sammelbänden allein in den letzten 15 Jahren eine bloße Intensivierung der Forschung zu fordern, wäre sicher verfehlt. Zwar muß für den deutschsprachigen Raum trotz lebhafter Diskussion des Themas eine ausgeprägte Forschungsabstinenz konstatiert werden (Becker et al. 1988; Hinteregger und Meixner 1988; Johannsen und Schulze 1989), der Diskussionsstand in den als führend anzusehenden anglo-amerikanischen Ländern zeigt jedoch, daß ein Erkenntnisfortschritt nicht nur durch die inhaltlichen Forschungsbereiche, sondern auch ganz wesentlich durch die verwendete Forschungsmethodologie und -methodik bestimmt wird. So ist der lückenhafte und unbefriedigende Erkenntnisstand nicht allein auf die Schwierigkeit und auf die Komplexität des Forschungsgegenstandes zurückzuführen, sondern auch auf forschungsmethodische Mängel, Irrwege und Sackgassen (Cooper 1990). Der für den deutschsprachigen Raum sicher gerechtfertigten Forderung nach einem »Mehr« an Forschung im Bereich Stottern/Redeflußstörungen (vgl. Johannsen und Schulze 1989) muß auch die Forderung nach qualitativ anderen, eben dem multivariaten Gegenstand Stottern angemesseneren Forschungsstrategien hinzugefügt werden. Folgende auch forschungsmethodisch umzusetzende Aufgabenstellungen erscheinen uns vorrangig:

1. In den Forschungsansätzen muß eindeuti-

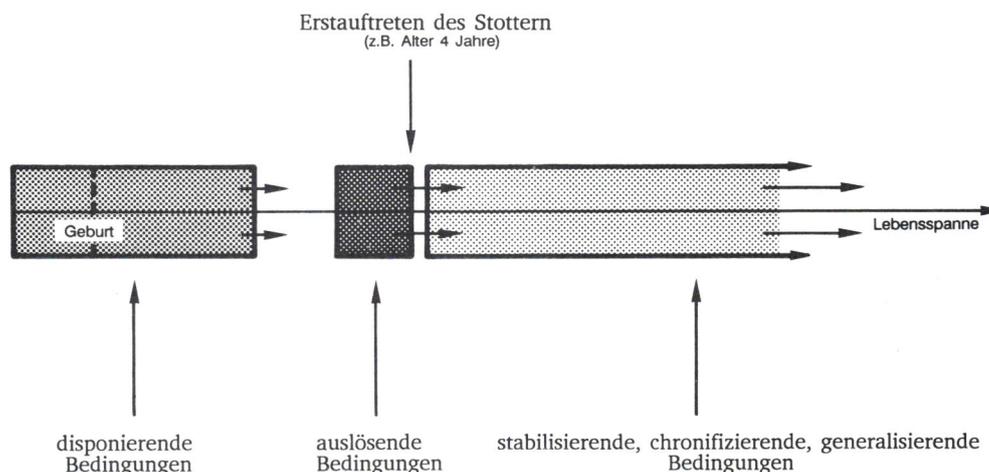


Abbildung: Ätiologische Bedingungskonstellationen des kindlichen Stotterns (Schulze und Johannsen 1990)

ger unterschieden werden, ob *disponierende Bedingungen* (z. B. Vererbung, prä-, peri-, postnatale Einflüsse oder frühkindliche Entwicklungsbedingungen), *auslösende Bedingungen* (Faktoren und Ereignisse, die dem Erstaufreten des Stotterns unmittelbar zeitlich vorangehen oder damit zusammenfallen) oder *chronifizierende, generalisierende oder die Sprechflüssigkeit stabilisierende Bedingungen* (Faktoren, die die Chronifizierung fördern oder Remissionsbarrieren darstellen oder im Sinne von Chronizitätsfaktoren die Häufigkeit und Intensität verstärken oder zur Generalisierung der Störung auf neue Lebensbereiche der Person beitragen) untersucht werden sollen.

Diesen Zielsetzungen entsprechend müssen die Versuchspersonen nach Alter, Stotterdauer oder Untersuchungszeitpunkt (z. B. Erstaufreten im Vorschul-, Schul- oder Erwachsenenalter) zusammengestellt werden, damit eine Präzisierung der Fragestellung und der Interpretation von Forschungsdaten erfolgen und eine häufig auch aus Forschungsdesignmängeln oder wegen des Problems der Verfügbarkeit von geeigneten Versuchspersonen vorgenommene Überinterpretation oder Übergeneralisierung von Forschungsdaten vermieden werden kann. Das Problem verdeutlichen besonders die Arbeiten, die z. B. versuchen, aufgrund der Daten aus retrospektiven Befragungen von El-

tern oder erwachsenen Stotternern auf frühkindliche Sozialisationsbedingungen oder aus Untersuchungen an erwachsenen Stotternern (Stotterdauer mehrere Jahrzehnte) auf ätiologische (disponierende) Bedingungen der Entstehung des Stotterns im Vorschulalter zu schließen (z. B. Krause 1981). Mit der Wahl des Forschungsdesigns wird entschieden, ob z. B. die wichtige Differenzierung zwischen den Ursachen und den psychosozialen Konsequenzen des Stotterns bei der Interpretation der Daten vorgenommen werden kann.

2. Für die Erforschung der Ätiologie und des Verlaufs des kindlichen Stotterns ist eine *breit angelegte Längsschnittstudie* (mindestens $N = 100$ Vorschulkinder) notwendig (Johannsen et al. 1991; Nicol 1985). Trotz eines sicher bei vielen vorwiegend klinisch tätigen Stotterfachleuten in den Arbeitsfeldern Phoniatrie, Logopädie, Sprachheilpädagogik, Klinische Psychologie vorhandenen subjektiven Wissens um allgemeine Bedingungen der Entstehung und der Entwicklung des kindlichen Stotterns fehlen objektive Entwicklungs- und Verlaufsdaten aus prospektiven Längsschnittbeobachtungen völlig. Gerade die Erforschung des Verlaufsaspekts ist von zentraler Bedeutung, damit das Phänomen der hohen spontanen Remissionsquote im Kindesalter (Schätzungen reichen bis zu 70 Prozent) bzw. spezifischer Remissionsbarrieren bes-

ser verstanden werden kann und eine Präzisierung der Prävention und der Frühbehandlung möglich ist. Darüber hinaus fehlen Basisdaten bezüglich der für das Kinderstottern angeführten relevanten Faktorengruppen, auf die die klinischen Erkenntnisse aus Einzelfällen Bezug nehmen könnten, so daß die bereits existierenden Teilerkenntnisse oft beziehungslos im Raum stehen und ungenutzt bleiben (Schulze 1990).

Die zentrale Bedeutung einer solchen Studie wird abhängig sein von dem Ausmaß, in dem im Forschungsdesign dem multivariaten Charakter des kindlichen Stotterns Rechnung getragen werden kann. Entgegen der vorherrschenden Forschungspraxis, in der meist eine einzelne physiologische, linguistische oder psychologische Variable im Querschnitt untersucht und mit einer Kontrollgruppe verglichen wird, müssen nach Möglichkeit alle bzw. möglichst viele hypothetisch bedeutsamen Faktoren berücksichtigt und wiederholt über den Entwicklungsverlauf von mindestens fünf Jahren gemessen werden. Zu folgenden allgemeinen Fragestellungen kann eine solche Studie Daten liefern:

- Welche medizinischen, entwicklungspsychologischen und psychosozialen Einflußgrößen sind für die Entstehungsphase des kindlichen Stotterns charakteristisch?
- Welche medizinischen, entwicklungspsychologischen und psychosozialen Variablen sind für den zeitlichen Verlauf eines einmal erworbenen kindlichen Stotterns wichtig?
- In welcher Hinsicht (medizinisch, entwicklungspsychologisch, psychosozial) unterscheiden sich mit oder ohne Behandlung remittierte Kinder und ihre Familien von weiterhin chronisch stotternden Kindern und deren Familien?
- Aufgrund welcher Parameter im Vorschulalter läßt sich die Chronizität des Stotterns im 10. Lebensjahr am besten voraussagen?

Unter Rückgriff auf die statistischen Methoden der Einzelfallanalyse und der Analyse mittels Gruppenvergleichen (Bortz 1979; Nesselroade und Baltes 1979; Petermann 1989) kann die Analyse von Verlaufs- und Wechselwirkungsbedingungen im individuel-

len Fall oder bei sich ergebenden Subgruppen der Stichprobe z. B. folgendermaßen vorgenommen werden:

- Identifizierung von *intraindividuellen Veränderungen bzw. von intraindividuellem Konstanz*. Die einzige direkte Methode zur Ermittlung der intraindividuellen Veränderungen besteht darin, dieselbe Vp. wiederholt und zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu untersuchen. Nur auf diese Weise können Daten gewonnen werden, mit denen Veränderungen, die Konstanz von Phänomenen und die zugrundeliegenden Prozesse erhellt werden können. Intraindividuelle Veränderung kann bedeuten,
 - daß Ausmaß und Häufigkeit einer Verhaltensklasse (Stottersymptome) sich bei einem Individuum über die Zeit verändern oder
 - daß sich die Veränderung auf die Herausbildung anderer Verhaltensklassen bezieht, z. B. sich das Stottern verliert, jedoch ein aggressives Verhalten auftritt.
- Direkte Ermittlung von *interindividuellen Unterschieden oder Ähnlichkeiten der intraindividuellen Veränderungen oder Konstanz*. Das betrifft die Frage der Homogenität der Veränderungen im Entwicklungsverlauf der einzelnen Vp. Durch die Erhebung von intraindividuellen Veränderungsdaten ist es auch möglich, interindividuelle Unterschiede zu betrachten, indem bestimmte Entwicklungsfunktionen (Sprachentwicklungsstand) oder bestimmte Merkmalsausprägungen (Art und Häufigkeit der Sprechunflüssigkeiten) verglichen werden.
- *Analyse der Wechselwirkungen* einzelner Verhaltensklassen über den Entwicklungsverlauf. Die Veränderungs- oder Konstanzphänomene können in ihrer Abhängigkeit von mehreren Variablen (z. B. Sprechmotorik, grammatikalische Kompetenz, emotionale Stabilität, Sprechgeschwindigkeit der Eltern, Qualität der Geschwisterbeziehung) betrachtet werden (= multivariate Sichtweise).
- *Analyse von Determinanten der intraindividuellen Veränderungen*. Die im Entwicklungsverlauf eintretenden intraindividuel-

len Veränderungen können in ihrer Abhängigkeit von bestimmten vorausgehenden Zuständen oder Ereignissen (z. B. bestimmten Veränderungen im Lebensfeld des Kindes oder Veränderungen im gesundheitlichen Status des Kindes oder wichtiger Bezugspersonen) analysiert werden, die als Ursachen oder Determinanten betrachtet werden können.

— *Determinanten der interindividuellen Unterschiede bei den intraindividuellen Veränderungen.* Ebenso stellt sich die Frage, inwieweit sich die Determinanten für intraindividuelle Unterschiede bei den einzelnen Vp. unterscheiden oder ähneln.

3. Aus der Erkenntnis der Inhomogenität des »Stotterns« und der sich zunehmend verdichtenden Hypothesen über bestimmte Subgruppen (Schwartz und Conture 1988) folgt die Forderung, auch die *Forschung stärker subgruppenspezifisch* auszurichten (Borden 1990; Yairi 1990). Damit ist eine differenziertere Erforschung der Bedeutung oder der Funktionsmechanismen einzelner Variablen möglich, die auch zum besseren Verständnis des gesamten Phänomens beitragen können. Zum Beispiel könnte die Untersuchung einer Stichprobe von redeunflüssigen Kindern mit einer nachweisbaren Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) wertvolle Einblicke in den Zusammenhang zwischen der Art, der Häufigkeit, dem Schweregrad und dem Verlauf des Stotterns und bestimmten Parametern der SEV (Art der SEV, Schweregrad, Schwerpunkt, sonstige kognitive Funktionen, psychosoziale Integration des Kindes) ermöglichen. Ein solches Forschungsdesign gestattet zwar keine Aussagen über die Gesamtpopulation aller Stotterer², ermöglicht es jedoch, Hypothesen über eine äußerst relevante Subgruppe zu generieren oder zu überprüfen. Durch eine derartige Bündelung von Forschungsfragen kann auch erreicht werden, daß sich die Praxis- und Therapierrelevanz von Forschung erhöhen kann und Forschungsergebnisse eher in diagnostische

² Aufgrund von empirischen Daten Aussagen über die Gesamtpopulation machen zu können, würde eine aus forschungstechnischen und forschungsökonomischen Gründen kaum zu verwirklichende repräsentative Zufallsstichprobe voraussetzen.

und therapeutische Handlungsanweisungen überführt werden können. Solche Subgruppenforschung könnte sich nach verschiedenen biographischen Merkmalen oder störungsspezifischen Konstellationen ausrichten. Weitere Beispiele wären Untersuchungsgruppen mit Stotterern mit extrem schwerer oder sehr leichter Stottersymptomatik; schwere Stotterer mit und ohne starke psychische Beeinträchtigung; weibliche Stotterer; Stotterer mit geistiger Behinderung; Stotterer mit dem Erstauftreten der Störung im 2. Lebensjahrzehnt oder später; Stotterer mit und ohne Spontanremission im Rentenalter; Stotterer mit Lese-Rechtschreib-Schwäche; Stotterer mit nachgewiesener myofunktioneeller Störung der Mundmotorik. Eine ähnliche Forschungsstrategie beinhaltet das sogenannte »High-density-design« (Cox et al. 1984). Es werden Familien untersucht, in denen das Stottern außerordentlich häufig auftritt (z. B. müssen fünf Familienmitglieder mindestens an sechs aufeinanderfolgenden Monaten gestottert haben), und mit nichtstotternden Kontrollfamilien verglichen. Durch dieses spezielle Forschungsdesign ist es möglich, die Stotterer und ihre nichtstotternden Verwandten und die Stotterer und ihre Familien mit nichtstotternden Familien zu vergleichen. Die Logik des Untersuchungsansatzes besteht darin, daß die Faktoren, seien es nun perinatale, medizinische, entwicklungspsychologische, sprachliche, erziehungsmäßige und soziale Faktoren oder Persönlichkeitsfaktoren und Interaktionsfaktoren in der Familie, die für die Entwicklung des Stotterns relevant sind, in einer höheren Konzentration in den Familien auftreten müßten, in denen viele Mitglieder stottern. Dieses methodische Vorgehen ist deshalb sehr wichtig, weil es die Untersuchung multivariater Bedingungen des Stotterns auch an einer relativ kleinen Stichprobe sinnvoll ermöglicht.

4. Der generelle Mangel an Forschungsdaten über die Bedingungen der »normalen« Sprech-, Sprach- und Kommunikationsentwicklung bei Kindern erschwert eine angemessene Gewichtung von Befunden bei Kommunikationsgestörten. Wenn wir nicht oder nur unzureichend wissen, wie sich die Sprechflüssigkeit im Regelfall in der frühen Kindersprache entwickelt, können Störfakto-

ren nur unzureichend identifiziert werden. Wegen des Fehlens von Referenzdaten aus Kontrollgruppen (normale oder andersartig gestörte Kinder) ist die Bedeutung für die Pathogenese der Störung für die meisten der bisher untersuchten Variablen unklar und bleibt spekulativ. So konnte z. B. in einer umfangreichen Interaktionsstudie zum verbalen Interaktionsverhalten in Eltern-Kind-Dyaden zwar für einige Variablen (Sprechtempo, Sprechmenge, Initiative, Frageverhalten) ein ausgeprägtes intradyadisches Gefälle zuungunsten der stotternden Vorschulkinder beobachtet werden, eine Interpretation dieser Unterschiede zwischen Elternteil und Kind als Bestätigung der bei Eltern stotternder Kinder generell angenommenen »Dominanz«, einer linguistischen oder einer leistungsmäßigen Überforderung ist jedoch nicht stichhaltig, da ein vergleichbares intradyadisches Gefälle auch bei den beiden Kontrollgruppen (entwicklungsunauffällige, artikulationsgestörte Kinder) zu beobachten ist (vgl. dazu Schulze 1989a, S. 175 ff.). Die Möglichkeit, auf Entwicklungsdaten von entwicklungsunauffälligen oder anderen kommunikationsgestörten Populationen zurückgreifen zu können, ermöglicht zudem eine bessere Einordnung von klinischen Einzelfalldaten, kann eine vorschnelle Pathologisierung von beobachteten Phänomenen verhindern und die Chance einer Korrektur von im Bild der Öffentlichkeit noch immer weit verbreiteten Pauschalisierungen und Vorurteilen (z. B. über die typische Stottererfamilie) bieten.

5. Ebenso wie die facettenreiche Störung »Stottern« bzw. das Dysfluency-Syndrom eine professionelle Behandlung erfordert, muß auch ein gewisses Maß an *Professionalisierung in der Forschung* erfolgen. Stotterforschung darf, wenn sie zur Klärung der anstehenden differenzierten Fragen beitragen will (siehe oben), nicht ausschließlich als Feierabendbeschäftigung engagierter, aber durch die klinische Routine voll ausgelasteter Praktiker betrieben werden. Wie z. B. die Entwicklung in der Aphasiologie zeigt, muß ein jahrzehntelanger erheblicher Forschungsaufwand betrieben werden, um das Störungsbild zunächst in seiner Dimensionierung ausloten, in seinen ätiologischen Facetten begrei-

fen und schließlich mit Bezug zu Forschungsergebnissen auch effektiver behandeln zu können. Dazu gehört ganz wesentlich auch eine entsprechende Forschungskontinuität und eine Systematisierung und gegenseitige Abstimmung von Forschungsaktivitäten. Anders als in der anglo-amerikanischen Sprachpathologie, in der Redeflußstörungen schon seit längerer Zeit in Forschung und Lehre (eigene Lehrstühle, Forschungszentren, eigene Fachzeitschrift³ und Fachorganisationen) einen eigenständigen Platz einnehmen, wird die Diskussion im deutschsprachigen Raum seit Jahrzehnten fast ausschließlich auf einer rein klinischen Ebene geführt, d. h. ohne Bezug zu an deutschsprachigen Populationen erbrachten Forschungsergebnissen. Dadurch dominieren meist unter Anführung der eigenen (nicht mit Daten belegten) Erfolge oder persönlicher Überzeugungen Glaubensbekenntnisse zu dieser oder jener Therapieschule (z. B. Individualpsychologie, Familientherapie oder die Orientierung an bestimmten Fachautoritäten wie *Van Riper* oder *Wendlandt*) und eine ausgeprägte Ignoranz allein schon bezüglich der Anerkennung der Notwendigkeit von Forschung. Der heuristische Wert von klinischen Einschätzungen ist von der Datengüte und von der Vermittelbarkeit der Informationen abhängig. Wir sind der Überzeugung, daß ein entscheidender Erkenntnisfortschritt beim Stottern auch schon erzielt werden könnte, wenn die zahlreichen klinisch tätigen Praktiker ihre Erfahrungen stärker in Form von kontrollierten Einzelfallstudien oder mit Hilfe von Methoden der komparativen Kasuistik (qualitative Einzelfallbetrachtung, vgl. dazu *Jüttemann* 1990) systematisieren würden, denn diese einzelfallorientierten Methoden sind dem Forschungsgegenstand durch ihre Flexibilität im Prinzip angemessener als strikte Laborexperimente (*Eastwood* 1988; *Jüttemann* 1989). Um eine Implementierung solcher Forschungsaktivitäten im klinischen Arbeitsfeld zu erreichen, ist es jedoch notwendig, gewisse Forschungsstandards über die inhaltlichen Be-

³ Seit 1975 existiert das *Journal of Fluency Disorders*, das sich ausschließlich der wissenschaftlichen Klärung des Stotterns und anderer Redeflußstörungen widmet.

reiche und die methodische Vorgehensweise bei der Datenerhebung zu vereinbaren, damit vergleichbare Eckdaten eine sinnvolle vergleichende Analyse unterschiedlicher Einzelfälle ermöglichen. In der klinischen Verlaufsforschung müßte z. B. vereinbart werden, welche Stottermaße (z. B. quantitative und qualitative Daten; Angaben zum Erstauftreten, zur Stotterdauer, zum bisherigen Stotterverlauf) oder sonstigen Variablen (z. B. Messung von Einstellungen und Gefühlen; Variablen der Eltern-Kind-Interaktion) wie häufig vor, während und nach Beendigung einer Behandlung erhoben werden, um Aussagen über den Verlauf einer Behandlung machen zu können (Ingham und Costello 1984; Sheehan 1984). Die zu entwickelnden Forschungsrichtlinien müssen sich natürlich an den Rahmenbedingungen der klinischen Alltagspraxis orientieren und stellen im Verhältnis zu experimentellen Forschungsansätzen zwar einen Kompromiß dar. Es bestünde jedoch die große Chance, die klinische Praxis wesentlich intensiver an der Theoriebildung und Forschung zu beteiligen bzw. von ihr für die Erforschung des Stotterns zu profitieren. Die 1989 gegründete Interdisziplinäre Vereinigung von Stottertherapeuten (IVS e.V.) könnte z. B. das Forum sein, um eine derartige Koordination von Forschungsaktivitäten vorzunehmen. Die Ausarbeitung eines solchen Katalogs von forschungsmethodischen Standards für die Stotterforschung kann auch die Grundlage für eine institutsübergreifende Zusammenarbeit in interdisziplinären Forschungsprojekten und für zentral-dezentrale Forschungsprojekte⁴ sein. Bei entsprechenden Forschungsdesigns und Fragestellungen sind auch interkulturelle Forschungsprojekte denkbar, mit denen kultur- oder muttersprachspezifische Einflüsse auf das Stottern z. B. im europäischen Raum untersucht werden können.

⁴ Zum Beispiel das Forschungsprojekt »Tiapridex und Stottern«, an dem unter einem gemeinsamen Forschungsdesign das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Prof. Dr. Rothenberger), das Max Planck Institut für Psychiatrie, München (Priv.-Doz. Dr. Amorosa) und die Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm, Ulm (Prof. Dr. Johannsen) beteiligt sind.

Literatur

- Adams, M. R.: The speech physiology of stutterers: Present status. *Seminars in Speech and Language* 6 (1985), S. 177—190.
- Adams, M. R.: The »Demands and capacities« model: Theoretical elaborations. Paper presented at the Second International Oxford Dysfluency Conference. Sommerville College, Oxford, England. August 24—26, 1988. (1988, unpubl.).
- Andrews, G.: Epidemiology of stuttering. In: Curlee, R. F., Perkins, W. H. (Hrsg.): *Nature and treatment of stuttering. New directions*. London 1985, S. 1—12.
- Becker, K.-P., Wlassowa, N., und Autorenkollektiv: *Stottern*. Berlin 1988.
- Bloodstein, O.: *A handbook on stuttering*. Chicago 1987.
- Borden, G. J.: Subtyping adult stutterers for research purposes. In: Cooper, J. A. (Hrsg.): *Research needs in stuttering: Roadblocks and future directions*. Rockville, Maryland: ASHA Reports No. 18, 1990, S. 58—63.
- Bortz, J.: *Lehrbuch der Statistik*. Berlin 1979.
- Caruso, A., Conture, E.: Diagnosis of children who stutter: Past, present and future. Plenary symposium at the Oxford Dysfluency Conference. Oxford 1985.
- Conture, E. G.: Studying young stutterers' speech productions: A procedural challenge. In: Peters, H. F. M., Hulstijn, W. (Hrsg.): *Speech motor dynamics in stuttering*. Wien 1987, S. 117—140.
- Conture, E. G.: Childhood stuttering: What is it and who does it? In: Cooper, J. A. (Hrsg.): *Research needs in stuttering: Roadblocks and future directions*. Rockville, Maryland: ASHA Reports No. 18, 1990, S. 2—14.
- Cooper, J. A. (Hrsg.): *Research needs in stuttering: Roadblocks and future directions*. Rockville, Maryland: ASHA Reports No. 18, 1990.
- Cox, N. J., Seider, R. A., Kidd, K. K.: Some environmental factors and hypotheses for stuttering in families with several stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 27 (1984), S. 543—548.
- Curlee, R. F., Perkins, W. H. (Hrsg.): *Nature and treatment of stuttering*. London 1985.
- Eastwood, J.: Qualitative research: An additional research methodology for speech pathology. *British Journal of Disorders of Communication* 23 (1988), S. 171—184.
- Fiedler, P., Standop, R.: *Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung*. München 1986.
- Gregory, H. H.: Integration: Present status and prospects for the future. In: *Speech Foundation of America* (Hrsg.): *Stuttering therapy: Prevention and intervention with children*. Memphis:

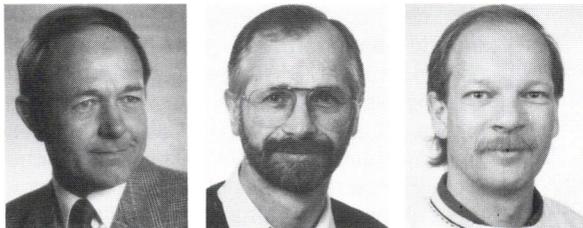
- Speech Foundation of America 1984, S. 130—148.
- Gregory, H. H.: Stuttering: Differential evaluation and therapy. Austin 1986.
- Guitar, B., Peters, T. J.: Stuttering: An integration of the contemporary therapies. Memphis: Speech Foundation of America 1980.
- Hinteregger, F., Meixner, F. (Hrsg.): Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten. Wien 1988.
- Ingham, R. J.: Stuttering and behavior therapy: Current status and experimental foundations. San Diego 1984.
- Ingham, R. J., Costello, J. M.: Stuttering treatment outcome evaluation. In: Costello, J. M. (Hrsg.): Speech disorders in children. San Diego 1984, S. 313—346.
- Jehle, P., Randoll, D.: Die Behandlung des beginnenden Stotterns: Bericht über die Entwicklung und erste Evaluation einer Konzeption zur Elternberatung und direkten Sprechförderung des Kindes. Frankfurt 1987.
- Johannsen, H. S., Schulze, H.: Zur Situation der Stottertherapie bei Vorschul- und Schulkindern in der Bundesrepublik. Ergebnisse einer Befragung von Stottertherapeuten und einer Analyse von Fachzeitschriften. *Folia Phoniatica* 41 (1989), S. 10—22.
- Johannsen, H. S., Schulze, H.: Nonfluent speech disturbances — psychobiological interactions. In: Rothenberger, A. (Hrsg.): Brain and behavior in child psychiatry. Berlin, New York 1990, S. 190—204.
- Johannsen, H. S., Schulze, H., Rommel, D., Sieron, J.: Stottern im Kindesalter — Forschungsperspektiven. Sprache—Stimme—Gehör (1991, im Druck).
- Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Heidelberg ²1989.
- Jüttemann, G. (Hrsg.): Komparative Kasuistik. Heidelberg 1990.
- Krause, R.: Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart 1981.
- Motsch, H. J.: Stottern. In: Aschenbrenner, H., Rieder, K. (Hrsg.): Sprachheilpädagogische Praxis. Wien 1983, S. 88—134.
- Myers, F. L., Wall, M. J.: Toward an integrated approach to early childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 7 (1982), S. 47—54.
- Nesselroade, J. R., Baltes, P. B. (Hrsg.): Longitudinal research in the study of behavior and development. New York 1979.
- Nicol, A. R.: Longitudinal studies in child psychology and psychiatry. Chichester, New York, Brisbane, Toronto 1985.
- Perkins, W. H.: What is stuttering? *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55 (1990), S. 370—382.
- Petermann, F.: Einzelfallanalyse. Wien ²1989.
- Peters, H. F. M., Hulstijn, W. (Hrsg.): Speech motor dynamics in stuttering. Wien 1987.
- Peters, H. F. M., Starkweather, C. W.: The interaction between speech motor coordination and language processes in the development of stuttering. Hypotheses and suggestions for research. *Journal of Fluency Disorders* 15 (1990), S. 115—125.
- Peters, H. F. M., Starkweather, C. W.: Development of stuttering throughout life. *Journal of Fluency Disorders* 14 (1989), S. 303—321.
- Riley, G. D., Riley, J.: Physician's screening procedure for children who may stutter. *Journal of Fluency Disorders* 14 (1989), S. 57—66.
- Schulze, H.: Stottern und Interaktion. Vergleichende Untersuchung der verbalen Interaktionsstile von Eltern stotternder Kinder. Ulm: Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm 1989a.
- Schulze, H.: Dysfluency-Syndrome. In: Kittel, G. (Hrsg.): Kursbuch für Phoniatrie und Pädaudiologie. Köln 1989b, S. 103—118.
- Schulze, H.: Psychosoziale und interaktionale Faktoren in ihrer Bedeutung für die Ätiologie des kindlichen Stotterns. In: Henze, K.-H., Kiese, Chr., Schulze, H. (Hrsg.): Grundlagen und Klinik ausgewählter Kommunikationsstörungen. Ulm: Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm 1990, S. 224—250.
- Schulze, H., Johannsen, H. S.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Theorie, Diagnostik, Therapie. Ulm: Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm 1986.
- Schulze, H., Johannsen, H. S.: Differentialdiagnose der Sprechunflüssigkeiten im Vorschulalter: Entwicklungsunflüssigkeit oder Stottern? Sprache—Stimme—Gehör 11 (1987), S. 54—60.
- Schulze, H., Johannsen, H. S.: Importance of parent—child interaction in the genesis of stuttering. *Folia Phoniatica* (1991, im Druck).
- Schwartz, H. D.: Subgrouping young stutterers. A behavioral/physiological perspective. New York 1984.
- Schwartz, H. D., Conture, E. G.: Subgrouping young stutterers: Preliminary behavioral observations. *Journal of Speech and Hearing Research* 31 (1988), S. 62—71.
- Sheehan, J. G.: Problems in the evaluation of progress and outcome. In: Perkins, W. H. (Hrsg.): Stuttering disorders. New York 1984, S. 223—239.
- Smith, A.: Toward a comprehensive theory of stuttering: A commentary. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55 (1990), S. 398—401.
- St. Louis, K. O.: Linguistic and motor aspects of stuttering. In: Lass, N. (Hrsg.): Speech and language. Advances in basic research and practice. New York 1979, S. 89—210.

- St. Louis, K. O. (Hrsg.): The atypical stutterer. Principles and practices of rehabilitation. Orlando 1986.
- Starkweather, C. W.: A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy. *Seminars in Speech, Language and Hearing* 1 (1980), S. 327—338.
- Starkweather, C. W.: Fluency and stuttering. Englewood Cliffs 1987.
- Starkweather, C. W.: Upgrading the demands and capacities model. Paper presented at the Second International Oxford Dysfluency Conference. Sommerville College, Oxford, England. August 24—26, 1988. (1988, unpubl.).
- Van Riper, C.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs 1982.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Weinheim 1980.
- Wingate, M. E.: Stuttering theory and treatment. New York 1976.
- Wingate, M. E.: The structure of stuttering. A psycholinguistic analysis. New York 1988.
- 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.: Subtyping child stutterers for research purpose. In: Cooper, J. A. (Hrsg.): Research needs in stuttering: Roadblocks and future directions. Rockville, Maryland: ASHA Reports No. 18, 1990, S. 50—57.

Anschrift der Verfasser:

Dr. H. Schulze
Phoniatische Ambulanz Uni Ulm
Frauensteige 14 a, 7900 Ulm/Donau
Prof. Dr. med. H. S. Johannsen, Phoniater,
Leiter der Phoniatischen Ambulanz der
Universität Ulm; Dipl.-Psych. D. Rommel,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter;
Dipl.-Psych. Dr. rer. biol. hum. H. Schulze;
Dr. med. S. Sieron, Arzt für HNO-Heilkunde,
sind wissenschaftliche Angestellte der
Phoniatischen Ambulanz.

Die Sprachheilarbeit 36 (1991) 3, S. 107—117



Theo Schoenaker, Sinnthal-Züntersbach, Peter Jehle und Dirk Randoll, Frankfurt/Main

Individualpsychologische Therapie des Stotterns bei Erwachsenen: Kurz- und Langzeitergebnisse

Zusammenfassung

Berichtet werden Evaluationsdaten einer individualpsychologischen, stationären Therapie erwachsener Stotternder. 118 ehemalige und 238 derzeitige Klienten wurden zur Einschätzung der Wirksamkeit der Therapie befragt. Nach den Selbstberichten beider Klientengruppen hat die Therapie in den intendierten Verhaltensbereichen positive Veränderungen erbracht, vor allem hinsichtlich des Selbstvertrauens und der Fähigkeit, das Stottern und sich selbst zu akzeptieren, sowie der Einsicht in die Zielgerichtetheit des eigenen Stotterns. Ebenso wurden von beiden Gruppen positive Einschätzungen z. B. zum derzeitigen Schweregrad des Stotterns und zum Störungsgefühl mitgeteilt. Bei Vergleichen zwischen den Gruppen ergaben sich insbesondere bei vielen Ehemaligen günstige, d. h. langfristig stabile Einschätzungen. Auf methodische Probleme der Studie wird hingewiesen.

1. Zweck und Fragestellung der Untersuchung

Diese Studie wurde im Jahre 1988 als Befragung der gesamten erreichbaren ehemaligen und derzeitigen Klientel des Instituts für Sprechbehinderte in Sinnthal-Züntersbach, dessen Schwerpunkt seit 1972 in der Therapie jugendlicher und erwachsener Stotternder besteht, durchgeführt. Die Studie zielte darauf ab, anhand von Selbstberichten der Klienten eine Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie zu erhalten. Die Klientel wurde in die Gruppe der *Ehemaligen* und in die der *Derzeitigen* eingeteilt. Die Population der Stotternden hat sich im Behandlungszeitraum in den Charakteristika wie Schweregrad und Morphologie des betroffenen Verhaltens wohl nicht verändert. Eventuell unterschei-

den sich unsere Gruppen aber in mehreren, mit dem Stand der Therapie verbundenen Merkmalen. Dabei ist ungeklärt, ob die Ehemaligen günstigere Ergebnisse berichten als die Derzeitigen oder ob umgekehrt bei den Ehemaligen eine Tendenz zum Rückfall besteht.

2. Zur therapeutischen Einrichtung und zum therapeutischen Ansatz

2.1. Organisatorisches

Die Einrichtung ist ein logopädisches Institut und wird von dem Ehepaar Antonia und Theo Schoenaker, Logopäden und individualpsychologische Berater, geleitet. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den phoniatischen Abteilungen der umliegenden Hals-Nasen-Ohren-Kliniken.

Behandelt werden Erwachsene mit einer situativen Störung der Sprechflüssigkeit. Im Rahmen der Voruntersuchung werden die Erwachsenen (ab 18 Jahren) ausgewählt, die vermutlich durch eigenen Einsatz mit dieser Behandlung eine Besserung oder Heilung erzielen können. Für Patienten, die zu wenig soziale Fähigkeiten besitzen oder die ein Stottern entwickelt haben, das eine verbale Kommunikation kaum möglich macht, gilt diese Gruppentherapie als nicht geeignet. Auch Klienten mit Dysarthrie werden nicht in die Therapie aufgenommen. Verheiratete Patienten können nur dann an der Therapie teilnehmen, wenn der Ehepartner/die Ehepartnerin teilweise an der Therapie mitteilnimmt, da sonst die Ehe gefährdet sein kann.¹ Die Gruppengröße beträgt 15 bis 18 Personen. Die stationäre Therapie dauert täglich acht Stunden.

Jeder Teilnehmer durchläuft zunächst sechs Behandlungsperioden zu je fünf Tagen, die sich über ca. acht Monate verteilen und eine Einheit bilden (*Basistherapie*). Danach wird die Therapie in größer werdenden Abständen in *Aufbautherapien* zu je fünf Tagen fortgesetzt. Im ersten Jahr nach den Basistherapien wird ein fester Plan mit Aufbautherapien

¹ Nach früheren Therapien ohne diese Bedingung sind mehrere Ehen geschieden worden, die bei rechtzeitiger, zusätzlicher Betreuung wahrscheinlich bestehengeblieben wären.

empfohlen. Danach entscheidet der Klient selbst über Anzahl und zeitliche Folge der Aufbautherapien.

2.2. Theoretischer und therapeutischer Ansatz

Die Therapie baut auf der Individualpsychologie von Alfred Adler auf, ergänzt um Elemente der Verhaltenstherapie und des neuro-linguistischen Programmierens (NLP). Das Stottern wird als eine Psychoneurose betrachtet und ist Ausdruck frühkindlicher Entmutigung (Schoenaker 1978). Das Sprechen ist situativ gestört in Verbindung mit mangelndem Vertrauen bzw. Selbstvertrauen. Unbewußte Überzeugungen, die das Kind in den ersten fünf bis sechs Lebensjahren in bezug auf seine eigene Person, auf die Mitmenschen und das Leben gebildet hat, werden von Adler als Lebensstil bezeichnet (Schoenaker 1979). Dieser Lebensstil ist für das Verhalten des Menschen im Verlauf seines Lebens weitgehend bestimmend. Das Verstehen des eigenen Verhaltens und der zugrunde liegenden Motivation hängt deswegen eng mit der Erkenntnis des persönlichen Lebensstils zusammen. In Übereinstimmung mit dem Lebensstil verfolgt der Patient mit seinem neurotischen Verhalten persönliche Ziele (Schoenaker 1981). Diese Ziele werden unter anderem an Signalen an die Umwelt erkennbar. Die verschiedenen Symptome erhalten durch diese Sichtweise ihre individuelle Bedeutung. Nur bestimmte Symptome sind geeignet, Mitleid zu erregen; andere schaffen Abstand bzw. vermögen Hilfe zu erwirken. Der erfahrene Beobachter kann aus den Symptomen auf die unbewußten Ziele (Schoenaker 1981) und vorsichtig auf Ereignisse (= Erfahrungen) in der Kindheit schließen.

Die Therapieziele lassen sich aus dieser theoretischen Betrachtung ableiten. Es geht

- 1) um die Entwicklung der Erkenntnis über und des Verständnisses für den eigenen Lebensstil;
- 2) (im Sinne der Selbstannahme) um die Verringerung der Bedeutung, die der Patient seinen Symptomen beimißt;
- 3) um das Durcharbeiten bzw. »Heilen« frühkindlicher Entmutigungen, und damit um den Aufbau von Vertrauen, Mut und Selbstvertrauen;
- 4) um die Entwicklung sozialer Fähigkeiten;

5) um die Entwicklung der Fähigkeit, mit Sprechhilfen umzugehen.

In der Therapie steht der psychotherapeutische Anteil auf individualpsychologischer Basis im Vordergrund. Es geht um die Bearbeitung des Lebensstils, indem frühkindliche Erfahrungen und die Familienkonstellation analysiert werden. Dazu werden Gespräche, Psychodrama und auch Malen eingesetzt.

Ein wichtiger Teil der Therapie sind nonverbale Übungen, in denen die Patienten lernen, zu führen, sich führen zu lassen, zusammenzuarbeiten, Verantwortung zu tragen und abzugeben, sich anzuvertrauen, Vertrauen zu vermitteln, Kreativität, Flexibilität und Mut zu entwickeln (siehe Abschnitt 4.4). Auch Tanzen, Bewegen, Malen und Tönen spielen in diesem Rahmen eine Rolle. Die Therapie stellt an die Klienten hohe Anforderungen in bezug auf Aktivität und Selbständigkeit, trotzdem erfährt der Klient ein Klima des Gemeinschaftserlebens, d. h. des Akzeptierens, der freundlichen Zuwendung; des Akzeptierens ohne Forderungen und Vorbedingungen.

Wie bei jeder Neurosenbehandlung gilt es auch hier, *Alfred Adlers* Anweisung zu befolgen: »Sie müssen danach streben, die große Bedeutung, welche der Neurotiker seinen Symptomen beimißt, zu verringern.« Dies bedeutet in der Behandlung von Stotternden: »Sie müssen danach streben, die große Bedeutung, welche der Patient dem symptomfreien Sprechen beimißt, zu verringern.« Folglich setzt die Therapie nicht beim Sprechen an, Atem-, Stimm- und Sprechübungen werden erst spät, ab der vierten Basistherapie, durchgeführt. Veränderungen der Sprechweise werden als das Ergebnis veränderter psychischer Prozesse und Verhaltensweisen angesehen. Insofern ist die Befragung außer auf Merkmale des Sprechens auf diese psychischen Prozesse und das Verhalten der Klienten gerichtet.

3. Zur Durchführung der Erhebung

Für die Studie standen die Adressen von 549 Personen zur Verfügung, von denen 356 (= 64,8 Prozent) an der Befragung teilgenommen haben. Bei Studien über Sprechstörungen ist es naheliegend, neben Persönlichkeits- und Verhaltensbereichen die *Sprech-*

weise der Klienten zu erfassen, was bei Ton- bzw. Videoaufzeichnungen sehr arbeits- und zeitaufwendig ist. Aus diesem Grunde und da die Therapie in dieser Einrichtung stark an psychischen Prozessen orientiert ist, wurden Daten in Form von *Selbstberichten* der Klienten erhoben. Die Zeiträume, über die sich die Klienten erinnern mußten, waren teilweise sehr groß, so daß mit Erinnerungsfehlern zu rechnen ist. Zur Sicherung der Neutralität der Durchführung der Studie wurden die Klienten von Mitarbeitern des Deutschen Instituts für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt/Main, postalisch befragt. Beiden Gruppen wurde ein einheitlicher Fragebogen mit folgenden Schwerpunkten vorgelegt:

- Angaben zur Person
- Umfang der in Anspruch genommenen Therapie
- Selbsteinschätzung der früheren und der derzeitigen Sprechweise
- Angaben über Veränderungen (Sprechen, Verhalten, Persönlichkeitsaspekte)
- Angaben zum Maße der individuellen Zielerreichung
- weiterer Bedarf an Therapie
- Beurteilung der Therapie.

Es wurden geschlossene und offene Fragen verwendet. Zur Auswertung der offenen Fragen wurden Kategorien entwickelt und nach der Häufigkeit der Besetzung ausgezählt. (Die meisten Fragen sind im Kopf der jeweiligen Tabellen enthalten.)

4. Ergebnisse der Befragung²

4.1. Angaben zu den befragten Stichproben

Die Klientel bestand aus 288 derzeitigen und 261 ehemaligen Klienten. Die 261 *Ehemaligen* wurden zunächst mit der Bitte angeschrieben zu bekunden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten. Davon sagten 152 zu, jedoch konnten wegen nichtstimmender Adressen und verspäteter Zusagen nur 140 befragt werden. 118 dieser 140 Klienten (= 45,2 Prozent der 261 ehemaligen Klienten) sandten ihren Fragebogen zurück. Dies ist bei einer postalischen Befragung akzeptabel,

² Die Berechnungen wurden am Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt/M., durchgeführt. Wir bedanken uns sehr herzlich bei Herrn *Richard Ciompa*.

bedeutet aber bei *ehemaligen* Klienten ohne weiteren Klinikkontakt eine recht günstige Rücklaufquote. Von den 288 *Derzeitigen* sandten 238 ihren Fragebogen rechtzeitig zurück (= 82,6 Prozent), was für sich bereits ein Zeichen von Therapieverbundenheit und -motivation ist. Die beiden Gruppen sind also sehr unterschiedlich repräsentiert. Dies gibt zur Überlegung Anlaß, daß bei der Prüfung auf Unterschiede die ungleiche Repräsentativität der Gruppen verzerrend wirken könnte. Ebenso können (wie bei jeder Katamnese) die zeitliche Distanz bei den *Ehemaligen* bzw. die zeitliche Nähe zur Therapie bei den *Derzeitigen* unprüfbare Auswirkungen auf die Ergebnisse haben.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich im *Durchschnittsalter* von 36,6 Jahren (*Ehemalige*) und 31,6 Jahren (*Derzeitige*). Dieser Unterschied bedeutet vermutlich, daß die *Ehemaligen* im Verhältnis zum Erhebungszeitraum 1988 schon früher mit der Therapie begonnen haben und so naturgemäß älter sind.

In beiden Gruppen sind mehr *Männer* als *Frauen* vertreten, bei den *Ehemaligen* 81,4 Prozent und 18,6 Prozent, bei den *Derzeitigen* 76,5 Prozent bzw. 23,5 Prozent. Dieses zahlenmäßige Verhältnis entspricht dem in der Literatur (*Bloodstein* 1987, S. 101 ff.) für die Population mit 5:1 bis 3:1 mitgeteilten Verhältnis. Bei unseren *Ehemaligen* beträgt das Verhältnis 4,4:1, bei den *Derzeitigen* 3,3:1. Der Anteil der Frauen ist allerdings von 18,6 Prozent auf 23,5 Prozent gestiegen. Vielleicht erscheint diese Art der Therapie für Frauen zunehmend attraktiver, möglicherweise aber wurde früher für Frauen eine Therapie nicht für so notwendig gehalten wie für Männer, und diese Einstellung ändert sich — nicht zuletzt durch die Frauen selbst.

4.2. Angaben zum Therapieumfang

Die Ermittlung der Dauer der Therapie, die auf längere Zeit angesetzt ist, ist nicht einfach, da im Verlauf der Nachsorge (Aufbau-therapien) die Kontakte zur Einrichtung nicht mehr in der Strenge der vorgesehenen Therapieorganisation zustande kommen. Die Erfassung des Umfangs der Therapie (als Zahl der Basis- und Aufbau-therapien) ist nicht gelungen. Eine Überprüfung der Antworten in

den Fragebögen mit den Therapieunterlagen zeigte, daß sich die Klienten wahrscheinlich nicht mehr genau an die Zahl ihrer Basis- und Aufbau-therapien erinnern konnten oder die Begriffe verwechselt haben.

Generell ist zu sagen, daß die Klienten (bis auf fünf oder sechs) *maximal* eine Basis-therapie von sechsmal fünf Tagen und zehn Aufbau-therapien von zehnmal fünf Tagen besucht haben können.

Die Frage nach *zusätzlicher* Therapie (außerhalb dieser Einrichtung) während oder nach dieser Behandlung (siehe Tabelle 1) ergab keine Hinweise auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dabei hätten die *Ehemaligen* im Laufe ihres Kontaktes zur Therapieeinrichtung und danach mehr Zeit zur Nachfrage weiterer Therapie gehabt als die *Derzeitigen*.

Die *Ehemaligen* hätten dazu in den ersten beiden Kategorien eine geringere prozentuale Besetzung als die *Derzeitigen* und somit in den übrigen Kategorien eine größere Häufigkeit haben müssen. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Im folgenden werden Klientenurteile bezüglich Verhaltensdimensionen wiedergegeben, die den inhaltlichen Ansätzen der Therapie entsprechen. In Abschnitt 4.4 werden dann Daten über die Einschätzungen zu sechs Kriterien berichtet, die eng mit dem Sprechakt bzw. Störungsgrad verbunden sind.

4.3. Therapieeffekte in verschiedenen Verhaltensbereichen

Im Sinne eines individualpsychologischen Ansatzes interessierten in erster Linie Veränderungen von Verhaltensdimensionen, die als Indikatoren für bedeutsame psychische Prozesse gelten können. Dazu wurde eine Frage mit gleicher Beurteilungsaufgabe zu 19 Verhaltensklassen verwendet (siehe den Aufgabenstamm in Tabelle 3). Wegen der Bedeutung dieser Selbsteinschätzungen wurde zunächst die methodische Eignung dieser Frageform überprüft, indem die Reliabilität und eine Faktorenanalyse über die 19 Verhaltensklassen berechnet wurden.

Die Überprüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Daten dieser Frage unter Einbeziehung *beider* Gruppen ergab einen Konsistenzwert nach *Hoyt*

Tabelle 1: »Ich habe zusätzlich zur oder parallel zu dieser Therapie noch folgendes für die Verbesserung meines Sprechens unternommen«*

	Ehemalige		Derzeitige	
	abs	%	abs	%
1 Keine Antwort	25	21.2	48	20.2
2 Nichts weiter unternommen	38	35.8	73	33.6
3 Gründung/Besuch einer Selbsthilfegruppe	12	11.3	18	8.3
4 Psychotherapie besucht/wiederaufgenommen	16	15.1	28	12.9
5 Logopädische Sprechbehandlung	7	6.6	17	7.8
6 Persönliche Selbsthilfe	18	17.0	67	30.9
7 Nachbereitung der besuchten Therapie	5	4.7	4	1.8
8 Sonstiges	10	9.4	10	4.6
Summe der Nennungen	106		217	

* Offene Frage; in acht Kategorien verschlüsselt; die erste Kategorie enthält die Anzahl der Personen, die diese Frage nicht beantwortet haben, diese Zahlen wurden auf die gesamte Stichprobe von 118 bzw. 238 Personen bezogen. Bei den übrigen Kategorien sind die Zahlen der *Nennungen* enthalten, manche Klienten haben mehr als eine Möglichkeit angegeben.

(siehe Lienert 1969, S. 228 ff.) von .853. Diese Höhe der Reliabilität kann bei 19 Items und 356 Versuchspersonen nicht völlig befriedigen. Die Trennschärfen der 19 Items fielen folgendermaßen aus: Bei einem Item lag sie unter .30; bei vier Items unter .40; bei den übrigen 14 Items zwischen .40 und .60.

Eine statistische Analyse (Vergleich von Kovarianzmatrizen) zur Frage, ob die 19 Items in beiden Gruppen unterschiedliche Verhaltensdimensionen messen und folglich die Faktorenanalyse getrennt für die beiden Gruppen durchzuführen ist, ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($X^2 = 328,7$; $df = 276$; $p = .016$).

Vom Erstautor wurde dann unter therapeutischen Gesichtspunkten eine Gruppierung der Items vorgenommen, indem er die 19 Items fünf Faktoren zugewiesen und diese nach ihrer Bedeutung geordnet hat. Die Anzahl der fünf Faktoren entsprach der Zahl der extrahierten Faktoren, über deren Struktur der Autor nicht informiert war. Eine Unterscheidung der beiden Gruppen der Klienten wurde nicht in Betracht gezogen. Auch wurde bei dieser Zuweisung nicht angenommen, daß die Faktoren unabhängig voneinander seien.

Wie in Tabelle 2 (linke Seite) zu sehen ist, sind die Faktoren sehr unterschiedlich besetzt, die beiden therapeutisch wichtigsten Faktoren nur mit einem bzw. drei Items.

Die Faktorenanalysen erbrachten dagegen nach der Hauptkomponentenmethode eine unrotierte

Faktorenstruktur mit *einem* Hauptfaktor. Dieser Hauptfaktor lädt über fast alle Items stark, außer der Nr. 18 bzw. 17 und 18. In Tabelle 2 (rechte Seite) sind diese Faktoren für die beiden Klientengruppen mit den relevanten Ladungen der Items ($> .3396$ bzw. $.3327$) enthalten. Mögliche andere Aspekte könnten durch wenige Items vertreten sein, aber sie werden durch die Faktorenanalyse nicht deutlich sichtbar und sind kaum interpretierbar. Da die Faktorenanalysen in beiden Gruppen anhand des »Scree-Tests« nur einen herausragenden Faktor erbrachten, entschieden wir uns, keine Rotation vorzunehmen.

Es erscheint aufgrund der Faktorenanalyse so, daß der einzelne Klient eher mit einer einheitlichen Tendenz auf die jeweiligen Items reagiert hat und nicht so sehr zwischen den Items unterschieden hat; d. h., wenn ein einzelner Klient auf ein Item positiv reagierte, dann reagierte er auch weitgehend positiv auf andere. Diese Beurteilungsaufgabe über die 19 Verhaltensklassen erfaßt demnach — für den einzelnen Klienten betrachtet — eher ein einheitliches Merkmal, z. B. »Erfahrung der Besserung« oder »veränderte, allgemeine Lebenssituation«, als daß sie verschiedene Aspekte/Verhaltensklassen erfassen würde.

Vor dem Hintergrund dieser Angaben über die Eigenart dieser Frage sind folgende evaluatorischen Ergebnisse zu sehen.

Die Daten in Tabelle 3 zeigen, daß beide

Tabelle 2: Therapeutisch begründete Gruppierung von Verhaltensklassen und Ergebnisse der Faktorenanalyse zur Einschätzung der verhaltensbezogenen Therapiefortschritte

	Gruppierungen der Verhaltensklassen durch den Erstautor					Ladungen des Hauptfaktors aufgrund der Hauptkomponentenmethode bei den Ehemaligen und den Derzeitigen	
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 1 Ehemalige	Faktor 1 Derzeitige
Items 1-19:							
1	-	-	x	-	-	59	68
2	-	-	x	-	-	59	63
3	-	-	x	-	-	64	64
4	-	-	x	-	-	64	52
5	-	-	x	-	-	54	39
6	-	-	x	-	-	44	37
7	-	-	x	-	-	65	50
8	-	-	x	-	-	62	60
9	-	-	-	x	-	57	59
10	-	-	x	-	-	61	57
11	-	-	-	x	-	56	66
12	-	x	-	-	-	47	51
13	-	-	-	x	-	45	42
14	-	-	-	x	-	55	56
15	-	x	-	-	-	44	55
16	-	-	x	-	-	58	66
17	-	-	-	-	x	42	-
18	x	-	-	-	-	-	-
19	-	x	-	-	-	42	57

Gruppen, auch bereits die Derzeitigen, in zahlreichen Bereichen beträchtliche Verbesserungen nennen (siehe die Prozentangaben in den Stufen »viel besser«, »besser« gegenüber den Stufen 4 und 5). Die Ehemaligen geben in der Nachtherapiezeit kaum Verschlechterung oder Rückfall bezüglich dieser 19 Kategorien an, während das ebenfalls positive Ergebnis der Derzeitigen auf eine unmittelbare Wirkung der Therapie hinweist.

Faßt man die Prozentangaben zusammen, wird deutlich, inwiefern sich die geschätzten Fortschritte in den einzelnen Dimensionen unterscheiden. Im Einklang mit wichtigen Zielen der Therapie sehen beide Gruppen vor allem die Kategorien 15, 16 und 18, 19 als diejenigen an, in denen sie seit Therapiebeginn die größten Fortschritte gemacht haben.

In einer anderen Kategorie, Nr. 13, die von seiten der Therapie ebenfalls hoch gewertet wird, geben die Klienten an, fast am wenigsten vorangekommen zu sein. Gleichfalls können sie Sprechhilfen (Nr. 17) nicht gar so erfolgreich anwenden, wie sie zahlreiche andere Verhaltensweisen ausführen können. Ein Vergleich der Gruppen je Kategorie weist eher auf Einheitlichkeit als auf Unterschiede zwischen den Gruppen.

Mit vier weiteren Dimensionen (Selbstvertrauen, Kritikfähigkeit, Kreativität, Spontaneität) wurden die Klienten nochmals nach ihren Bewertungen von Veränderungen befragt.³

³ Einige Tabellen und Ausführungen dazu sind beim Erstautor zu erhalten (Theo Schoenaker, Institut für Sprechbehinderte, Rudolf-Dreikurs-Weg 4-6, 6492 Sinnatal-Züntersbach).

Tabelle 3: »Im Vergleich zur Zeit vor der Therapie kann ich heute ...« z. B. »viel besser Verantwortung tragen« usw.

Ehemalige						Derzeitige				
viel besser	besser	unverändert	schlechter	viel schlechter		viel besser	besser	unverändert	schlechter	viel schlechter
Angaben in Prozenten						Angaben in Prozenten				
23.7	56.8	19.5	0	0	1. Verantwortung tragen	27.3	50.4	21.8	0.4	0
34.7	50.0	15.3	0	0	2. Initiative ergreifen	26.9	56.3	16.0	0.8	0
16.9	32.2	49.2	1.7	0	3. Arbeiten zu Ende führen	16.0	33.3	50.2	0.4	0
35.6	45.8	18.6	0	0	4. Meine Meinung sagen	29.0	57.6	13.4	0	0
24.6	43.2	28.0	3.4	0.8	5. Auf meiner Meinung beharren	16.0	45.4	34.0	4.6	0
24.6	57.6	15.3	2.5	0	6. Eine Ablehnung riskieren	13.5	61.6	23.6	1.3	0
13.6	49.2	35.6	1.7	0	7. Risiken eingehen	8.9	54.0	35.0	2.1	0
27.1	55.9	16.9	0	0	8. Meine Gefühle äußern	37.0	42.0	19.7	1.3	0
13.6	40.7	44.1	1.7	0	9. Beziehungen aufrechterhalten	19.8	38.0	40.5	1.7	0
27.1	53.4	17.8	1.7	0	10. Über mich sprechen	41.4	42.6	15.2	0.8	0
24.6	50.0	22.0	3.4	0	11. Kontakte herstellen	18.1	54.2	25.2	2.5	0
22.0	46.6	29.7	1.7	0	12. Fehler eingestehen	16.8	51.7	30.3	1.3	0
10.2	38.1	40.7	11.0	0	13. Mit anderen zusammenarbeiten ohne zu führen	12.6	42.9	43.7	0.8	0
13.6	35.6	46.6	3.4	0.8	14. Mich für andere Leute interessieren	19.9	48.1	30.8	2.1	0
38.5	50.4	9.4	1.7	0	15. Mein Stottern akzeptieren	35.3	54.6	8.8	0.8	0.4
42.7	42.7	13.7	0.9	0	16. Trotz Angst und Stottern meine Aufgaben erledigen	36.6	46.6	16.8	0	0
8.6	37.1	40.1	3.4	1.7	17. Sprechhilfen (Sprechtechniken) erfolgreich anwenden	8.1	40.4	46.4	4.3	0.9
41.4	42.2	15.5	0.9	0	18. Erkennen, welche Ziele ich mit dem Stottern verfolge	41.2	55.0	3.4	0.4	0
41.5	47.5	10.2	0.8	0	19. Mich selbst annehmen, so wie ich bin	40.1	52.0	4.6	2.1	0

Hier sind die Angaben vor allem bei der Kategorie »Selbstvertrauen« positiver als bei den vorigen Dimensionen, nicht dagegen bei den drei anderen Kategorien. Hinsichtlich des Selbstvertrauens und der Kreativität liegen die Derzeitigen günstiger als die Ehemaligen. Betrachtet man alle 23 Items zusammen, sehen die Klienten übereinstimmend die deutlichsten Fortschritte in der Dimension »Selbstvertrauen«.

Während die Klienten oben einschätzen sollten, inwieweit sie bei jeder Verhaltenskategorie eine Veränderung festgestellt haben, sollte nun eine Auswahl aus diesen 19 Items danach getroffen werden, ob eine Kategorie zum allgemeinen Eindruck des erreichten Fortschritts einen Beitrag geleistet hat oder nicht. Die Klienten sollten demnach diejeni-

gen Kategorien ankreuzen, mit denen sie ihren Fortschritt verbunden sehen. Die Daten (aus Raumgründen nicht wiedergegeben) zeigen, daß sich die beiden Gruppen in der Beurteilung der einzelnen Verhaltenskategorien eher gleichen, als daß sie sich unterscheiden (die Muster der häufiger bzw. seltener gewählten Kategorien gleichen sich in etwa). Das heißt auch, daß in beiden Gruppen der Fortschritt mit bestimmten Verhaltenskategorien mehr als mit anderen in Verbindung gebracht wird. Für das Therapiekonzept ist wiederum bedeutsam, daß dies besonders für die bedeutendsten Therapieziele zutrifft (Nr. 15, 16 und 18, 19). Erwartungsgemäß wird der Fortschritt kaum in Verbindung mit den Sprechtechniken gebracht.

4.4. Einschätzung des Schweregrades der Störung bzw. der Veränderungen im Laufe der Therapie⁴

Die Bewertung des derzeitigen *Schweregrades des Stotterns* wird folgendermaßen angegeben (siehe Tabelle 4):

Tabelle 4: »Ich bewerte den Schweregrad meines Stotterns zur Zeit als ...«

	Ehemalige		Derzeitige	
	abs	%	abs	%
1 sehr leicht	31	26.5	26	10.9
2	40	34.2	90	37.8
3	32	27.4	83	34.9
4	10	8.5	30	12.6
5	-	0.9	6	2.5
6 sehr schwer	3	2.6	3	1.3
Zusammen	116	100.0	238	100.0

Die Verteilungen zeigen, daß beide Gruppen heute ihr Stottern mit eher leichteren Schweregraden beurteilen. Bei den Ehemaligen fallen 88,1 Prozent in die drei leichteren Grade, bei den Derzeitigen 82,6 Prozent. Trotz dieser gemeinsamen Tendenz unterscheiden sie sich insofern, als bei den Ehemaligen die leichteren Schweregrade stärker besetzt sind als bei den Derzeitigen ($F = 6,84$; $p = .009$; sehr signifikant).

Das Urteil zur *Veränderung des Stotterns* seit Beginn der Therapie bestätigt das vorige Ergebnis. Beide Gruppen nannten beträchtliche Verbesserungen der Sprechflüssigkeit, insbesondere die Ehemaligen (Gruppenunterschied statistisch sehr signifikant: $F = 8,71$; $p = .0034$). Auffallend ist, daß Verschlechterungen kaum angegeben wurden.

Im Sinne der Therapieziele ist bedeutsam, wie sehr die Klienten von einem *Störungseffekt* betroffen sind, und zwar *heute* im Vergleich zur *Zeit vor der Therapie*. Es ist erkennbar, daß beide Gruppen eindeutig niedrige Grade genannt haben (92,4 Prozent der Ehemaligen in den ersten drei Graden, 94,1 Prozent der Derzeitigen). Der Unterschied zwi-

⁴ Einige Tabellen und Ausführungen dazu sind beim Erstautor zu erhalten (Theo Schoenaker, Institut für Sprechbehinderte, Rudolf-Dreikurs-Weg 4–6, 6492 Sinntal-Züntersbach).

Tabelle 5: »Im Vergleich zur Zeit vor der Therapie stört mich mein Stottern heute ...«

	Ehemalige		Derzeitige	
	abs	%	abs	%
1 überhaupt nicht mehr	10	8.5	12	5.0
2 fast nicht mehr	76	64.4	125	52.5
3 etwas weniger als vor der Therapie	23	19.5	87	36.6
4 genauso wie vor der Therapie	5	4.2	8	3.4
5 etwas mehr als vor der Therapie	3	2.5	2	0.8
6 mehr als vor der Therapie	1	0.8	3	1.3
7 vielmehr als vor der Therapie	0	0.0	1	0.4
Zusammen	118	100.0	238	100.0

schen den beiden Verteilungen ist nicht signifikant ($F = 3,35$; $p = .0682$).

Die Abnahme des Sich-gestört-Fühlens kann entsprechend einem ersten Therapieziel (siehe Abschnitt 2.3) so verstanden werden, daß das Stottern, auch wenn es weiter besteht, nicht mehr als so belastend empfunden wird. Das Urteil kann zusätzlich dadurch zustande gekommen sein, daß die Häufigkeit und die Dauer der Stottereignisse abgenommen haben (siehe Tabelle 4), so daß sich der Klient auch dadurch weniger gestört fühlt.

Die Einschätzung des *Selbstbildes als flüssig Sprechender* wurde bei den beiden Gruppen, im Gegensatz zu den übrigen Fragen, auf verschiedene Zeitpunkte bezogen. Bei den ehemaligen Klienten wurde gefragt: »Ich fühle mich heute — im Vergleich zur *Zeit nach Ende der Therapie* — wie ein flüssig sprechender Mensch«, bei den derzeitigen Klienten wurde der Vergleich auf die *Zeit vor der Therapie* bezogen. Dies bot nicht mehr einen Vergleich zwischen den beiden Klientengruppen. Statt dessen wurde es möglich, das Urteil der *Ehemaligen* über die *Nachsorgezeit* einzuholen. Immerhin sehen sich 72,9 Prozent der Ehemaligen im Vergleich zum Ende der Therapie eher oder völlig als flüssig Sprechende. Bei den Derzeitigen sind es während der Therapie (im Vergleich zur *Zeit vor der Therapie*) bereits 70,1 Prozent. Das Ergebnis der Derzeitigen sieht daher relativ günstig aus. Noch bemerkenswerter ist das günstige Ergebnis bei den Ehemaligen, das die Nachtherapiezeit umfaßt, die auch durch Rückfall gekennzeichnet sein könnte. Statt dessen scheint Stabilisierung eingetreten zu sein. (Inwieweit in diese Urteile die Reduzierung des Störungsgefühls und/oder der

Sprechunflüssigkeit eingeflossen sind, kann mit den Fragebogendaten kaum geklärt werden.)

Die Ergebnisse zur Frage, ob die Klienten sich in der Lage sehen, *willkürlich flüssig* zu sprechen, zeigen keinen Unterschied zwischen den Gruppen ($F = .28$; $p = .596$). Beide berichten, daß sie dies in hohem Maße können (die Kumulierung der ersten drei von sechs Graden ergibt 82,1 Prozent bei den Ehemaligen bzw. 83,7 Prozent bei den Derzeitigen).

In Tabelle 6 sind die statistisch sehr signifikanten Verteilungen zu den elf Graden der subjektiven *Zielerreichung* wiedergegeben ($F = 20.08$; $p = .0001$). Die Verteilung bei den Ehemaligen zeigt eine stärkere Besetzung der fünf höchsten Grade und damit eine stärkere Erreichung der Zielvorstellung (Summe = 78,0 Prozent) als bei den Derzeitigen (Summe = 56,1 Prozent). Mit einer Korrelationsberechnung zwischen diesen sechs Kriterien konnte ermittelt werden, daß die Klienten in übereinstimmender Richtung geurteilt haben und daher den Ergebnissen eine gewisse Zuverlässigkeit zukommt. Der Zusammenhang der Variablen »Fähigkeit, willkürlich flüssig zu sprechen« mit den übrigen fünf Variablen ist allerdings uneinheitlich und nicht eng. Unter den übrigen fünf Variablen sind alle 25 Koeffizienten für beide Gruppen statistisch signifikant bzw. sehr signifikant und sie sind alle größer $r = .40$; 16 sind größer/gleich $r = .50$. Fast durchgehend waren die Zusammenhänge bei den Ehemaligen enger als bei den Derzeitigen.

Betrachtet man die Ergebnisse aus den 19

Tabelle 6: »Wenn ich auf folgender Skala das Stottern vor der Therapie auf 10 setze und mein erhofftes Therapieziel bei 0 ansetze, dann befinde ich mich jetzt dort, wo ich ein Kreuz gemacht habe«

	Ehemalige		Derzeitige	
	abs	%	abs	%
10 Keinerlei Zielannäherung	1	0.8	1	0.4
9	1	0.8	3	1.3
8	5	4.2	15	6.3
7	2	1.7	25	10.5
6	8	6.8	24	10.1
5	9	7.6	36	15.2
4	21	17.8	42	17.7
3	29	24.6	50	21.1
2	24	20.3	30	12.7
1	16	13.6	10	4.2
0 Absolute Zielerreichung	2	1.7	1	0.4

Verhaltensdimensionen (4.3) und den sechs Kriterien (4.4) zusammenfassend, ist folgendes auffallend: Von den sechs Kriterien sind die Urteile zu fünf bei den Ehemaligen günstiger als bei den Derzeitigen (drei der Unterschiede waren statistisch sehr signifikant). Die Urteile, die die Verhaltensdimensionen betreffen, zeigen ein eher ausgeglichenes Bild. Entsprechend diesen Selbstberichten der *Ehemaligen* scheint die Zeit nach der Therapie eher durch Stabilität des Erreichten als durch Verschlechterung oder Rückfall gekennzeichnet zu sein.

4.5. Zuweisung von Therapievariablen zum Therapieerfolg

Von Interesse ist, ob für die Klienten der berichtete Therapieerfolg — außer mit der formalen Therapie — auch mit anderen Faktoren in Verbindung steht.

Das Alter und auch das Geschlecht der Klienten beider Gruppen korreliert nur gering mit den sechs Kriterien für Schweregrad bzw. Veränderungen (4.4), d. h., Therapieerfolge traten unabhängig von Alter und Geschlecht auf.

Ob die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe den Therapieerfolg beeinflusste, konnte nur teilweise geprüft werden, da bei den Ehemaligen nur ein Klient, bei den Derzeitigen nur zwölf die Mitarbeit angaben. Wird die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe als günstig erwartet, müßten die Mittelwerte der Klienten »mit Selbsthilfegruppe« bei den sechs Kriterien (4.4) niedriger sein als die der Klienten »ohne«. Dies trifft jedoch nur für die »Fertigkeit zum willkürlich flüssigen Sprechen« zu. Bei den übrigen fünf Kriterien sind die Mittelwerte der Klienten mit Selbsthilfegruppe ungünstiger als bei den anderen Klienten (bei drei Kriterien signifikant). Insgesamt sind die Ergebnisse nicht völlig einheitlich ausgefallen, aber sie zeigen bei *diesen* Kriterien und *diesen* Klienten den »Nutzen« der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe nicht auf. Jedoch sollte man dies nicht vorschnell als Beweis gegen die Selbsthilfgruppen interpretieren. Deren Wirksamkeit dürfte von der thematischen Verbindung zur Therapie der Mitglieder, von den Zielsetzungen und Arbeitsweisen der Gruppen abhängen (siehe *Schoenaker* 1984).

In zwei Fragen wurde ermittelt, wie der Therapieeffekt den Komponenten »Psychotherapie« und »Sprechhilfen« zugeschrieben wird und ob weiterer Bedarf danach besteht.

Tabelle 7: Attribuierung des Behandlungserfolgs in Prozenten der jeweiligen Klientengruppen

	Ehemalige (N = 118)	Derzeitige (N = 237)
Psychotherapie	64,4	70,9
Sprechhilfen	4,2	0,4
Psychotherapie + Sprechhilfen	31,4	28,3
Sonstiges	0,0	0,4

64,4 Prozent der Ehemaligen und 70,9 Prozent der Derzeitigen führen ihren Behandlungserfolg *allein* auf Psychotherapie zurück. 31,4 Prozent der Ehemaligen und 28,3 Prozent der Derzeitigen attribuieren ihn auf Psychotherapie *und* auf Sprechhilfen. Mit beiden Äußerungen heben die Klienten die Wirksamkeit dieser psychotherapeutischen, logopädischen Behandlungsform hervor. Die Sprechhilfen für sich scheinen kaum eine Rolle zu spielen; die beiden Gruppen unterscheiden sich hier jedoch (4,2 Prozent zu 0,4 Prozent). *Der Psychotherapie wird folglich die ausschlaggebende Rolle für den erreichten Therapieerfolg zugeschrieben.*

Die Frage, was ein Klient zur weiteren Verbesserung des Sprechens brauche, ergab (auch im Vergleich zur vorigen Frage) überraschende und nicht eindeutig zu interpretierende Ergebnisse. 74,9 Prozent der Derzeitigen im Gegensatz zu 53,9 Prozent der Ehemaligen sprachen sich weiter für Psychotherapie aus. Sie scheinen erkannt zu haben,

Tabelle 8: Heutiger Wunsch nach weiterer Behandlung in Prozenten der jeweiligen Klientengruppen

	Ehemalige (N = 115)	Derzeitige (N = 235)
Mehr Psychotherapie	53,9	74,9
Mehr Sprechhilfen	31,3	14,0
Mehr von beiden	7,0	10,2
Keines von beiden	4,3	0,9
Sonstiges	3,5	.

daß für sie dies die richtige Therapie ist bzw. war, und sie halten wohl eine Erweiterung bzw. Vertiefung ihrer Erkenntnisse und Erfahrungen dadurch für notwendig. 14 Prozent der Derzeitigen und 31,3 Prozent der Ehemaligen sind der Meinung, daß für sie mehr Sprechhilfen erforderlich sind.

Die Relation zwischen den Behandlungskomponenten bei beiden Gruppen bleibt zwischen der attribuierenden Beurteilung (Tabelle 7) und der bedarfsorientierten Frage (Tabelle 8) ähnlich, d. h. mit einem deutlichen Übergewicht bei Psychotherapie. Jedoch werden bei den Ehemaligen bei der letzten Frage einige abweichende Tendenzen sichtbar. Hier gibt es (neben den 53,9 Prozent für Psychotherapie) eine größere Gruppe von 31,3 Prozent, die mehr Sprechhilfen wünschen, und eine kleinere Gruppe von zusammen 7,8 Prozent, die sich gegen diese Alternativen aussprechen. (Bei den Derzeitigen sind dies zusammen 0,9 Prozent.) Es könnte sein, daß Klienten, die diese Therapie zur Zeit mitmachen, davon überzeugt sind als eine Reihe ehemaliger Klienten, die — eventuell unflüssiger sprechend als unmittelbar nach der Therapie — jetzt auf sich allein gestellt hoffen, mit Sprechhilfen *selbst* etwas für flüssiges Sprechen *tun* zu können als durch die Befolgung weniger klar faßbarer psychotherapeutischer Prinzipien.

Alle diese Vergleichsmöglichkeiten belegen übereinstimmend, daß die Derzeitigen für sich noch mehr Bedarf an Verbesserung ihrer Probleme sehen als die Ehemaligen. Die Zeit nach Ende der Therapie dürfte für zahlreiche Klienten nicht so sehr durch Rückfall gekennzeichnet sein, sondern bei vielen Klienten durch Stabilität bzw. durch Wertschätzung des Erreichten. Ein Beleg auch durch Sprechdaten wäre dazu dringend erforderlich.

Mit einer weiteren Frage zum Therapiebedarf wurde in Anlehnung an die Items der Frage in Tabelle 3 nach Verhaltensbereichen gesucht, falls noch weitere Verbesserungen benötigt würden. Die Kategorien sind unterschiedlich, aber nicht sehr stark besetzt, es wird also nicht in bedeutendem Maße um Verbesserungen nachgesucht. Dabei ist in beiden Gruppen der Wunsch, Sprechhilfen erfolg-

reich anwenden zu können, etwas stärker als bei den zahlreichen anderen Kategorien. Der Fortschritt im flüssigen Sprechen, dem nach außen auffälligsten Merkmal des Stotterns, scheint für eine gewisse Zahl von Klienten noch nicht zufriedenstellend zu sein.

In einer offenen Frage wurden die Klienten gebeten, Vorschläge zur Verbesserung der Therapie zu nennen. Die Antworten wurden für beide Gruppen demselben Muster von Kategorien zugeordnet und ausgewertet. Über ein Viertel der Klienten gaben keine Antwort, »hatten keine Idee« oder waren ausdrücklich zufrieden mit dem therapeutischen Vorgehen. Über beide Gruppen betrachtet fällt der Wunsch einiger Klienten nach mehr Individualisierung bzw. nach kleineren Behandlungsgruppen und nach Intensivierung von bisherigen Maßnahmen auf. Andererseits ist hervorzuheben, daß sich beide Gruppen kaum gegen irgendwelche Maßnahmen der Therapieeinrichtung ausgesprochen haben. Insgesamt ist bei dieser Frage der Eindruck von Zufriedenheit mit der Therapie entstanden.

6. Zusammenfassung

Mit dieser Studie war beabsichtigt, die Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit mit erwachsenen Stotternen auf individualpsychologischer Grundlage am Institut für Sprechbehinderte in Sinntal-Züntersbach zu untersuchen. Anhand der Selbstberichte der ehemaligen und derzeitigen Klienten wurde vor allem nach Veränderungen in therapiezielrelevanten Verhaltensbereichen und in einigen Erfolgskriterien gefragt.

Die Daten belegen anhand dieser Klienteneinschätzungen, daß die Therapie für die meisten Klienten (auch langfristig!) bedeutende Verbesserungen gebracht hat. Bei mehreren Vergleichen zwischen den Ehemaligen und Derzeitigen zeigte sich, daß viele Ehemalige zu stabilen Therapieerfolgen gekommen sind und daß in der Nachtherapiezeit nicht sehr viele Klienten von Verschlechterung oder Rückfall berichteten. Über das angebotene Therapiekonzept hinaus haben die Klienten nur begrenzt zusätzliche Therapie in Anspruch genommen, auch ihre Äußerungen zur Verbesserung der Therapie drücken viel eher Zufriedenheit mit der erhal-

tenen Therapie aus, als daß ausdrücklich Maßnahmen abgelehnt oder völlig andere Vorgehensweisen gewünscht worden wären. Eine deutliche Mehrheit der Klienten hat sich für die durchgeführte individual- und auch verhaltenstheoretisch ausgerichtete Psychotherapie ausgesprochen, einige Klienten, vor allem ehemalige, wünschen jedoch auch Sprechhilfen.

Die Evaluation der langfristig angelegten Therapie des Stotterns ist arbeitsaufwendig und teuer und setzt, wie an diesem Institut, ein kontinuierliches therapeutisches Vorgehen voraus. In der Regel sind nicht alle Voraussetzungen für eine methodisch befriedigende Evaluation erfüllbar. Auf einige Einschränkungen in dieser Studie wurde hingewiesen.

Literatur

- Bloodstein, O.: A handbook on stuttering. Chicago 1987.
- Lienert, G. A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim 1969.
- Schoenaker, Th.: Individualpsychologische Gruppentherapie bei erwachsenen Stotternen. Sprache—Stimme—Gehör 2 (1978) 4, S. 136—144.
- Schoenaker, Th.: Der Lebensstil in der Behandlung des Stotterns bei Erwachsenen — Eine individualpsychologische Betrachtung. Sprache—Stimme—Gehör 3 (1979) 4, S. 151—157.
- Schoenaker, Th.: Stottern — ein zielgerichtetes Verhalten. Sprache—Stimme—Gehör 5 (1981) 2, S. 82—85.
- Schoenaker, Th.: Die Stotterneurose und die Stotterer-Selbsthilfegruppen — Eine individualpsychologische Betrachtung. Sprache—Stimme—Gehör 8 (1984), S. 110—112.

Anschriften der Verfasser:

Theo Schoenaker
Institut für Sprechbehinderte
Rudolf-Dreikurs-Weg 4—6,
6492 Sinntal-Züntersbach

Dr. Peter Jehle
Deutsches Institut für Internationale
Pädagogische Forschung Frankfurt am Main
Schloßstraße 29, 6000 Frankfurt/Main 90

Dipl.-Päd. Dirk Randoll
Deutsches Institut für Internationale
Pädagogische Forschung Frankfurt am Main
Schloßstraße 29, 6000 Frankfurt/Main 90

Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Prof. Dr. M. Grohnfeldt, Universität zu Köln

Prof. Dr. G. Homburg, Universität Bremen

Prof. Dr. J. Teumer, Universität Hamburg

Empfehlungen für das Studium der Sprachheilpädagogik¹

Diese Empfehlungen verfolgen nachstehende *Ziele*:

Sie sollen Hochschullehrern zur Orientierung dienen. Damit soll bei unterschiedlicher Ausstattung der Studienstätten, unterschiedlichen Studienordnungen und unterschiedlichen Selbstverständnissen der Fachvertreter eine notwendige Vereinheitlichung des Lehrangebotes angestrebt werden.

Sie sollen gegenüber Hochschul- und Finanzverwaltungen die erforderliche sachliche und persönliche Ausstattung begründen helfen.

Sie sollen Studierenden als Orientierung dienen. Ihnen soll damit eine gezielte Studiengestaltung ermöglicht werden, wenn Studienordnung, Studienberatung oder das Studienangebot dazu nicht ausreichen.

Bei einem Antrag auf Kassenzulassung sollen sie sowohl den Antragstellern als auch den Krankenkassen als Entscheidungshilfe dienen.

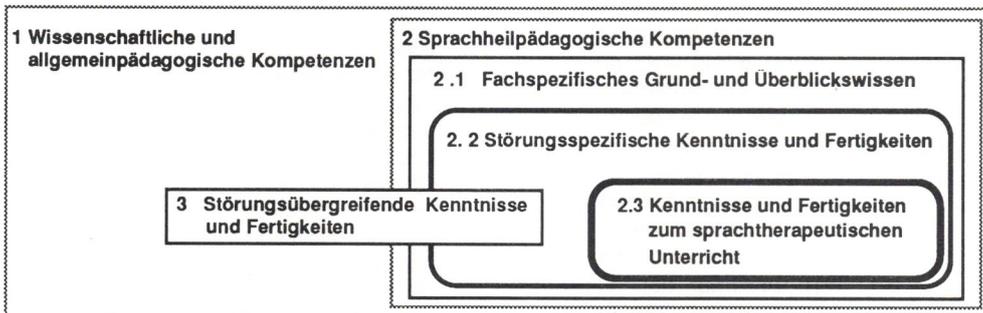
Die Ausbildung von Sprachheilpädagogen orientiert sich an den Anforderungen der beruflichen Praxis und den fachlichen Erfordernissen. Nach dem Grundsatz »alle Störungen und alle Altersstufen« fördern und behandeln Sprachheilpädagogen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit sehr unterschiedlichen Störungen der Kommunikation und des sprachlichen Handelns.

Störungen können verschiedene Modalitäten der Sprache (Lautsprache: Aussprache, Wortschatz, Grammatik, Sprachgebrauch und/oder Sprachverständnis; Schriftsprache: Lesen und Schreiben) und die Stimme betreffen. Sie können unterschiedlich verursacht (somatisch, psychogen oder soziogen) und unterschiedlich weitreichend (isoliert, komplex, Symptom einer Mehrfachbehinderung) sein. Deshalb müssen Sprachheilpädagogen über

- Grundqualifikationen im Sinne wissenschaftlicher und allgemeinpädagogischer Kompetenzen (1),
- sprachheilpädagogische Kompetenzen im Sinne
 - eines fachspezifischen Grund- und Überblickswissens (2.1),
 - störungsspezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten (2.2) und

¹ Diese Vorlage wurde den Mitgliedern der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertpädagogik zur Stellungnahme zugestellt und im Rahmen der Hauptvorstandssitzung der dgs in Hamburg am 4. Mai 1991 diskutiert. Die Verfasser bedanken sich bei den Mitgliedern der Dozentenkonferenz und des Hauptvorstandes, die durch ihre konstruktive Kritik zur Abstimmung und Absicherung dieser Empfehlungen beigetragen haben. Sonderdrucke dieser Schrift können bei den jeweiligen Landesgruppen der dgs angefordert werden.

Abbildung 1: Kompetenzen von Sprachheilpädagogen



- im Falle eines Lehramtsstudiums über Fähigkeiten und Fertigkeiten zum sprachtherapeutischen Unterricht (2.3) sowie über
 - störungsübergreifende Kenntnisse und Fertigkeiten (3)
- verfügen (siehe Abbildung 1).

Im akademischen Studium werden diese Kompetenzen theoretisch und praktisch vermittelt

- in unterschiedlichen Studienfeldern:
 - Allgemeiner Teil²: Felder 1 und 3,
 - Spezieller Teil³: Felder 2.1, 2.2 und 2.3
- durch Vertreter unterschiedlicher Disziplinen: Pädagogen, Mediziner, Psychologen, Soziologen, Ingenieure, Techniker, Juristen usw.

² Die Grundlagen (1) des allgemeinen Teils werden zusammen mit Hörern anderer Fächer, insbesondere mit Hörern anderer sonderpädagogischer Fachrichtungen studiert. Mit diesen zusammen erwerben Studierende der Sprachheilpädagogik auch die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu den störungsübergreifenden Verfahren (3).

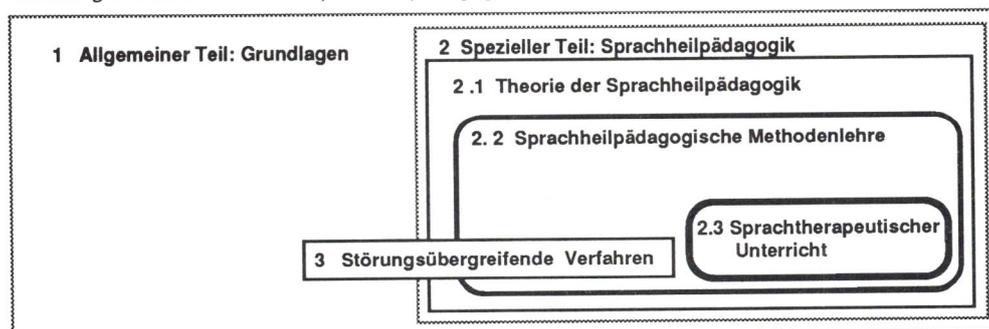
³ Die Veranstaltungen des speziellen Teils werden in der Regel eigens für Studierende der Sprachheilpädagogik angeboten. Hier erwerben sie ein Grund- und Überblickswissen (2.1). Mittelpunkt des Studiums ist der Erwerb störungsspezifischer Kenntnisse und Fertigkeiten (2.2). Dieses Studienfeld zielt auf den Erwerb eines breiten Fächers an Methoden zu den verschiedenen Störungen der Laut- und Schriftsprache sowie der Stimme. Für Studierende des Lehramts hat darüber hinaus der sprachtherapeutische Unterricht (2.3) zentrale Bedeutung.

- in unterschiedlichen Veranstaltungsformen: Vorlesungen, Seminaren, Übungen, Hospitationen, Studienfahrten, Projekten
- in selbstorganisierten Studien
- in supervidierten Praxiserprobungen
- in angeleiteten Block- bzw. semesterbegleitenden Praktika
- nach dem Studium in supervidierter und in eigenverantworteter Praxis.

Insgesamt zielt die akademische Bildung von Sprachheilpädagogen auf wissenschaftlich begründetes, d. h. methodisch kontrolliertes Handeln. Dieses gründet sich auf die Fähigkeit, verschiedene Disziplinen und unterschiedliche Denkansätze sowie das Verfügungs- und das Orientierungswissen zu integrieren. Verfügungswissen ist das Wissen um Ursachen, Wirkungen, Mittel und Methoden. Orientierungswissen fragt als handlungsleitendes Wissen nach sinnstiftenden Zwecken und sucht Antworten auf die Frage nach dem Sollen. Insofern definiert sich das Ziel akademischer Ausbildung auf einem Kontinuum zwischen Berufsfähigkeit und Berufsfertigkeit. Durch Selbstlernaktivitäten kann ein akademisch ausgebildeter Sprachheilpädagoge im Sinne eines hypothesengeleiteten Vorgehens neue Kompetenzen erwerben.

Generell muß die sprachheilpädagogische Arbeit multidimensional angelegt sein, mit Medizinerinnen und Psychologen abgestimmt werden und mit dem Ort der kommunikativen Bewährung auch das soziale Umfeld einbeziehen.

Abbildung 2: Studienfelder der Sprachheilpädagogik



Für das nachstehend näher aufgegliederte Curriculum gelten folgende *Hinweise*:

1. Die Studienfelder sind nicht trennscharf voneinander abgegrenzt:

- Es gibt Überschneidungen sachlicher Art: Störungen der Aussprache können entwicklungsbedingt oder zentralorganisch verursacht sein.
- Es gibt Überschneidungen zwischen verschiedenen Themen: Die Lehrangebote über Myofunktionelle Therapie betreffen z. B. Störungsformen wie Stammeln, Lippen-Kiefer-Gaumenpalten und Dysarthrie.
- Das gleiche Problem, z. B. Förderung der Wahrnehmung, wird in störungsspezifischen, störungsübergreifenden oder auch in allgemeinen Veranstaltungen behandelt.

Diese Effekte sind im Sinne eines interdisziplinären Studiums sogar erwünscht. Es werden dadurch

- eine multidimensionale Problemsicht vermittelt,
- gleiche Phänomene auf höherem Niveau erneut nach Art eines Spiralcurriculums bearbeitet,
- eine Generalisierungs- und eine erweiterte Analysefähigkeit aufgebaut.

2. Das akademische Studium der Sprachheilpädagogik findet statt im Rahmen von Studienordnungen, die Studierenden und Veranstaltern einen mehr oder weniger großen Entscheidungs- und Gestaltungsrahmen gewähren und die sie nicht an einen feststehenden Lehrplan binden. Dieses führt dazu, daß, obwohl auf das gleiche Ziel gerichtet, die Studienangebote unterschiedlicher Hochschulen voneinander abweichen.

Darüber hinaus sind die akademischen Studien- und Prüfungsordnungen häufig übergreifend angelegt. Sie regeln nicht speziell das Studium der Sprachheilpädagogik. Deswegen sind die den Hochschuldiplomen und den Examenszeugnissen beigefügten Belege in der Regel aussagekräftiger. Den Studierenden sei deswegen geraten, angesichts der beruflichen Vielfalt und der Anforderungen späterer Vertragspartner

- das Fundamentum durch ein Additum selbstorganisierter Studien zu ergänzen,
- sich entsprechende Hinweise ausstellen zu lassen und zu sammeln.

3. Das folgende Curriculum darf nicht mechanistisch gelesen werden. Insbesondere bilden die Differenzierungen zu den Störungsbildern nicht zugleich auch Einzelveranstaltungen ab.

4. Die hier dargestellten Studienqualifikationen schließen die Notwendigkeit der Fort- und Weiterbildung auch nach Studienabschluß entsprechend

den Fortschritten der Forschung und der spezifisch arbeitsplatzbezogenen Ansprüche ein.

Sprachheilpädagogen erwerben ihre Qualifikation in unterschiedlichen Studiengängen mit unterschiedlichen Abschlüssen.

Abschlüsse sind

grundständig:

- Lehramt für Sprachheilpädagogik (LA g)
 - Sprachheilpädagogik als Hauptfach oder als Zusatzqualifikation bzw. Drittfachstudium
 - Sprachheilpädagogik als Nebenfach
- Diplompädagogik⁴ mit dem Schwerpunkt Sprachheilpädagogik (D)

Individuelle Studienvoraussetzung für ein grundständiges Studium ist die Hochschulreife (Abitur). Generell sind diese Studiengänge auf mindestens acht Semester angelegt und in ein Grund- und ein Hauptstudium untergliedert. Nach einem gemeinsamen Grundstudium erfolgt eine Spezialisierung sowie Gewichtung auf schwerpunktmäßig schulische bzw. außerschulische Arbeitsfelder.

postgradual:

- Lehramt für Sprachheilpädagogik (LA p)
- Individuelle Studienvoraussetzung für ein postgraduales Studium ist eine Lehramtsprüfung. Das postgraduale Studium umfaßt vier Semester, wobei der Schwerpunkt in den Inhalten des Hauptstudiums liegt. Es wird in der Regel als Direktstudium⁵ durchgeführt.

Das grundständige Studium für das Lehramt (LA g) umfaßt zusätzlich das Studium eines Unterrichtsfaches. Das Studium mit dem Abschluß Diplom umfaßt in der Regel das Studium eines Nebenfaches (z. B. Psychologie, Linguistik).

Prüfungsteile sind:

Klausuren, studienbegleitende Leistungsnachweise, mündliche Prüfungen, wissenschaftliche Hausarbeit/Diplomarbeit.

⁴ Der Abschluß Diplom kann nicht in Bayern (in Bayern gilt dazu als Äquivalent: Magister artium mit dem Hauptfach Sprachheilpädagogik), Hamburg und Hessen und gegenwärtig noch nicht in den neuen Bundesländern studiert werden.

⁵ In den Ländern der ehemaligen DDR bestand auch die Möglichkeit eines Fernstudiums.

Den Studierenden wird empfohlen, in der wissenschaftlichen Hausarbeit/Diplomarbeit ein sprachheilpädagogisches Thema zu bearbeiten.

Die folgende Tabelle (siehe Tabelle 1) soll Inhaltspunkte für die *Aufteilung des Studiums nach Stundenanteilen auf die verschiedenen Studienfelder* bei unterschiedlichen Abschlüssen geben.

Tabelle 1: Aufteilung des Studiums nach Semesterwochenstunden (SWS) bei unterschiedlichen Abschlüssen (Fundamentum)

Studienfelder	LA grundständig		LA postgrad.	Diplom
	Hauptfach	Nebenfach		
1 Grundlagen	16	16	8	20
2 Sprachheilpädagogik				
2.1 Theorie der Sprachheilpädagogik	14	10	14	20
2.2 Sprachheilpädagogische Methodenlehre	26	20	26	60
2.3 Sprachtherapeutischer Unterricht	12	6	8	—
3 Störungsübergreifende Verfahren	12	12	8	20
	80*	64**	64***	120

Hinweise:

* Das Hauptfachstudium der Sprachheilpädagogik im Sinne einer Zusatzqualifikation bzw. eines Drittfachstudiums nach Abschluß von zwei anderen Sonderpädagogischen Fachrichtungen orientiert sich im Umfang am grundständigen Lehramtsstudium. Bereits erbrachte Leistungen (z. B. in den Studienfeldern 1 und 3) werden angerechnet.

** Beim Studium der Sprachheilpädagogik als Nebenfach kann eine therapeutische Qualifikation erst durch ein Erweiterungsstudium sichergestellt werden.

*** Das postgraduale Studium baut auf Qualifikationen auf, die im ersten Studium in den Studienfeldern 1 und 3 erworben worden sind und die insofern den 64 SWS hinzuzurechnen sind.

Tabelle 2: Dauer der praktischen Ausbildung bei unterschiedlichen Abschlüssen

Praktika

Lehramt: grundständig (Hauptfach):

zwei Praktika in sprachheilpädagogischen Einrichtungen, davon ein Therapiepraktikum à 100 Zeitstunden als Blockpraktikum oder semesterbegleitend;
zusätzlich: ein Praktikum in der zweiten sonderpädagogischen Fachrichtung
fakultativ: ein Orientierungs- bzw. Sozialpraktikum

postgradual:

zwei Praktika in sprachheilpädagogischen Einrichtungen, davon ein Therapiepraktikum à 100 Zeitstunden als Blockpraktikum oder semesterbegleitend;

Diplom: drei Praktika (ein Diagnostikpraktikum, zwei Therapiepraktika)
à 100 Zeitstunden als Blockpraktikum oder semesterbegleitend;
fakultativ: ein Orientierungs- bzw. Sozialpraktikum

Praktische Berufserfahrungszeit:

Lehramt, grundständig:

18 bis 24 Monate Referendariat

Wenn eine Krankenkassenzulassung angestrebt wird:

Lehramt: zwei Jahre nach der Zweiten Staatsprüfung

Diplom: zwei Jahre nach Abschluß des Studiums

Inhalte des Studiums der Sprachheilpädagogik

1 Allgemeiner Teil

Grundlagen

Allgemeine Erziehungswissenschaft:

z. B.: Grundlagen von Erziehung, Bildung, Förderung und Therapie, didaktische Modelle, Forschungsmethoden

Allgemeine Behindertenpädagogik:

z. B.: Prävention, Frühförderung, Integration, Probleme der Mehrfachbehinderten, vergleichende Behindertenpädagogik

Psychologie:

z. B.: entwicklungs- und sozialpsychologische Grundlagen, Gestaltung von Lernprozessen und Interaktionen, Diagnostik einschließlich Gutachtenerstellung, psychologische Forschungsmethoden

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychopathologie

Neurologie

Sprachheilpädagogik I:

Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese von Störungen der Laut- und Schriftsprache sowie der Stimme

Informatik

Sozial- und Behindertenrecht

2 Spezieller Teil: Sprachheilpädagogik

2.1 Theorie der Sprachheilpädagogik

Sprachheilpädagogik II:

z. B.: Geschichte, Organisationsformen, Berufe, Erziehung, Bildung und Therapie bei Sprachgestörten, Nachsorge, Selbsthilfegruppen

Psychologie der Sprachgestörten

HNO-Heilkunde/Phoniatrie/Pädaudiologie

Linguistik, Psycholinguistik und Phonetik

Prävention, Frühförderung, Integration bei Sprachgestörten

Sprecherziehung und Stimmbildung

LA g, p:

Theorie des sprachtherapeutischen Unterrichts, Einführung in die Unterrichtspraxis und Therapie in sprachheilpädagogischen Arbeitsfeldern

2.2 Sprachheilpädagogische Methodenlehre

Die sprachheilpädagogische Methodenlehre beinhaltet störungsübergreifend

- die Grundlagen der sprachheilpädagogischen Diagnostik mit entsprechenden Übungen, Kenntnissen von Testverfahren, Gutachtenerstellung und Befundberichten
- die Darstellung und Erprobung verschiedener störungsbezogener Therapieansätze
- Kenntnisse der Sprachpathologie und Kasuistik

Sprachentwicklungsstörungen

(Aussprachestörungen, Dysgrammatismus, Störungen des semantischen Systems)

Normaler und gestörter Spracherwerb. Phonetik und Phonologie. Störungen der Bedeutungsentwicklung. Störungen der Morphologie und Syntax. Übungen zur Diagnose und Therapie bei Aussprachestörungen. Übungen zur Diagnose und Therapie bei Dysgrammatismus. Übungen zur Diagnose und Therapie semantischer Funktionen. Supervidierte Praxis

Störungen der Rede

(Stottern, Poltern, Mutismus)

Modelle der Sprachproduktion und der sprachlichen Interaktion. Störungsformen und ihre Genese. Diagnostische und therapeutische Konzepte bei Störungen der Rede. Übungen zu einzelnen Verfahren der Stotterertherapie. Einzelfallarbeit. Supervidierte Praxis

Zentralorganisch bedingte Sprach- und Sprechstörungen

Aphasie

Aphasiologie. Diagnose und Therapie bei Aphasien. Methoden der Aphasietherapie. Übungen zur Aphasietherapie. Einzelfallarbeit. Supervidierte Praxis

Dysarthrie

Neurologische Grundlagen. Diagnose und Therapie bei Dysarthrien. Übungen zur Dysarthrietherapie. Supervidierte Praxis

Peripherorganisch bedingte Störungen
(Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
Dysglossien)

Medizinische Grundlagen. Organische, psychische, soziale und sprachliche Rehabilitation. Diagnostische und therapeutische Konzepte. Sprachvorbereitende Übungen und Sprachtherapie. Supervidierte Praxis

Sprachrehabilitation nach Laryngektomie

Medizinische Grundlagen. Organische, psychische, soziale und stimmliche Rehabilitation. Anbahnung von Ersatzstimmen. Supervidierte Praxis

Stimmstörungen

Normale und gestörte Stimmgebung. Diagnose und Therapie gestörter Stimmfunktionen. Übungen zur Stimmtherapie. Supervidierte Praxis

Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)

Normaler und gestörter Schriftspracherwerb. Diagnose und Methoden zur Förderung bei LRS. Unterrichtspraktische Übungen/Einzelfallhilfen.

2.3 Sprachtherapeutischer Unterricht
(LA g, p)

Theorie und Praxis des sprachtherapeutischen Unterrichts

Didaktische Seminare

Unterrichtspraktische Übungen

Unterrichtspraktikum

Hinweis:

Für Studierende des Lehramtes ist der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten mindestens bezüglich folgender sprachheilpädagogischer Methoden erforderlich:

- Sprachentwicklungsstörungen, Stottern, LRS
- weitere zwei Störungen wahlweise.

Wenn eine sprachtherapeutische Tätigkeit in außerschulischen Handlungsfeldern angestrebt wird, sollten sich die Studierenden an dem Gesamtkatalog zur sprachheilpädagogischen Methodenlehre orientieren.

Hinweis:

Ein zusammenfassendes Schaubild zu den »Empfehlungen für das Studium der Sprachheilpädagogik« befindet sich auf Seite 124.

3 Störungsübergreifende Verfahren

Planung und Aufbau (sprach-)therapeutischer Verfahren

Prävention

Grundlagen und Formen der integrativen Arbeit

Elternberatung und Gesprächsführung, Kooperation, interdisziplinäre Teamarbeit

Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion

Verhaltensbeobachtung/Interaktionsanalyse/Selbsterfahrung

Rollenspiel, Spieltherapie

Myofunktionelle Therapie des orofacialen Bereichs

Biofeedback, Entspannungstechniken

Medien, Materialien, technische Geräte

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Universität zu Köln
Frangenheimstraße 4, 5000 Köln 41

Prof. Dr. Gerhard Homburg
Universität Bremen
Postfach 330440, 2800 Bremen 33

Prof. Dr. Jürgen Teumer
Universität Hamburg
Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13

Wissenschaftlicher Beirat
der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Empfehlungen für das Studium der Sprachheilpädagogik

1 Allgemeiner Teil

Grundlagen
Allgemeine Erziehungswissenschaft:
Allgemeine Behindertenpädagogik
Psychologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychopathologie
Neurologie
Sprachheilpädagogik I
Informatik
Sozial- und Behindertenrecht

2 Spezieller Teil: Sprachheilpädagogik

2.1 Theorie der Sprachheilpädagogik
Sprachheilpädagogik II
Psychologie der Sprachstörungen
HNO-Heilkunde/Phoniatrie/Pädaudiologie
Linguistik, Psycholinguistik und Phonetik
Prävention, Frühförderung, Integration bei Sprachgestörten
Sprecherziehung und Stimmbildung
LA, B.P.
Theorie des sprachtherapeutischen Unterrichts
Einführung in die Unterrichtspraxis und Therapie sprachheilpädagogischer Arbeitsfelder

2.2 Sprachheilpädagogische Methodiklehre

(Aussprachestörungen, Dysgrammatismus, Störungen des semantischen Systems)
Störungen der Rede
Zentralorganisch bedingte Sprach- und Sprechstörungen
(Stottern, Poltern, Mutismus)
(Aphasie, Dysarthrie)
Peripherorganisch bedingte Störungen
(Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Dysglossien)
Sprachrehabilitation nach Laryngektomie
Stimmstörungen
Lese- Rechtschreibschwäche (LRS)

2.3 Sprachtherapeutischer Unterricht

3 Störungsübergreifende Verfahren

Planung und Aufbau (sprach-)therapeutischer Verfahren
Prävention
Grundlagen und Formen der integrativen Arbeit
Elternberatung und Gesprächsführung,
Kooperation, interdisziplinäre Teamarbeit
Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion
Verhaltensbeobachtung/Interaktionsanalyse/Selbsterfahrung
Rollenspiel, Spieltherapie
Myofunktionelle Therapie des orofacialen Bereichs
Biofeedback, Entspannungstechniken

MAGAZIN

Einblicke



Christine Bandemer, Hoyerswerda

Eine Möglichkeit zur Beeinflussung des Stotterns — Erfahrungen aus dem Bezirk Cottbus

Zusammenfassung

Wenn jemand Mutter eines stotternden Kindes und gleichzeitig Sprachheillehrer ist, dem die Ergebnisse der Behandlung von Stotterern in der Sonderpädagogischen Beratungsstelle nicht ausreichend erscheinen, sucht er sicher nach neuen Lösungswegen. Mit dieser Ansicht glaube ich mich einig zu wissen mit vielen auf diesem Gebiet Tätigen. Im folgenden soll eine Möglichkeit der Betreuung jugendlicher Stotterer in Form eines Ferienkurses beschrieben werden. Die erreichten Ergebnisse entsprechen der rehabilitativen Absicht und begründen eine Fortführung dieser sprachheilpädagogischen Arbeit.

1. Wie es begann . . .

Ein erster Schritt war die Teilnahme meines Sohnes am Rehabilitationskurs für stotternde Jugendliche im Ambulatorium für Sprach- und Stimmgestörte der Charité zu Berlin. An diesem konnte ich passiv als Mutter und aktiv als Sprachheillehrer teilnehmen.

Für die Anregungen, Hinweise und Hilfen möchte ich an dieser Stelle Frau *Dr. Hoppe* und Frau *Dr. David* herzlich danken. Sie waren sozusagen Lehrer und Wegbereiter für eine weitere gute Entwicklung meines Sohnes und den Aufbau solch eines Kurses im Bezirk Cottbus.

Nach längerer Vorbereitungszeit belegten wir den für Juli 1989 ausgeschriebenen Kurs mit drei Mädchen und fünf Jungen aus 6. bis 9. Klassen unterschiedlicher Kreise. Während jeweils ein Erziehungsberechtigter die Betreuung seines Kindes übernahm, wurde ein Mädchen aus einem Kinderheim von einer ihr sehr vertrauten Heimerzieherin betreut. Alle Teilnehmer waren im Internat der Sprachheil-

schule Cottbus untergebracht. Dieses gemeinsame Wohnen trug in großem Maße zum Gelingen des Kurses bei. Gegenseitiges Helfen, Werten und Einfließen und fast familiäre Bindungen der Jugendlichen und Erwachsenen untereinander sind als hauptsächlichste Momente dafür anzusehen.

In vier Wochen fand eine Einflußnahme auf dem Gebiet der Bewegungserziehung, des autogenen Trainings, der Spieltherapie, der Malthherapie und des Sprachunterrichts statt. Helfend zur Seite standen mir eine Sprachheillehrerin für die Bewegungserziehung und eine Diplom-Psychologin für das autogene Training.

2. Zur Bewegungserziehung

Vier Teilziele prägten den Inhalt dieses Unterrichts.

1. Schulung der aufrechten Haltung zur Sicherung der physiologischen Atmung
2. Abbau von Fehlspannungen, Spannung und Entspannung der Muskelgruppen des Rumpfes und des Schultergürtels
3. Abbau von Logophobie und Steigerung des Selbstwertgefühls; d. h. Schaffen von Erfolgserlebnissen beim Sprechen
4. Abbau von sozialen Fehlverhaltensweisen

Die Aspekte der Bewegungserziehung wurden mit den Jugendlichen besprochen. Das tägliche Programm umfaßte Übungen zur Atemanregung und Atemberuhigung, zur Lockerung und Dehnung der Brustmuskulatur und zur Schwungfolge. In Übungen von Bewegungsfolgen flossen die Verbindung von Sprache und Motorik und die Entwicklung der Rhythmusfähigkeit ein. Übungen zur atemrhythmisch angepaßten Phonation

nach *Coblener-Muhar* beinhalteten solche Ziele wie das Lernen des Empfindens von Atem- und Muskelspannungen, die Entwicklung des Kontrollempfindens für die eigene Sprache, für Bewegung, Atmung und Ton im Rhythmus, haltungsverbessernde Übungen, muskuläres Training für die Stimmatmung und Abspannübungen.

Eine gewisse Ermüdung der Schüler in der dritten Woche führte zu der Überlegung, ob solche Übungselemente dieser Altersgruppe entsprechen, da Sinn und Effekt für die Jugendlichen unverständlich sind bzw. nicht sofort sichtbar werden.

3. Zur Maltherapie

Durch die Maltherapie sollten die Schüler angeregt werden, über sich selbst, ihre Störung und ihr Verhältnis zur Umwelt nachzudenken. Ziel war auch eine reale Einschätzung ihrer eigenen Person und des Verhältnisses zu ihren Partnern im täglichen Leben. Jeder Kursteilnehmer stellte im Anschluß an das Malen sein Bild zum vorgegebenen Thema vor, sprach über die dargestellten Wünsche, Träume und Ängste, beantwortete Fragen des Lehrers oder der anderen Schüler. Den Abschluß bildete *keine* Maleinschätzung, sondern stets eine positiv neutrale Wertung. Im Laufe der vier Kurswochen war zu erkennen, wie zunehmend tiefgründiger sich die Stotterer mit der Problematik ihrer eigenen Persönlichkeit auseinandersetzten, Zusammenhänge erfaßten und auch bereit waren, offen und ehrlich über die sie bewegenden Dinge zu sprechen.

4. Zur Spieltherapie

Im wesentlichen gliederte sich diese Disziplin in vier Phasen.

1. Phase: Sie diente der Annäherung, Kontaktaufnahme und Lockerung. Durch Partnerübungen mit nonverbalem Charakter sollten die Schüler Vertrauen gewinnen, Gehemmtheit vermindern und Angst abbauen. In dieser Spielphase ohne Verbote wurde die Bewegungsmöglichkeit der Schüler erhöht und das Ungehemmtsein sowie das Überschreiten von Grenzen ohne Kritik und Angst angestrebt. (Solch eine Zielstellung werteten die Eltern aber keinesfalls positiv.) Die Schüler sollten ihre Wirkung auf andere kennen-

lernen und durch die ihnen vom Erwachsenen zunächst entgegengebrachte Toleranz eine bessere Selbsteinschätzung vornehmen können. Nur nach diesem Schritt sind sie in der Lage, kritische Hinweise anzunehmen, auch Probleme anderer zu erkennen und zunehmend selbstsicherer und kontaktfreudiger zu werden.

2. Phase: Sie stellte sich als Etappe der Eigenständigkeit dar. Der Erwachsene zeigte Toleranz, um therapeutisches Vertrauen aufzubauen. Aggressionen wurden im Spiel erlebt und freigesetzt.

3. Phase: In dieser Phase der Sozialisierung teilten sich die Schüler in Rollen mit. Die Schüler wurden angeregt, auch positive Rollen zu übernehmen, denn im freien Spiel der Kursteilnehmer überwog ganz deutlich der Wunsch nach Gestaltung von lärmbegleitenden und negativen Rollen. Erste erteilte Aufgaben mußten gelöst werden. Es erfolgte eine langsame Korrektur lärmenden Verhaltens.

4. Phase: In der Endphase überwog das schöpferische Gestalten der Schüler. Indem sie Art des Spiels und Charakterdarstellung selbst wählen konnten, lösten sie sich von der führenden Hand des Lehrers. Den Stotterern gelang es sehr gut, konstruierte Sachverhalte zu durchdenken und spielerisch umzusetzen. Diese Zunahme an Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit wirkte sich förderlich auf die Persönlichkeitsentwicklung aus. Dadurch konnten Fehlverhalten und Stotterersymptomatik günstig beeinflusst werden.

Die Übergänge der einzelnen Spielphasen gestalteten sich fließend, jedoch brauchten die Schüler unterschiedlich lange, Aktivität zu zeigen und Aggressionen auszuspielen, ohne aggressives Verhalten »einzuüben«.

5. Autogenes Training

Alle Kursteilnehmer (auch den teilnehmenden Erwachsenen wurde diese Möglichkeit eingeräumt) erlernten die Formeln der Ruhe, der Schwere, der Wärme in Armen, Beinen und Bauch, der Kühle auf der Stirn, der fließenden Sprache sowie individuell festgelegte Formeln.

Der Einsatz des autogenen Trainings innerhalb der Kurszeit und bei dieser Altersgruppe

ermöglicht zwar ein »Anbahnen« der einzelnen Formeln, bedarf jedoch einer längeren Übungsphase und einer individuellen Fortsetzung. Daraus abgeleitet sollen in der Folgezeit andere Elemente der Entspannung mehr in den Vordergrund treten.

6. Sprachunterricht

Die Zielstellung beinhaltete, gelernte und verfestigte Sprechtechniken, die das Stottern hervorbringen, abzubauen. Zunächst machten sich Betroffene und Eltern mit dem Bild dieser Störung vertraut. Die Gespräche waren in einer Art und Weise angelegt, daß die Stotterer ihre Störung nicht als etwas Festes, Krankhaftes empfinden — also Angst davor haben müssen. Schüler und Eltern sollten von Anbeginn begreifen und auch ihr Handeln so ausrichten, daß es bei einer guten Zusammenarbeit möglich wäre, in diesen vier Kurswochen neue Sprechtechniken zu erlernen, die eine fließende Rede ermöglichen.

1. Woche: Tonbandaufnahmen hielten den anfänglichen Sprachstatus fest, der später mit den Schülern und Eltern ausgewertet und mit erreichten Ergebnissen verglichen wurde. Einsatz fand auch das Sprachverzögerungsgerät. Vor- und Nachsprechübungen von Einzelwörtern und Wortgruppen, Leseübungen, Wortbildungs- und Satzbildungsübungen sowie Wortspiele — angelegt als Einzelübung, Paarübung, Übung im Spiegel oder mit der Trommel — wurden zunehmend vom Sprachheillehrer nach den drei Kriterien Artikulation, Lippenbewegung und Sprechtempo eingeschätzt. Stufenweise, entsprechend den sprachlichen Anforderungen, lernten die Stotterer die Sprechregeln anzuwenden. Alle sprachlichen Leistungen der Schüler erhielten in dieser Woche eine positive Wertung.

2. Woche: Die fast symptomfreie Rede während des Unterrichts ermöglichte eine Steigerung der Anforderungen. Nachdem die Schüler das silben- und wortweise Sprechen mit der Trommel kennen- und beherrschen gelernt hatten, machten sie sich ab der zweiten Woche mit dem Kennzeichnen der Vokale und der Vokaldehnung vertraut. Das Üben verschiedener Formen von Beschreibungen ermöglichte die Einführung der Arbeit mit Stichpunkten und die Einschätzung durch die Mitschüler.

3. Woche: Bei paarweisem Lesen, verschiedenen Beschreibungsübungen und einer Lebenslaufschilderung stand die Forderung zur Selbsteinschätzung der sprachlichen Leistungen im Vordergrund. Erstmals konnten die Eltern in den Unterricht einbezogen werden — anfangs nur für Stundenabschnitte, später für längere Zeiträume. Außerdem führten Eltern und Kinder unabhängig voneinander einen Sprachkalender. Sehr aufschlußreich war das Vergleichen der Eltern- und Schülereintragen bezüglich der unterschiedlichen Wertung von erreichten Leistungen und der Bereitschaft, sich anzustrengen. Das erleichterte das Setzen von individuellen Leistungsanforderungen, denn es zeigten sich bereits erste Leistungsgrenzen. Kennzeichnend für diese Phase war das Bewußtmachen schlechter sprachlicher Leistungen durch eine entsprechende Einschätzung. Als Höhepunkt dieser Woche gestaltete sich das Gespräch von Eltern und Schülern mit einem ehemaligen Teilnehmer des Berliner Kurses. Sein Auftreten hinterließ bei allen Anwesenden einen nachhaltigen Eindruck. Neue Ansatzpunkte für eine psychologische Einflußnahme ergaben sich aus den Fragestellungen der Schüler. Zwar war bei allen Stotterern der Wunsch vorhanden, neue Sprechtechniken zu erlernen, die Veränderung ihrer Sprache empfanden sie jedoch als unschön, falsch und stark auffallend. Sie äußerten ihre Bedenken, die neuen Sprechfertigkeiten in ihrem alten Umfeld anzuwenden, und fürchteten die Ablehnung ihrer Mitschüler. Erstaunlicherweise wandten sie diese Sprechtechniken jedoch in ihrer neuen Umgebung und am Wochenende innerhalb der Familie an. Sie lernten es, sich angemessen auf falsches Sprechen hinzuweisen. Als Grundlage dafür können die inzwischen festen sozialen Beziehungen innerhalb der Schüler- und Elterngruppe und der gute Kontakt zu den Sprachheillehrern angesehen werden.

4. Woche: Bei einer Übungsvielfalt bis hin zum Sprechen vor der Schüler- und Elterngruppe, dem Telefonieren und dem Einkaufen in der Stadt konnte von den Schülern das sprachliche Gestalten mit mehr Selbstbewußtsein gefordert werden. Die Fähigkeit, symptomfrei zu sprechen, war der Mehrzahl

der Teilnehmer bewußt geworden. Einen Höhepunkt dieser Woche und zugleich einen würdigen Abschluß der vier Kurswochen bildete das von den Schülern selbst gestaltete Abschlußprogramm. Voller Überraschung erlebten die Eltern eine aufschlußreiche Zusammenstellung des Lehrstoffes aller Teildisziplinen dieses Kurses mit gutem sprachlichen Niveau.

7. Elterngespräche

Mit den Elterngesprächen sollte Verständnis für die Störung und ein besseres Verstehen der Probleme von Stotterern erreicht werden. Oft neigen Eltern dazu, auszudrücken, ihr Kind könne ja sprechen und gäbe sich nur keine Mühe. In den Gruppengesprächen ging das Bestreben dahin, die theoretischen Grundgedanken umzusetzen und auf jeden Teilnehmer unseres Kurses anzuwenden. Letztendlich wirkte dieser Gedankenaustausch auch umerziehend auf die Eltern selbst. In persönlichen Gesprächen hatten sie die Möglichkeit, individuelle Fragen zu stellen, mit dem Sprachheillehrer nach Lösungen von Problemen zu suchen und Hinweise für eine Integration und unterstützende Beeinflussung durch den Klassenleiter der Heimatschulen entgegenzunehmen. Die Teil-

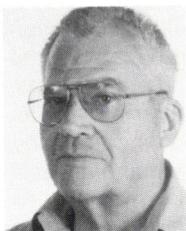
nahme der Eltern erwies sich für das Erreichen der angestrebten Ziele als sehr vorteilhaft.

Dem Wunsch aller Teilnehmer entsprach eine Fortsetzung des Kurses in den Winterferien 1990. Diese eine Woche hatte den Charakter einer nachgehenden Betreuung. Mit den Schülern — und am ersten und letzten Tag auch mit den Eltern — konnten die guten Ergebnisse und die Langzeitwirkung des Sommerkurses ausgewertet, bestätigt und weitergeführt werden.

Die Fortführung des Kurses im Februar 1990 — hierbei übernahmen zwei Eltern die Betreuung aller Gruppenmitglieder — und auch der Versuch eines Ferienkurses für stotternde Unterstufenschüler im Herbst 1989 könnten jedoch Inhalt weiterer Darlegungen sein.

Anschrift der Verfasserin:
Christine Bandemer
Otto-Nagel-Straße 24, O-7700 Hoyerswerda
Christine Bandemer ist tätig als Sprachheil-
lehrerin in der Sonderpädagogischen
Beratungsstelle für Sprach-, Stimm- und
Hörgeschädigte in O-7700 Hoyerswerda,
Karl-Liebknecht-Straße 13.

Die Sprachheilarbeit 36 (1991) 3, S. 128—133



Wendel Ertel, Wermelskirchen

Zur Wirkung rhythmisch-metrischer Sprechübungen auf das Sprechverhalten eines jugendlichen Stotterers

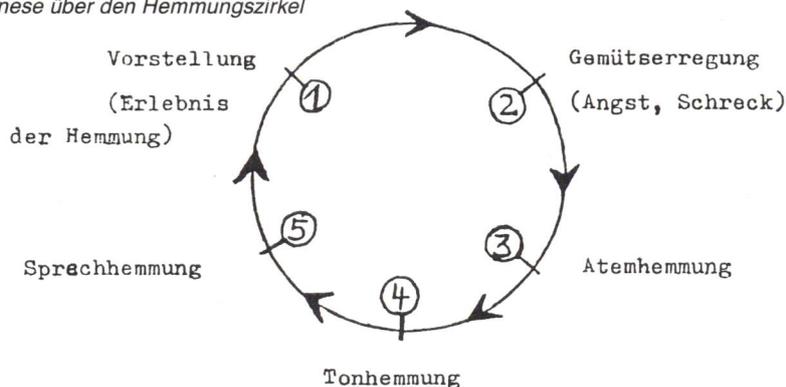
Zusammenfassung

Im nachfolgenden Aufsatz soll anhand einer Fallstudie der Einsatz der musischen Elemente der Sprache: Rhythmus, Metrum (Versmaß) und Klang (Reim), in der Übungsbehandlung des Stotterns gezeigt werden. Mit Hilfe der genannten musischen Elemente können Sprechstörungen in Form von tonisch-klonischen Sprechhemmungen abgebaut und statt dessen kann störungsfreies, flüssiges Sprechen verstärkt werden.

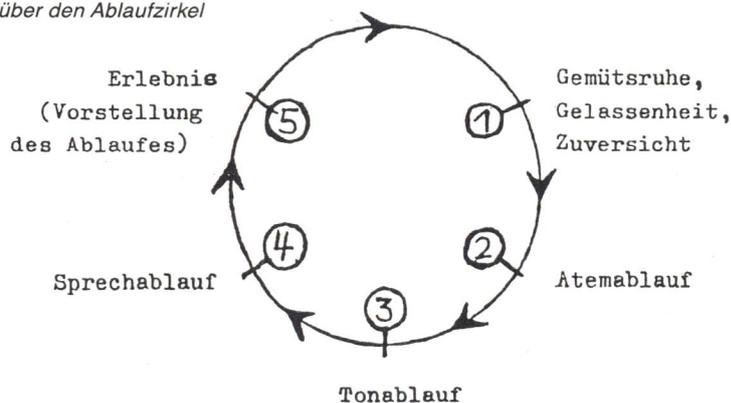
1. Vorüberlegungen

Erfahrungen bei der Übungsbehandlung von Stotterern haben gezeigt, daß die musischen Elemente — Rhythmus, Metrum und Klang der Sprache bei rhythmisch-metrischen und gereimten Texten — dem stotternden Menschen positive, d. h. störungsfreie Sprech-erlebnisse vermitteln und damit Erleichterung und Hilfe beim Sprechablauf bringen.

Abbildung 1
Pathogenese über den Hemmungszirkel



Therapie über den Ablaufzirkel



Aus: H. Fernau-Horn: »Hemmungszirkel und Ablaufzirkel in der Pathogenese und Therapie des Stotterns« 1952. »Es gilt, an Stelle des Hemmungszirkels einen genau entsprechenden Ablaufzirkel mit positiven Vorzeichen mit großer Sorgfalt einzuschleifen« (Zur Therapie der Sprechangstneurose).

Diese Tatsache ist der Ansatz verschiedener Stotterertherapien und Übungsbehandlungen. Fernau-Horn, die ebenfalls den Rhythmus der Sprache als therapeutisch nutzbaren Faktor erkannt und empfohlen hat, gibt eine Erklärung für die Wirksamkeit positiver Sprecherlebnisse, die bei einem störungsfreien Sprechablauftraining, im sogenannten Ablaufzirkel, Sprecherwartungsängste abbauen und Sprechsicherheit sowie Sprechfreude aufbauen. Positive Sprecherfahrungen wirken dem sogenannten Hemmungszirkel entgegen, der durch wiederholte störungsfähige Sprechabläufe die Erwartungsangst fördert und die Sprechneurose des Stotterers verstärkt (vgl. Abbildung 1).

Anhand der Skizze wird deutlich, in welcher Weise die Übungsbehandlung zu gestalten ist, damit die Sprechneurose des »Hemmungszirkels« durch die Sprechzuversicht des »Ablaufzirkels« abgelöst werden kann. Die negativen Sprecherlebnisse des Stotterers führen zu einer Erwartungsangst, die immer wieder neue Sprechstörungen auslöst. Die Blockade findet schon vor dem Sprechbeginn statt. Die Erwartungsangst kann nach der Theorie von Fernau-Horn durch positive Sprecherlebnisse abgebaut werden. Diese sind mit Sicherheit beim rhythmisch-metrischen Sprechen zu erreichen, das durch rhythmisch-metrische Bewegungen, z.B. Klatschen, Stampfen, Gehen u. a. m., sowie

durch Klangverstärkung, z. B. durch Metronom oder Schlagzeug, unterstützt werden kann. Diese unterstützenden Maßnahmen werden von der Autorin neben vorbereitenden Maßnahmen zur Beruhigung und Entspannung des Patienten und zur Regulierung seines Atemablaufes zu Beginn der Behandlung empfohlen.

2. Fallstudie S. D.

2.1. Anamnese

Die Anamnese hatte ergeben, daß die sechzehnjährige Probandin im Alter von drei bis vier Jahren anfang zu stottern (tonisch-klonisch). Als Begleiterscheinungen bei den Sprechstörungen fielen Kopfsenken und Zischlaute besonders auf. Sprechhemmung und Sprechangst waren schon so stark ausgeprägt, daß S. D. nicht ans Telefon ging, auch dann nicht, wenn sie allein zu Hause war. Sie gab nur kurze, knappe Antworten und erzählte spontan überhaupt nichts.

Als Ursachen für die Sprechstörung könnte einmal die Sprechstörung des Vaters gelten, der auch stotterte, oder die Geburt einer drei Jahre jüngeren Schwester zu einem Zeitpunkt, als die Probandin sich noch in der Sprachentwicklung befand. Die jüngere Schwester spricht normal und hat deshalb in der Kommunikation und der Kontaktaufnahme keine Schwierigkeiten. In Familie und Gesellschaft fühlte sich die Probandin wegen ihrer Schwierigkeiten nicht voll anerkannt und nicht überall akzeptiert. Verschiedene stationäre und ambulante Behandlungen unter Anwendung unterschiedlicher Methoden brachten keine nennenswerten Erfolge.

Als günstige Sprechsituationen stellten sich heraus:

- Sprechen mit bekannten Personen,
- Sprechen im Zorn oder beim Feiern auf einer Party,
- Nachsprechen, Vorlesen und Gedichtaufsagen.

Als besonders ungünstige und störungsanfällige Sprechsituationen stellten sich heraus:

- Sprechen mit unbekanntem Personen,
- Telefonieren,
- Antworten auf Fragen, besonders im Unterricht.

Auf die Frage, was sie bei den Sprechhemmungen und Sprechstörungen empfinde, sagte sie: »Es ist, als ob eine Klappe herunterfällt, die man nicht aufhalten kann; die geht so schwer wieder auf, nur mit viel Kraft.« Die »Klappe«, die *Fernau-Horn* als »Sprechbremse« bezeichnet, ist Ausdruck der Sprechangst (Sprechneurose), die sich mit jeder neuen Störung verstärkt.

2.2. Zum Konzept der Übungsbehandlung

Bei der Übungsbehandlung des Stotterns sind u. a. Alter und Entwicklung, Intelligenz- und Bildungsstand zu berücksichtigen.

Im vorschulischen Alter sollten vorwiegend spielerische Sprechsituationen bei Bewegungs-, Tanz- und Singspielen geschaffen und genutzt werden, da durch Bewegen, Spielen, Singen und rhythmisches Begleiten die Freude am Sprechen verstärkt wird.

Im Primärbereich werden rhythmische Verse als Sprechübungen durch Klatschen, Stampfen, allerlei Schlagwerk und Bewegungen im Raum begleitet. Das fördert den Sprechfluß und vermittelt positive Sprecherlebnisse.

Im Jugend- und Erwachsenenalter sollte der Stotterer aktiv mitgestaltend und kritisch mitverantwortlich in die Behandlung einbezogen werden. An Stelle des spielerischen Umgangs mit der Sprache erfolgt jetzt eine gezielte Übungsbehandlung, die den Stotterer sowohl an der Auswahl als auch an der Ausgestaltung der Übungseinheiten beteiligt.

So wurde die Probandin, deren Behandlung hier beschrieben wird, gleich zu Beginn mit der rhythmischen Gestaltung der umfangreichen Wörtersammlung beauftragt. Die Wörter sind zum einen nach Anlauten alphabetisch und zum anderen nach der Wortlänge (ein- bis sechssilbig) angeordnet. Diese Anordnung ermöglicht die Untersuchung von Störanfälligkeiten, bezogen auf den Anlaut und die Wortlänge.

2.3. Durchführung der Übungsbehandlung

Der Ablauf der Übungsbehandlung sollte dem »Ablaufzirkel« entsprechen, wie *Fernau-Horn* ihn empfiehlt. Deshalb war es wichtig, zu Beginn der Behandlung zu Gemütsruhe, Gelassenheit und Zuversicht zu kommen. Als geeignetes Mittel, das zu erreichen, schien mir das Anhören von ruhiger, meditativer Mu-

sik in entspannter Atmosphäre zu sein. Ich wählte dafür Schallplatten aus, u. a. A. Vollenweider: »White Winds« (Harfe), J. Williams: »Klassische Gitarre« und G. Zamfir: »Panflöte und Orgel«. Das Anhören meditativer Musik in entspannter Haltung und mit geschlossenen Augen beruhigt den Atemablauf und begünstigt den Sprechablauf. Dieser war durch das Rhythmisieren der Übungswörter unter Mitwirkung der Probandin wie folgt vorbereitet worden:

Zu den Taktschlägen eines Metronoms im Tempo 72 (Adagio) sollte die Probandin die vorgegebenen Übungswörter sprechen und gleichzeitig im Wortrhythmus in die Hände klatschen. Die Aufgabe bestand darin, in das Metrum einzuschwingen und das Wort in

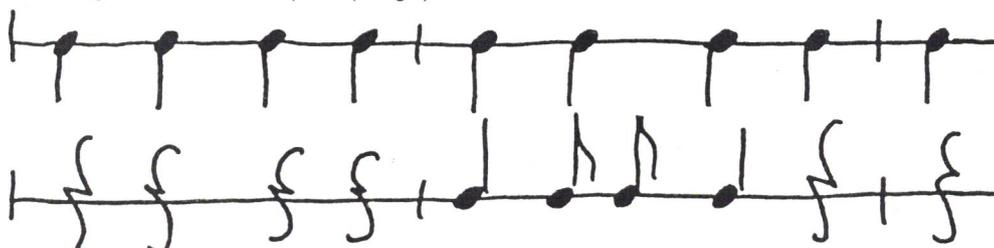
dieses Metrum einzubringen (siehe Abbildung 2, vgl. auch Abbildung 3).

Die Probandin konnte hier den Sprechbeginn und den Sprechrhythmus selbst bestimmen. Nach ein paar Vorgaben durch den Lehrer konnte die Probandin problemlos und fast ohne Störung diese Übung durchführen. Der Lehrer notierte die rhythmischen Motive, die später bei jeder Behandlung wiederholt wurden.

Der Ablauf der Behandlungen sah vor:

1. Musikhören (fünf bis zehn Minuten);
2. Vorlesen der Wörter durch die Probandin. Notieren der Sprechstörungen durch den Lehrer;

Abbildung 2: Metronom: Tempo 72 (Adagio)



Probandin: »Uhr — zeiger — sinn«

Abbildung 3: Selbstgewählter Sprechrhythmus (Name: S. D.)

	1	2	3	4	5	6
A	Amt	Arbeit	Arbeitsamt	Arbeitsstelle	Arbeitsvermittlung	Arbeitslosenhilfe
AU	Aus	Auto	Autobahn	Autoreifen	Autoanhänger	Autoreparatur
E	Es	Esel	Eselsohr	Eselstreiber	Eselstutertrog	Eselskarawane
Ä		Ähre	Ährenfeld	Ährensammler	Ährenverwertung	Ährensammelstelle
I	Ich	Igel	Igelfell	Igelnahrung	Igelgeschichte	Igelfamilien
O	Ohr	Ohring	Ohrschutz	Ohrenscherzen	Ohrenentzündung	Ohringverkäuferin
U	Uhr	Uhrzeit	Uhrmacher	Uhrzeigersinn	Uhrengeschäfte	Uhrenreparatur
Ö	Öl	Öltank	Ölheizung	Ölverkäufer	Ölpreisentwicklung	Öleinfuhrbegrenzung
U		Übung	Übungsheft	Übungsleiter	Übungsgeräte	Übungsplatzanweiser

3. rhythmisch-metrische Sprechübung (wie oben beschrieben) durch Einschwingen in das vorgegebene Metrum; Sprechen und Klatschen der Wörter nach Vorgabe durch den Lehrer im vorgegebenen Rhythmus;
4. Vorlesen der Wörter durch die Probandin; Notieren der Sprechstörungen durch den Lehrer;
5. Feststellen der Differenz der Störungen;
6. Vorlesen, Vortragen von Reimen, Versen und Gedichten zusammen mit dem Lehrer oder im Wechsel.

Als besonders günstig für diese Übung erwiesen sich Gedichte mit Versmaß und Reim, wie z. B. »Nis Randers«, »Herr von Ribbeck«, »John Maynard«, »Max und Moritz«.

2.4. Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse von 14 Übungsbehandlungen ergab folgendes:

1. Von den 336 Wörtern wurden in der ersten Behandlung am 14. September 1984 vor der Übung 105 Wörter und nach der Übung nur noch 21 Wörter mit Störung gesprochen.
In der letzten Behandlung am 4. Mai 1985 wurden vor der Übung nur noch neun Wörter mit Störung gesprochen und kein Wort mit Störung nach der Übung.
2. Die Summe der Störungen nahm während der 14 Behandlungen von insgesamt 215 vor den Übungen auf insgesamt 35 nach den Übungen ab, eine Verbesserung von 64 Prozent auf 10,4 Prozent Störungen.
3. Die Störungen waren nicht abhängig von der Wortlänge, sondern vom Anlaut. In besonderem Maße störanfällig waren die Anlaute EU und M (je 16mal), EI (14mal), U und W (je 10mal), während schwierige Lautverbindungen wie KN — SCHAT — SCHPR — SCHW — störungsfrei bewältigt wurden.

Die hier beschriebenen positiven Ergebnisse beziehen sich auf das Lesen und Nachsprechen von 336 ausgesuchten Wörtern. Der Übungseffekt ist nachweislich positiv. Ob ein Transfer auf die Spontansprache stattgefunden hat und hier ebenfalls Sprechängst und Sprechhemmung abgebaut werden konnten zugunsten eines störungsfreien Sprech-

ablaufs und damit einer Verstärkung der Sprechsicherheit und Sprechfreude, kann nur vermutet werden. Die Hoffnung ist begründet durch das Wissen um den »Störungsautomatismus«, dem ein »Ablaufautomatismus« entgegengesetzt wird und der Heilung bewirken kann (vgl. *Fernau-Horn* 1952).

3. *Schlußbetrachtung*

Heute, fast vier Jahre nach der Behandlung, konnte von der Mutter etwas über die weitere Entwicklung der Probandin erfahren werden. S. D. hat in der Zwischenzeit den Führerschein erworben und ein Auto bekommen. Ihre Berufsausbildung als technische Zeichnerin hat sie mit guten Noten abgeschlossen und ist als Mitarbeiterin in ihrem Betrieb anerkannt. Auf eigenen Wunsch hat sie einen zusätzlichen Ausbildungsgang begonnen, um Technikerin zu werden.

Sie wohnt noch zu Hause, hat Freundinnen, aber keinen Freund oder Partner. In der Familie und im Kreise bekannter und befreundeter Menschen hat sie keine sprachlichen Probleme. Die Mutter meint, S. habe allgemein Fortschritte beim Sprechen gemacht. Doch die Angst vor dem möglichen Versagen, z. B. beim Telefonieren, beim Beantworten von Fragen fremder Menschen, bei Erledigungen in Ämtern und Geschäften, ist geblieben.

S. entwickelt einen starken beruflichen Ehrgeiz und stellt hohe Ansprüche an die Lebensqualität. Sie sucht immer neue Erfolgserlebnisse, um ihre sprachlichen Mißerfolge zu kompensieren. Dabei sind ihr Selbstbewußtsein und ihre Grundstimmung labil und leicht zu erschüttern.

S. hat ihre Sprachbehinderung noch nicht akzeptiert und ist bemüht, sie zu verdrängen und zu verstecken. Deshalb geht sie den schwierigen Sprechsituationen möglichst aus dem Wege, damit »es niemand merkt«. Sie möchte auch nicht darüber sprechen. Den Vorschlag, sich einer Stotterer-Selbsthilfegruppe anzuschließen, lehnte sie ab mit dem Hinweis, sie möchte nicht »zu denen« gehören. Damit bleiben drei wichtige Probleme ungelöst:

1. Solange die Behinderung weiterhin verdrängt wird, bleibt dem Behinderten die Angst vor dem Versagen und dem »Auffallen«

als ständige Belastung und Beeinträchtigung seiner Kommunikationsfähigkeit. Sobald aber die Behinderung akzeptiert wird, kann sie viel aktiver und wirkungsvoller angegangen werden.

2. Stottererbehandlung darf keine Symptombehandlung bleiben, d. h., die individuell unterschiedlichen Faktoren, die sich hinter den Symptomen verbergen, dürfen nicht unberücksichtigt bleiben. Der Therapeut »muß über ein gewisses Spektrum einzelner therapeutischer Möglichkeiten verfügen, durch deren begründete Kombination er zumindest einem Großteil aller denkbaren individuellen *Bedingungsgefüge therapeutisch gerecht werden kann*« (Motsch 1981, S. 288). In ein solches Spektrum läßt sich Musik in der geschilderten Weise sinnvoll integrieren.

3. Hier hat aber auch »die Gesellschaft«, das sind wir alle, eine große Verantwortung, nämlich den Behinderten so anzunehmen, wie er ist und wie er sich äußert.

Literatur

Fernau-Horn, H.: Hemmungszirkel und Ablaufzirkel in der Pathogenese und Therapie des Stotterns. Med. Monatsschrift 1952.

Motsch, H.-J.: Theorien des Stotterns am Ende? Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 282—288.

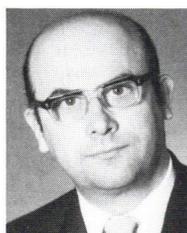
Anschrift des Verfassers:

Wendel Ertel

Hertastraße 22, 5632 Wermelskirchen

Wendel Ertel war langjährig Lehrer, Konrektor und Rektor an einer Lernbehinderten- und Geistigbehindertenschule.

Die Sprachheilarbeit 36 (1991) 3, S. 133—136



Bruno Kollak, Schwerin

Für Stotterer kann viel mehr geleistet werden

Zusammenfassung

Die Vereinigung Deutschlands sollte zu einer einheitlichen Zielstellung bei der Einflußnahme auf das Stottern führen. Dadurch würden Erfahrungsaustausche und mehr Hilfe für die Stotterer möglich werden. Auf der Grundlage der Erkenntnisse von *Obuchowski* werden theoretische und praktische Probleme des Stotterns aus einer neuen Sicht aufgezeigt.

1. Die Einheit der Therapeuten

In den fünf östlichen Bundesländern gab es vor der Wende zentrale Orientierungen in allen Bereichen. Auch für das Fachgebiet Stottern dominierte in der Ausbildung und bei den Fachberatern für die Schulen und Beratungsstellen eine Meinung, die zu vertreten höher geschätzt wurde als die Arbeitsergebnisse. Das galt auch für die Fachpresse. Abweichende oder kritische Gedanken wurden nicht zugelassen oder mußten nicht zu wider-

legen sein und einflußreiche Fürsprecher gefunden haben. Wollte jemand andere oder eigene Wege gehen, so stand er allein da und trug ein beachtliches Risiko. So wurde offiziell fast einheitlich die Lehrmeinung vertreten und im stillen Neues gesucht und begrenzt in der Arbeit erprobt und übernommen.

Ich bemühte mich offen um die Nutzung aller Möglichkeiten zur Verbesserung der Einflußnahme auf das Stottern und möchte es auch weiterhin tun.

Nach der staatlichen Einheit sind die alten Formen nicht mehr wirksam, die Problematik ist aber in keiner Weise kleiner, denn laut Therapieratgeber der Stotterer-Selbsthilfe e.V. werden etwa 30 Formen der Einflußnahme verwendet, und die Betroffenen, d. h. die Stotterer, sind selbst angehalten, sich die eigene Therapie auszuwählen. Sind sie dazu

in der Lage? Welche unabhängige »Verbraucherzentrale«, die objektiv nur die Interessen der Stotterer sieht, kann Sprachgestörten den Mißerfolg ersparen? Das Angebot ist verwirrend. Es erhebt sich die Frage, wie kann sich der Sprachheilpädagoge der ehemaligen DDR da einbringen?

Wir wissen, daß die Sprechleistungsstufen in der Praxis versagten und die Frühbehandlung, die Einflußnahme im Vorschulalter, den geringsten Aufwand und die besten Dauererfolge bringt. Wie wäre zu argumentieren, daß diese Organisation der Arbeit zum Wohle der Stotterer erhalten bleibt und von Kollegen, die bisher anders arbeiteten, erprobt und übernommen wird? Wollen wir weiterhin offiziell vom Stottern als Neurose sprechen, einem unscharfen, negativ belasteten medizinischen Begriff? Seit mehr als 20 Jahren ist von keinem der Ärzte, die mit ihrem eigenen stotternden Kind zu mir kamen, eine Bestätigung für das neurotische Wesen des Kindes gegeben worden.

Die Reihe der Fragen und Probleme ließe sich noch lange fortsetzen. Wollen wir Einigkeit über das Wesen und die Behandlung des Stotterns erreichen, müssen wir klar den Sachverhalt darstellen und uns messen an dem Grad der Befähigung zur fließenden Rede in allen Sprechsituationen.

In diesem Beitrag will ich versuchen, theoretische und praktische Fragen des Stotterns aus neuer Sicht aufzuzeigen.

2. Funktionelle Hirnsysteme und Stottern

Sprechen ist eine Tätigkeit und realisiert sich durch die Bewegung vieler Muskeln. Dazu bedarf es einer angepaßten Steuerzentrale im Gehirn. Ein Kind entwickelt die ersten Handlungsprogramme für Laute und Silben aus sich. Sie sind angelegt. Durch Nachahmung der Sprechformen aus der sozialen Umwelt entstehen Wort- und Satzprogramme, die schöpferisch erweitert werden. Diese Sprechhandlungen werden funktionell vom Gehirn gesteuert wie beliebige Handlungen.

Die gesprochenen Wörter können bedingte Verbindungen zur Umwelt sein oder semantische Begriffe, die auf höchstem Niveau des Gehirns, dem semantischen Niveau, verar-

beitet werden. Dieser Sachverhalt sollte streng von der sprechtechnischen Problematik des Stotterns getrennt werden. Jeder Stotterer kann Sätze der Art »Die Katze läßt das Mäusen nicht« in seiner übertragenen Form aufnehmen und kann sie auch konkret als bedingte Verbindung verstehen. (Eine konkrete Katze läßt das Mäusen nicht.) Dieser Wechsel vom ersten zum zweiten Signalsystem und umgekehrt bereitet Stotterern keine Probleme. Er kann deshalb auch nicht das Wesen der Störung sein. Beim Stotterer liegt das Problem in der lautsprachlichen Steuerung der Handlung. Ich spreche deshalb von einer lautsprachlichen Steuerungsschwäche.

Die lautsprachliche Steuerung kann, wie andere Handlungen, auf verschiedenen Leistungsniveaus erfolgen. Wird die Lautsprache nach einer semantischen Vorgabe, nach einem begrifflichen Inhalt ausgeführt, so steuert das semantische Zentrum. Im Normalfall wird die sprachliche Handlung nach *Obuchowski* auf polykonkretem Niveau gesteuert, dort wo die bedingten Verbindungen zur Umwelt verarbeitet werden und die dynamischen Stereotype angesiedelt sind. Im funktionellen Notfall können Handlungen auch auf monokonkretem Niveau realisiert werden.

Solche Situationen werden durch emotionale Erregungen oder durch Zerstreutheit und Abgespanntheit hervorgerufen. In solchen Fällen steuert das monokonkrete System vereinfacht und ungenau, nur nach inneren Handlungsprogrammen, die nicht kontrolliert werden. Gibt es mehrere Programme, entscheiden statistische Regeln, d. h. die Häufigkeit der Nutzung eines Programmes. Rutscht im Erregungsfall oder bei Zerstreutheit die Steuerung der Sprache auf monokonkretes Niveau, so setzt eine Wiederholung von Silben ein. Dieser Wiederholungszwang wird bei anderen Handlungen auf diesem Niveau nicht beobachtet. Ich vermute die Ursache dafür in den genetisch kodierten Mustern für diese Tätigkeit, die die Häufigkeitsstatistik für Sprechprogramme auch beim Erwachsenen noch zugunsten der Wiederholung von Silben entscheidet.

Bei einem stotternden Vorschulkind kann sich diese lautsprachliche Steuerungs-

schwäche durch hirnpfysiologische Entwicklungsprozesse ausgleichen, nach *Nadoleczny* bei etwa einem Drittel der Betroffenen. Zwei Drittel dieser Vorschulkinder brauchten sofort Hilfe, obwohl niemand diagnostizieren kann, zu welchem Drittel das stotternde Kind gehört. Wenn man in den alten Bundesländern vom »echten« Stottern spricht, haben Fehlentwicklungen bereits stattgefunden, die eine Einflußnahme erschweren. Deshalb kann ich diese Art der Diagnostizierung nur als unzweckmäßig einschätzen.

3. *Einige Fakten und Beobachtungen, die diese Auffassung vom Stottern stützen*

Bei *Luchsinger/Arnold* findet sich folgender Satz: »Ebensowenig wie ein seelisch gesunder, willensstarker Mensch zu stottern beginnt, wenn er unter dem Einfluß einer vorübergehenden Nervosität beim raschen Reden sich verspricht und Silben einige Male gepreßt wiederholt, so schwer fällt es dem zum Stottern Geborenen, der einmal ausgebildeten Neurose zu entgehen« (1959, 657).

Nach o. a. theoretischem Ansatz verursacht die Erregung (Nervosität) das zeitweise Abgleiten auf monokonkretes Niveau und das Auftreten der Symptome. Zum Stottern ist niemand geboren, wenn er ausreichend pragmatische Informationen zur Gestaltung der Sprechhandlung aufnehmen kann.

Obuchowski kann zeigen, wie die Umstellung auf tiefere Leistungsniveaus das Handlungstempo erhöht. So wird die hastige Redeweise verständlich. Es passiert auch Normalsprechern, die ihre ganze Aufmerksamkeit auf die semantischen Probleme der Aussage lenken, daß die sprachliche Tätigkeit dann nur noch vom monokonkreten Niveau gesteuert werden kann, und Silbenwiederholungen treten auf.

Seit langem ist bekannt, daß es stotternde Kinder gibt, die bei größerer Erregung fließend sprechen, z. B. wenn sie sich sprachlich verteidigen müssen. Es gibt stotternde Vorschulkinder, die gern in den Kindergarten gehen, behält die Mutter sie eine Woche zu Hause, verschwinden die Symptome. Die Kindergartenbetreuung fordert die Kinder psychisch mehr, was die lautsprachliche Steuerungsschwäche sichtbar macht. Zur

Überwindung der Schwäche wäre Abwarten nur beim ersten Drittel nach *Nadoleczny* ausreichend.

Ein stotterndes Kind wird in einer Sprechsituation lieber schweigen als reden, wenn es aus Erfahrung sein sprachliches Handlungsprogramm nicht realisieren kann. Es erträgt die negativen Emotionen und weicht aus, weil der Mißerfolg noch größere Dissonanzen bringen würde.

Dieses Verhalten, diese Krankheit mit allen Fixierungen, Ängsten und Wünschen wurde durch die soziale Umwelt bedingt gelernt.

Setzt man Stotterer dem Lee-Effekt aus, so reagieren sie anders als Normalsprecher. Auf monokonkretem Niveau wird ohne Rückkopplung gesprochen. Durch den Lee-Effekt entsteht eine neue Ordnung auf höherem Niveau, das beruhigt und wird angenehm erlebt.

4. *Bemerkungen zur Einflußnahme auf das Stottern*

Durch die Einflußnahme müßte dem Stotterer das gegeben werden, was ihm fehlt, oder er zu dem veranlaßt werden, was seine Schwäche abbaut. Das ist aber in keinem Lehrbuch ausgewiesen. Wir realisieren die Überwindung des Stotterns durch die Erfüllung von Aufgaben, die die pragmatische Information, die Sprechhandlung fließend zu gestalten, enthalten. Wir wissen nicht, wie sie aussieht, in welcher Kodierung sie im Stotterer enthalten sein muß. Fest steht, daß sie durch Lernen erworben werden kann. Auf die Gestaltung dieses pädagogischen Prozesses kommt es bei der Hilfe für den Betroffenen an. Klagt man, daß bei der Übung fließend gesprochen wird und in der Spontansprache nicht, müßte geantwortet werden: Die Übung befähigt nur zur fließenden Rede bis zu einem bestimmten Erregungspegel, in der Spontansprache liegt er höher, und deshalb rutscht die Steuerung ab. Die Wirkung einer Einflußnahme hängt auch stark von der emotionalen Beeinflussung des Stotterers ab. Mir wurde wiederholt aufgezeigt, daß eine Übungsstunde drei Tage auf die sprachliche Steuerung nachwirke. Eine Mutter stellte bei ihrem Kind fest, wenn sie ein bis zwei Tage vor dem neuen Termin das Kind daran erinnerte, wurde die Sprechweise spontan gut.

Obuchowski kann zeigen, wie positive Emotionen leistungssteigernd sind und den Zugang zu höheren Niveaus ermöglichen.

Stottern kann sich im frühen Kindesalter durch häufiges Auftreten verfestigen. Tritt die Reifung des Gehirns und damit die Überwindung der Schwäche danach ein, so hätte der Therapeut eine mangelhafte Sprechgewohnheit zu korrigieren, keine lautsprachliche Steuerungsschwäche. Leider ist auch dieser Zustand zur Zeit nicht diagnostizierbar. Soll dem Stotterer geholfen werden, so muß der Therapeut ihm eine Orientierung geben, die eine fließende Rede ermöglicht und die störenden Einflüsse der emotionalen Erregungen auf die lautsprachliche Steuerung überwindet. Die Orientierung der Methode »Non-Avoidance« (nicht vermeiden) ist danach keine Stottertherapie, denn sie will nur die gelernten Fehlhaltungen überwinden und das Stottern belassen. Das zeigt das Vorschulkind bereits ohne Therapie!

Die helfende Orientierung muß schrittweise auf das Sprechen in allen Lebensbereichen ausgedehnt werden und zuletzt auch subjektiv »schwierige Sprechsituationen« erfassen. Gibt es darüber Einigkeit, kann ein Erfahrungsaustausch und ein Leistungsvergleich der verschiedenen Methoden offen und ehrlich erfolgen, was den Stotterern sehr helfen würde. Ich habe gute Erfahrungen mit Helfern für den Therapeuten (Eltern, Verlobte, Freunde, Ehepartner). In meiner Arbeit hat sich auch bewährt, während der Einflußnahme Aufgaben zur Konzentration des Denkens, zur Entwicklung des Willens, zur Beherrschung der Gefühlsäußerungen, zur Einstellung auf das Positive und zur Unvoreingenommenheit des Urteils in regelmäßigen Folgen mitzulösen.

Meine Einflußnahme endet, wenn der Stotterer in allen seinen Lebensbereichen seine Rede fließend halten kann und der Helfer befähigt und bereit ist, die Arbeit noch längere Zeit fortzuführen.

Literatur

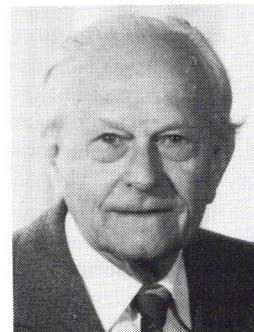
- Luchsinger, R., Arnold, G. E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien 1959.
 Nadoleczny, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Leipzig 1926.

Obuchowski, K.: Orientierung und Emotion. Berlin 1982.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Bruno Kollak
 Herrensteinfelder Weg 9, O-2765 Schwerin
 Dr. päd. Bruno Kollak ist ein Sprachheilpädagoge, der sich seit fast 30 Jahren mit Fragen der Einflußnahme auf das Stottern auseinandersetzt.

Personalia



Erwin Richter — 80 Jahre

Am 1. August 1991 wird Erwin Richter in Lübbenau im Spreewald 80 Jahre alt. Durch zahlreiche Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen ist er einem großen Leserkreis bekannt. Im Verlauf unserer zwanzigjährigen Freundschaft und in einem ausführlichen Briefwechsel sind mir seine Gedankengänge vertraut geworden; deshalb ist es für mich eine besondere Freude, sein Lebenswerk wenigstens annäherungsweise zu würdigen.

»Lebenswerk« bedeutet hier nicht allein ein umfangreiches Literaturstudium, ständiges Denken über die Problematik des Stotterns, ein halbes Leben als Autor oder eine lange praktische Arbeit als Sprachtherapeut. Zu seinem Lebenswerk ist diese intensive Arbeit vor allem deshalb geworden, weil Erwin Richter in seiner Jugend eine erhebliche Stottersymptomatik aufwies. Sie war schließlich der Auslöser für seine lebenslangen Bemühungen um eine Überwindung des Stotterns.

Nachdem er seine eigene Problematik schon früh bewältigt hatte, gelangte Erwin Richter zu einem Therapiekonzept, das die klangvolle Stimmbildung und den weichen Stimmeinsatz in den Mittelpunkt der Behandlung rückt.

Seine Ausbildung zum Sprachtherapeuten schloß Erwin Richter unter der Schirmherrschaft des damaligen Instituts für Sonderschulwesen der Pädagogischen Fakultät der Humboldt-Universität in Berlin unter der Leitung von Professor Dahlmann ab. Im Jahre 1955 wurde er hauptamtlich in Cottbus zur Behandlung stotternder Schüler eingesetzt und unterstand (in der damaligen DDR) der Abteilung für Volksbildung. Hier war es ihm möglich, umfangreiche Erfahrungen zu sammeln, sein Therapiekonzept zu vervollständigen und zu verifizieren. Dabei erwies sich Erwin Richter als bemerkenswert offen und flexibel. Es war ihm ohne weiteres möglich, auch Aspekte neuerer Psychotherapieformen (wie z. B. der Verhaltenstherapie) in sein Konzept zu integrieren.

Erwin Richter ist immer noch rege am Schreibtisch tätig, zumal er sich in einer recht guten körperlichen Verfassung fühlt. Viele Kolleginnen und Kollegen wünschen sich weitere Beiträge von ihm, weiterhin so konkret, aus reicher Erfahrung und Denkarbeit.

Dazu wünschen wir Erwin Richter für die kommenden Jahre Gesundheit und Schaffenskraft.

Wolfgang Wertenbroch

Weitwinkel

Das Logopädische Rehabilitationszentrum für Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen in Lindlar (bei Köln) hat seine Arbeit aufgenommen

Wir, die Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten des Logopädischen Rehabilitationszentrums in Lindlar, sind bereits langjährig in der Aphasie-, Stotter- und Stimmtherapie tätig und haben vor Jahren die Notwendigkeit einer Therapieform erkannt. Wir entwickelten daraufhin ein Rehabilitationskonzept für eine individuelle Intensivtherapie als Ergänzung zur bestehenden, eher stationär-medizinischen Rehabilitation und zur ambulanten Sprach- und Stimmtherapie. Das neu erbaute und im Juni 1991 eröffnete Zentrum mit 26 Plätzen für Wohnpatient(inn)en und 14 Plätzen für Tagespatient(inn)en folgt der Forderung nach einem patientenbezogenen und partnerorientierten Therapiegeschehen mit vielgerichtetem und vielseitigem sprach-, sprech- und stimmtherapeutischen Angebot und mit Gesprächen über persönliche Fragestellungen des einzelnen bis hin zur Problemlösung. Das Zentrum bietet auch den jeweiligen Partner(inne)n die Möglichkeit der Teilnahme am Therapiegeschehen und/oder einen angenehmen, abwechslungsreichen und erholsa-

men Aufenthalt in »Kurlaub-Atmosphäre«. Das Ziel der Arbeit im Rehabilitationszentrum Lindlar ist, den sprach-, sprech- oder stimmgestörten Erwachsenen sowie ihren Partner(inne)n im Gesamtkomplex Sprache, Kommunikation und Persönlichkeit einen weiteren großen Schritt zum zufriedenstellenden sprachlichen und stimmlichen Umgang in Familie, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen.

Das hier praktizierte Konzept der individuumzentrierten und interaktionsgeleiteten vier- bis sechswöchigen Intensivtherapie basiert auf folgenden Grundprinzipien: Patientenbezogenheit — Intensität — Interaktion — Signifikanz der Maßnahmen — Affektivität und Mehrdimensionalität — Eigenaktivität und persönliche Zufriedenheit — Vielgestaltigkeit des Angebots — konsequente Anwendung der Fähigkeiten. Diese Grundprinzipien lenken stringent die didaktisch-methodische Reflexion sowie alle Handlungsplanungen und -entscheidungen. Die dafür notwendigen inhaltlichen, organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen wurden in unserem Zentrum geschaffen. Didaktisch sind wegweisend: Reaktivierung — Konzentration auf die Aktivierung neuer Kräfte — Erarbeiten und Lernen wünschenswerter Fähigkeiten — deren Übung, Training und Anwendung allein und im Umgang mit anderen — bis hin zu Fertigkeiten — Gedanken zu vorliegenden Problemen — psychagogische Gespräche zu deren Entschärfung und Überwindung — Entwicklung neuer Konzepte in Kommunikation und Lebensgestaltung — deren Anwendung in Richtung Zufriedenheit (in Zusammenarbeit mit einer Konsiliarpsychologin).

Methodisch ist wegweisend, daß in täglichen Einzeltherapiesitzungen neue Fähigkeiten erarbeitet werden, welche sofort als Übungsinhalte im Rahmen eines individuellen, zeitlich festgelegten Arbeits- und Trainingsprogramms angewendet und gefestigt werden. Organisatorisch ist wegweisend, daß die Patient(inne)n täglich mehrere Stunden — je nach Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit — mit und an diesen neuen Fähigkeiten arbeiten. Das fortlaufende, intensive Arbeitsprogramm wird durchgliedert von Trainings- und Übungsphasen innerhalb und außerhalb des Zentrums und ergänzt durch Gruppengespräche, durch Partner-Gesprächsgruppen, durch körperliche und geistige Aktivitäten vielfältigster Art innerhalb und außerhalb des Zentrums. Großer Wert wird auf eine eigenständige Lebensführung der Patient(inn)en gelegt. Ärztliche Beratung und Betreuung erfolgt bei Bedarf im Zentrum oder im Ort. Bei vorliegender Indikation werden krankengymnastische Bewegungstherapien, Massagen u. a. im Haus bzw. im Ort durchgeführt.

Den Wohnpatient(inn)en sowie deren Partner(inne)n werden Aufenthaltsbedingungen geboten, die

weitestmöglich die private Lebensführung erhalten und unterstützen können. Hoteladäquate Servicebedingungen (Komfortappartement mit zwei Betten, Einbauküche, TV, Video, Telefon, zum Teil Fax, Verpflegung wie gewünscht), das logopädische, psychagogische und kommunikationsgeleitete Therapieangebot sowie die Freizeitaktivitäten vermitteln eine »kurlaubsmäßige« Atmosphäre in ortsnaher, verkehrszentraler und reizvoll-grüner Lage im Oberbergischen Land, eine halbe Autostunde von Köln entfernt.

Anfragen beantworten wir gern. Zur weiteren Information und für Anmeldungen wenden Sie sich bitte direkt an: Logopädisches Rehabilitationszentrum für Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen (Förderverein Sprachheilzentrum Oberberg e.V.), Kamperstraße 17—19, Postfach 1212, 5253 Lindlar (bei Köln).

Volker Middeldorf

Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch kommunale Sprachheilbeauftragte

In den letzten Jahren ist die Zahl der Selbsthilfegruppen deutlich angestiegen. Allein im Jahre 1990 wurden in der Landeshauptstadt Düsseldorf 53 neue Selbsthilfegruppen im gesundheitlichen Bereich gegründet. Immer mehr Menschen mit Krankheiten, psychosozialen Problemen und Behinderungen schließen sich mit gleichermaßen Betroffenen in Selbsthilfegruppen zusammen.

Auch für Sprachbehinderte ist es empfehlenswert, sich einer entsprechenden Selbsthilfegruppe bzw. einem entsprechenden Verein Gleichgesinnter anzuschließen.

Allen Selbsthilfegruppen ist gemein, daß sich in ihnen Menschen mit gleichartigen Problemen zu gegenseitiger Hilfe engagieren. Als wesentliche Inhalte ihrer Arbeit lassen sich u. a. nennen:

- emotionale Zuwendung
- Verhinderung/Abbau von Vereinzelung und Isolation
- Erfahrungsaustausch
- Weitergabe von Informationen
- Aktivierung der Teilnehmer
- Möglichkeiten zu eigenverantwortlichem Handeln.

Die Arbeit von Selbsthilfegruppen wird immer mehr auch von professionellen Helfern, wie z. B. Ärzten, Sprachtherapeuten/Logopäden, Sprachheilbeauftragten, als wichtige Bereicherung und Ergänzung zu den therapeutischen Hilfsangeboten angesehen. Im Rahmen einer ganzheitlich orientierten Sichtweise erhält die psychosoziale Betreuung sowie die Hilfe zur Selbsthilfe der Patienten einen besonders hohen Stellenwert. Von den Selbsthilfegruppen werden nämlich Funktio-

nen übernommen, die von den professionellen Hilfsangeboten oft nicht in ausreichendem Maße abgedeckt werden können und als wichtige Ergänzung angesehen werden müssen.

Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen erleben in ihrer Gemeinschaft Verständnis, Anerkennung und Zuwendung von ebenfalls Betroffenen. Es fällt in diesem Rahmen viel leichter, Ängste, Fragen und Probleme zu besprechen und mit Hilfe der Zuwendung anderer wieder ein neues Selbstwertgefühl zu gewinnen. Es bahnen sich untereinander persönliche Kontakte an, die einer möglichen Isolation und Vereinzelung der Betroffenen entgegenwirken. Dies sind Faktoren, die besonders bei Kommunikationsgestörten eine wichtige Rolle spielen.

Durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch lernen die Betroffenen voneinander, mit ihren Kommunikationsproblemen, Behinderungen und Problemen der Angehörigen mit den Patienten besser umzugehen. Es können aber auch Erfahrungen anderer für den eigenen Bereich genutzt werden. Ratschläge und Hinweise, die von Leidensgenossen und Betroffenen selbst vorgetragen werden, werden oft leichter angenommen, als wenn diese von Nichtbetroffenen vorgetragen werden. Durch die vielfach und vielseitig bereits gemachten Erfahrungen mit dem Leidensweg sind die Mitglieder von Selbsthilfegruppen häufig auch Experten in eigener Sache geworden. Bezogen auf die Bewältigung ihres Alltages haben sie inzwischen Kenntnisse erworben, die sie auch an andere weitergeben können. Dies bezieht sich auch auf finanzielle Hilfen und Rechtsansprüche wie auf Hilfsmittel und Hilfsangebote sowie auf den Umgang in der durch die Sprachbehinderung entstandenen veränderten Lebenssituation.

Durch die Gruppenaktivitäten, wie z. B. Gestaltung des Gruppenabends oder Planung von besonderen Veranstaltungen (Theaterbesuch, Besuch im Tierpark, gemeinsames Essen, Gestaltung einer kleinen Feier), werden die Mitglieder aktiviert. Sie lernen ihre Fähigkeiten neu zu entdecken und wieder Zutrauen zu sich selbst zu finden. Trotz aller erfahrenen Schicksalsschläge ist das notwendig, um ein den individuellen Fähigkeiten entsprechendes selbständiges und aktives Leben noch zu ermöglichen. Durch diese bewußtere Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation haben es durch die Anregungen in den Selbsthilfegruppen z. B. manche alleinstehende Aphasiker geschafft, wieder selbständiger zu werden, auch allein etwas zu unternehmen, wie Einkäufe erledigen, Besuch von Veranstaltungen und private Reisen.

So leisten Selbsthilfegruppen auch im Bereich der Sprachbehindertenarbeit wertvolle Dienste. Sie tragen zur sozialen Rehabilitation der Betroffenen bei. In der Gruppe geben sie die Möglichkeit, daß

die Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Betroffenen wieder reibungsloser abläuft, sie geben den Sprachbehinderten die Motivation und die Möglichkeit, mit der Umwelt in sprachlichen Kontakt zu treten. Wegen ihres wichtigen Beitrages, den Selbsthilfegruppen im Rahmen der Rehabilitation leisten können und leisten, sollten diese öffentlich gefördert werden. Insbesondere sind hier die kommunalen Sprachheilbeauftragten bei den Sozial- und Gesundheitsämtern angesprochen. Wie könnte eine solche Hilfe aussehen?

Möglich wäre eine beim Gesundheitsamt angesiedelte Stelle, in der der Sprachheilbeauftragte mitwirkt. Eine solche Stelle müßte den Mitbürgerinnen und Mitbürgern, die eine Selbsthilfegruppe suchen bzw. gründen wollen, mit Rat und Tat zur Seite stehen. Für die Sprachbehinderten muß die/der Sprachheilbeauftragte Kontaktperson und Anlaufstelle sein. Dabei sollten nicht nur Informationen an sprachbehinderte Bürgerinnen und Bürger weitergegeben werden, für die die Mitarbeit in einer bestimmten Selbsthilfegruppe empfehlenswert wäre, es sind u. U. auch Anregungen für eine Neugründung einer Gruppe und entsprechende Hilfestellungen zu geben. Hierzu gehören auch die Hilfe bei der Raumsuche, Hilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch Veröffentlichung von Hinweisen auf die neue Gruppe (einschließlich Selbstdarstellung der Gruppe), Hilfe bei der Organisation und Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen und bei der Herausgabe von Informationsschriften. Auch eine finanzielle Förderung wäre auf Antrag im Einzelfall im Rahmen der zur Verfügung stehenden kommunalen Haushaltsmittel denkbar. Finanzielle Grenzen sind allerdings gesetzt.

In der Landeshauptstadt Düsseldorf bestehen für Sprach-, Stimm- und Hörgeschädigte folgende Selbsthilfegruppen und Vereine:

- Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.
- Stotterer-Selbsthilfe e.V. Düsseldorf
- Verein der Freunde und Förderer der Rudolf-Hildebrand-Schule (Grundschule für Sprachbehinderte)
- Verein zur Förderung legasthenischer Kinder e.V.
- Bundesverband der Kehlkopflösen in der Bundesrepublik Deutschland e.V., Ortsverband Düsseldorf
- Verein der Schwerhörigen und Ertaubten Düsseldorf e.V.
- Hilfe für das autistische Kind e.V., Regionalverband Düsseldorf

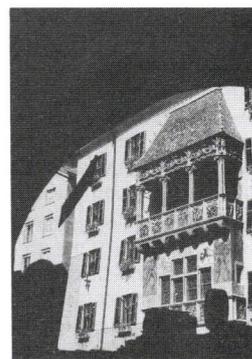
Die städtische Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte hat als Dienststelle des kommunalen Sprachheilbeauftragten zwei Sprachbehinderten-Selbsthilfegruppen, die keine eigenen Unter-

bringungsmöglichkeiten hatten, nach Dienstschluß für Gruppentreffen Räume zur Verfügung gestellt.

Ihrer Bedeutung entsprechend haben Selbsthilfegruppen bereits auf REHA-Messen ihren festen Platz erobert. So wird auch auf der REHA 91 vom 21. bis 26. Oktober 1991 in Düsseldorf das Selbsthilfe-Service-Büro des Düsseldorfer Gesundheitsamtes mit einem Stand vertreten sein.

Gregor Heinrichs

Aus-, Fort- und Weiterbildung



9. Kongreß der ÖGS

Vom 19. bis 22. Oktober 1991 findet der 9. Kongreß der ÖGS in Innsbruck statt. Thema: Theoretische Ansätze und deren Umsetzung in der sprachheilpädagogischen Arbeit.

Der Kongreßbeitrag beträgt bei Voranmeldung 1000 ÖS, am Kongreßort 1200 ÖS.

Programmanforderungen und Kongreßanmeldungen sind an die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Kindermannngasse 1, A-1170 Wien, zu richten.

Sonnenberg-Tagung

Vom 19. bis 23. Juni 1991 veranstaltet der Internationale Arbeitskreis Sonnenberg im Haus Sonnenberg bei St. Andreasberg im Harz eine internationale Tagung mit dem Rahmenthema »Zwischen Ausgrenzung und Vernichtung — Sozialpolitik im Dritten Reich«. Tagungsleitung: Wolfgang Borchardt (Clausthal-Zellerfeld), Prof. Dr. Sieglind Ellger-Rüttgardt (Hannover).

Weitere Informationen und Anmeldung: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Bankplatz 8, Postfach 2654, 3300 Braunschweig.

Kursangebot

Diagnose und Behandlung des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter. Titel: Current Methods in Diagnosis and Management of Stuttering in early Childhood. Referent: Professor Ehud Yairi, Ph. D., University of Illinois, USA. Termin: 19./20. August 1991. Ort: Aalborg Universitetscenter, Aalborg, Dänemark. Sprache: Englisch (langsame und deutliche Aussprache). Kosten: 250 DM, einschließlich Kursgebühr, Lunch und Kaffee/Tee. Anmeldungen: Børnestammeprojektet, c/o Hermann Christmann, Bregnevej 10, DK-9800 Hjørring. Anmeldeschluß: 28. Juni 1991. Weitere Informationen bei: Hermann Christmann, Bregnevej 10, DK-9800 Hjørring. Eventuell telefonisch: (Dänemark) 98 92 79 61 (abends).

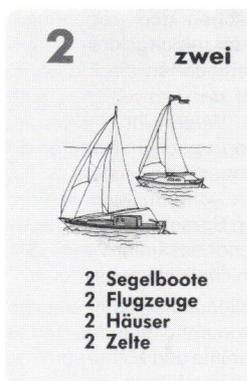
Materialien und Medien

Renate Buchner-Köhncke: Es und Zett im Quartett — Ein Kartenspiel zum Üben der Zischlaute. Akkusativ-Quartett — Ein Kartenspiel zur Behandlung des Dysgrammatismus.

Beide Materialien stammen aus der »Werkstatt« einer erfahrenen Sprachheilpädagogin. Sie ergänzen eine Reihe, über die verschiedentlich in dieser Zeitschrift berichtet worden ist (vgl. Heft 4/88, S. 198—200, und Heft 4/89, S. 185—186). Renate Buchner-Köhncke nutzt die sicher banale Erkenntnis, daß Kinder am besten im Spiel lernen. Besser als eine permanente Korrektur, das Aufsagen von Übungswörtern oder das Nachsprechen von Satzmustern wirkt das spielerische Miteinander in der Gruppe. Und daß selbst in den allseits bekannten Quartettspielen sprachheilpädagogisch nutzbare Potentiale ruhen — wer hätte das nicht schon seit langem geahnt. Die Autorin hat sie aufgedeckt und in eine für die speziellen Belange brauchbare Form gebracht.

Beide Quartettspiele sind für sprachgestörte Kinder im Schulalter (ab Ende des ersten Schuljahres) gedacht. Die Lesefähigkeit wird vorausgesetzt.

Bei *Es und Zett im Quartett* sollten die S-Laute angebildet sein, und die Kinder sollten sie in der Übungssprache bereits richtig artikulieren. Aber wer wüßte nicht um den häufig noch langen und beschwerlichen Weg bis zum einwandfreien Sprechen in der Spontansprache? Um diesen Weg freudvoller gestalten und vielleicht sogar verkürzen zu können, bietet das Spiel Unterstützung. Ge-



fragt wird nach Tieren und Gegenständen, bei denen ein S- bzw. Z-Laut gesprochen werden muß und nach deren Anzahl (z. B. »Hast du zwei Häuser?« ... »Hast du zehn Zitronen?«). Es sind jeweils zwei, sechs, sieben oder zehn Dinge vierfarbig abgebildet. Damit die Spieler wissen, wonach sie fragen können, ist die jeweilige Wortgruppe unter den Bildern angegeben. Wer die vier Karten einer Gruppe (insgesamt sind es acht Quartette) hat, darf diese ablegen. Es gelten die üblichen Quartettregeln.

Das *Akkusativ-Quartett* ist besonders für jene Schulkinder gedacht, die bereits über die Satzstruktur Subjekt-Prädikat-Adverbialbestimmung des Ortes verfügen, aber noch unsicher in der Fallsetzung sind. Das Spiel besteht aus achtmal vier Karten. Auf je vier Karten ist dasselbe Kind in verschiedenen, inhaltlich zusammenpassenden Situationen dargestellt, z. B. Max (als Indianer verkleidet) — schleicht *um das Zelt* — springt *über das Feuer* — klettert *auf den Baum* — fällt *in das Gras*. Die Mitspieler versuchen, alle vier Karten des abgebildeten Kindes zu erfragen. Dabei haben sie auf die richtige Anwendung der Präpositionen und die richtige Fallsetzung zu achten. Als Hilfe und Kontrollmöglichkeit sind unter den Bildern die vier

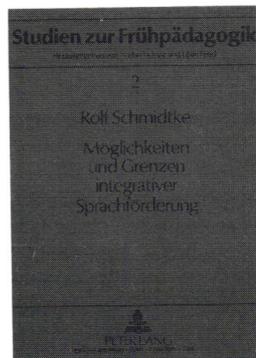


zu erfragenden Sätze (ohne den Namen des dargestellten Kindes) angegeben. Der Name steht hervorgehoben rechts oben über dem Bild. Das Akkusativ-Quartett ist so konzipiert, daß es neben dem Einschleifen des 4. Falles viele weitere Einsatzmöglichkeiten bietet. Geübt werden können u. a. Verben der Bewegung, Präpositionen mit dem Akkusativ, Erzählen einer Geschichte mit Hilfe der jeweils zusammengehörenden vier Karten, schriftliche Darstellungen, wobei die Wörter unter den Bildern als Rechtschreibhilfen dienen können.

Für beide Kartenspiele hat sich bewährt, Setzleisten zur Aufnahme der Karten zu benutzen. Diese sollten eine Länge von etwa 50 cm haben, damit alle Karten darin Platz finden. Falls solche Leisten nicht zur Verfügung stehen, können sie als Vierersatz mitbestellt werden.

Jedes Quartett (32 Karten) wird mit einer Spielanleitung in einer Schachtel aus Kunststoff geliefert. Die Preise für die Quartette betragen jeweils 11,50 DM. Die Setzleisten (vier Stück) kosten 20 DM. Alle Preise enthalten die Mehrwertsteuer, nicht aber die Versandkosten. Bezug: Verlag Renate Buchner-Köhncke, Pyritzer Stieg 4, 2000 Hamburg 73, Telefon (040) 6 47 12 22. *Jürgen Teumer*

Rezensionen



Schmidtke, Rolf: Möglichkeiten und Grenzen integrativer Sprachförderung. Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes im Rahmen einer Kleingruppenförderung sprachentwicklungsgestörter Kinder. Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris 1990. 294 Seiten. Kartoniert. 77 DM.

Schmidtke setzte sich mit seiner Arbeit das Ziel, einen neuen, effizienteren, die Ökologie und die Gesamtpersönlichkeit des Kindes berücksichtigenden Ansatz der Sprachförderung zu entwickeln und zu erproben. Der Autor geht dabei von der Annahme aus, daß Logopäden und Sprachheilpäd-



Technische Geräte
für die Sprachtherapie

Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

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

Unsere kostenlose Broschüre gibt Hinweise für Anwendung und Therapie.

S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung des stimmhaften und stimmlosen »s«-Lautes.

S-Meter-Eisenbahnkoffer

Modelleisenbahn im Transportkoffer zum Anschluß an das »S-Meter«. Die Eisenbahn fährt, wenn das »s« richtig gesprochen wird.

Sprach-Trainer

Übungsgerät zur Sprachaufzeichnung und -wiedergabe in Digitaltechnik, 2 Spuren.

Audiotest AT 6.000

Preiswerter quick-check Audiometer zur Überprüfung des Sprachgehörs.

Audiotest AT 8.000

Mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihengehöruntersuchungen.

Außerdem folgende Geräte:

Sprachstudienrecorder, Kassettenrecorder, Sprachpegelmesser, Zubehör.

NEG NOVEL elektronik GmbH

Hattinger Straße 312, 4630 Bochum 1
Telefon (0234) 45 19 00
Telefax (0234) 45 19 01

agogen vorwiegend »symptomorientiert« arbeiten und Zusammenhänge in der kindlichen Entwicklung innerhalb der sprachtherapeutischen Arbeit unberücksichtigt lassen. Dieser Sachverhalt ist meines Erachtens nicht zutreffend, denn das sichtbare Bemühen von Logopäden und Sprachheilpädagogen, die therapeutische Arbeit als ein auf das sprachgestörte Kind abgestimmtes komplexes Herangehen zu betrachten und zu realisieren, spiegelt sich seit langem in der Fachliteratur wider.

Ich betrachte die Arbeit als Anregung, das eigene Konzept meiner Arbeit zu überdenken und eventuell einzelne Aspekte anders zu gewichten. Der Autor gliedert seine Arbeit in sechs Schwerpunkte: Ausgehend von unterschiedlichen Sprachentwicklungstheorien, die er knapp und kritisch darstellt, begründet er das kommunikationstheoretische Erklärungsmodell nach Bruner als Grundlage für sein Konzept. In komprimierter, verständlicher Form werden Modalitäten des Spracherwerbs, wie gefühlsmäßige Interaktion in den ersten Lebenswochen, Zeigen und Benennen von Handlungen und Gegenständen, die sich im sehr jungen Alter auf kindliche Forderungen hinsichtlich der materiellen Komponente beziehen, und gemeinsames Handeln, das direkt auf gemeinsames Spielen, Lesen u. a., also direkt auf Interaktion gerichtet ist, erläutert. Es wird deutlich, daß Spracherwerb nicht auf das Erlernen von grammatischen Regeln und semantischen Bedeutungsträgern zu reduzieren ist, sondern daß er sich im wechselseitigen Dialog zwischen dem sprachlernenden Kind und seiner sprechenden Umwelt vollzieht. Für die notwendige Interaktion sind Prozesse der Wahrnehmung relevant.

Der Autor geht im zweiten Schwerpunkt auf die Wahrnehmungshierarchie nach Affolter ein und subsumiert, daß Sprachentwicklung von einer »komplexen seriellen Wahrnehmung« des Kindes abhängig ist. Gestörte Wahrnehmungsprozesse verhindern eine normale Sprachentwicklung. Am Beispiel eines hörgeschädigten Kindes zeigt er auf, daß durch den Ausfall von auditiven Schemata nur noch visuell-taktile Verknüpfungen in der Wahrnehmung hergestellt werden können (intermodale Stufe) und somit alle Leistungen auf der komplizierteren Stufe (seriale Stufe) der Verknüpfungen von Wahrnehmungsprozessen ausfallen oder gemindert sind. Die Beeinträchtigung, keine Ordnungsstrukturen für auditive Reize aufbauen zu können, bewirkt ein Zurückbleiben der gesamten Entwicklung eines Kindes und somit auch der Sprachentwicklung. Sprachentwicklung und Wahrnehmung sind untrennbar miteinander verbunden, und der Autor erklärt logischerweise die Förderung der Wahrnehmung zu einem Kernproblem der sprachtherapeutischen Intervention.

Den dritten Schwerpunkt setzt der Autor auf den Zusammenhang von Motorik und Sprachentwicklung. Obwohl zu dieser Thematik eine Fülle von Literatur vorhanden ist, lohnt es sich, bei Schmidtke nachzulesen. Klar und verständlich filtert er bestimmte Teilaspekte aus der Vielfalt motorischer Erscheinungsformen nach zeitlichem Ordnungsprinzip heraus und gibt dann einen Überblick über die Komplexität der motorischen Entwicklung nach sachlogischen Gesichtspunkten, d. h. nach Aspekten, die das äußerlich Sichtbare sowie die emotional soziale Komponente der Motorik betreffen.

An Beispielen von Körper-, Bewegungs- und Sinnesbehinderungen geht er der Frage nach, wie sich Beeinträchtigungen in der Motorik besonders auf den Spracherwerb auswirken. Er schlußfolgert, daß eine ungestörte Eigenmotorik ebenso wie intakte Wahrnehmungsprozesse Grundvoraussetzung für das Sprachlernen des Kindes sind. Eine Förderung der Motorik, nicht nur der Sprechmotorik, gehört in jeden sprachtherapeutischen Unterricht.

Im vierten Schwerpunkt der Arbeit werden die Potenzen des sozialen Rollenspiels für eine Förderung in der Sprachentwicklung herausgestellt. Dabei kommt es dem Autor meines Erachtens darauf an, zu verdeutlichen, daß die sprachliche Intervention häufiger als bisher in Form von Gruppentherapie organisiert werden muß. Das Kind lebt in dem »Interaktions- und Kommunikationsgeflecht einer Sprachgemeinschaft, wo Gespräche nicht nur zwischen zwei Partnern, sondern in größeren Gruppen stattfinden«. Für das Kind ist es wichtig, die »Perspektiven der anderen Kinder zu begreifen, besonders im Sinne des sozialen Lernens« (S. 213).

Es liegt im Erfolgsgeheimnis des Rollenspiels, daß im spielerischen Tun miteinander Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen der Kinder entdeckt, gefördert und komplettiert werden; das gilt auch und besonders im sprachlichen Bereich.

Der fünfte Schwerpunkt umfaßt Einteilung und Ursachen des Stammelns sowie zahlreiche aus der Literatur zusammengetragene Untersuchungsergebnisse zur Differenzierungsfähigkeit stammelnder Kinder, die den Zusammenhang von Wahrnehmung, Motorik und Spracherwerb deutlich werden lassen. Die Förderung dieser Kinder wird mit der akustisch-auditiven Feedback-Methode nach Westrich angegeben, die der Autor auch im theoretischen Ansatz erläutert.

Im letzten Schwerpunkt erfolgt die Darstellung der empirischen Untersuchung im Kindergarten.

Das Forschungsprojekt beinhaltet eine integrative Sprachförderung mit Spielen und Übungen zur Wahrnehmung, Motorik, Lautbildung und -unter-

scheidung sowie zum sozialen Rollenspiel und zur Kommunikation.

Es sollte festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß eine sprachliche Verbesserung bei den Vorschulkindern erreicht werden kann, wenn nach diesem Konzept gearbeitet wird, das nicht ausschließlich auf die sprachlichen Symptome gerichtet ist, sondern die gesamte Entwicklung des Kindes berücksichtigt.

An der kleinen Stichprobe konnte *Schmidtke* nachweisen, daß der Ansatz einer integrativen Sprachförderung in der Kindergartengruppe erfolgreich und möglich ist.

Erika Gaumer



Ann Irwin: Mein Kind fängt an zu stottern. Ein Selbsthilfeprogramm für Eltern, die ihren Kindern helfen möchten, das Stottern zu überwinden. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1990. 123 Seiten. 26,80 DM.

»Dieses Buch ist für Eltern geschrieben, die bei ihrem Kind ein beginnendes Stottern feststellen und nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen . . . Ziel des Buches ist die vollständige Beseitigung des Stotterns, bevor es sich verstärkt und manifest wird.«

Liest man auf der Rückseite des Buches diese Zeilen, so könnte man zu folgender Reaktion provoziert werden: 1. Wenn Eltern — verständlicherweise — nicht wissen, wie sie mit ihrem stotternden Kind umgehen sollen, können sie sich ja an einen kompetenten Therapeuten wenden; 2. das Ziel, Stottern vollständig zu beseitigen, ist doch von den meisten Fachleuten seit langem aufgegeben worden.

Zum ersten Punkt: In diesem Kontext stellt sich die Frage, wie, durch bzw. für wen sollten Ratgeber eingesetzt werden: Ist der Ratgeber als *Ersatz* für eine Therapie konzipiert oder als deren *Ergänzung*, oder dient er nur als Überbrückung der Wartezeit für eine Therapie? Um meine Position gleich

vorweg zu kennzeichnen: Ein Ratgeber, wie gut auch immer er aufgebaut sein mag, sollte nur eine Therapie begleiten, sie ergänzen und nicht den Eindruck hinterlassen, daß dessen ausschließliche Lektüre — ohne Kommentierung des Therapeuten — zur (Stotterer-)Therapie befähige. In diesem Sinne möchte ich dieses Buch von *Irwin* verstanden wissen als ein *gutes* Programm für Therapeuten, die Eltern bei der Überwindung des Stotterns ihrer Kinder helfen wollen. Wenn es als *Hilfe zur Selbsthilfe* eingesetzt wird, könnte die Gefahr, viele Eltern mit dem Programm zu überfordern, verkleinert werden.

Die Präventiv-Therapie gilt für das Kindergarten- und Grundschulkind und basiert auf der Überzeugung, daß das Auftreten des Stotterns bei einem Vorschulkind nicht vom Kind abhängt, sondern vom Verhalten der Menschen in seiner Umgebung, vor allem dem seiner Eltern; daß das Stottern andauert und sich verstärkt, solange auf das Sprechen des Kindes Druck ausgeübt wird; daß das Stottern mehr und mehr abnimmt, wenn der Druck verringert wird (S. 11).

Das therapeutische Programm wirkt indirekt: Nicht das Kind wird behandelt, sondern in der nächsten Umgebung des Kindes wird eine Verhaltensänderung angestrebt. »Es gibt keinen Zweifel daran, daß das Kind mit höchster Wahrscheinlichkeit aufhören wird zu stottern, wenn alle Personen in der Umgebung des Kindes das Richtige tun.«

Die Methode ist sprachorientiert und zielt auf die konkrete Situation ab, in der die Eltern und das Kind sich befinden, und darauf, wie sie miteinander umgehen. Präventiv-Therapie zeigt, wie man aufhören kann, negativ auf das Stottern zu reagieren, und wie man lernen kann herauszufinden, was das Stottern verstärkt und was es verringert. Eine bedeutsame Rolle spielen (unnötige) Fragen; im Kapitel »wie man lernt, die Anzahl der Fragen zu verringern« macht die Autorin konkrete Vorschläge, die überaus anschaulich und einleuchtend sind. Dieses Vorgehen, mittels einer verständlichen Darstellung pragmatische Hilfen anzubieten, durchzieht das gesamte Buch und ist als sehr positiv einzuschätzen.

Die weitere detaillierte Inhaltsanalyse muß aus Gründen des Umfangs hier beendet werden.

Es ist abschließend noch zu erwähnen, daß das Programm drei bis zwölf Monate dauert. Damit ist der eingangs angesprochene zweite Punkt berührt, nämlich der des Therapiezieles. Ohne auf Statistiken zu verweisen, gelingt es *Irwin*, den Leser so sehr für ihr Programm zu gewinnen und ihn vom Erfolg der Arbeit zu überzeugen, daß nahezu alle Zweifel an der vollständigen Beseitigung des Stotterns ausgeräumt werden. Würde man nicht, daß das Buch für Eltern stotternder Kinder ge-

geschrieben worden wäre, könnte man meinen, einen Ratgeber zum Thema »Wie erziehe ich einen jungen Menschen zu einem guten Kommunikationspartner« in der Hand zu haben. Stottern im Vorschulalter wird somit implizit zu einem pädagogischen Problem gemacht; dies ist aber nicht der einzige Grund, um Sprachbehindertenpädagogen dieses Buch uneingeschränkt zu empfehlen.

Uwe Förster



Manfred Grohnfeldt (Hrsg.): Störungen der Aussprache. Handbuch der Sprachtherapie, Band 2. Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess. Berlin 1990. 290 Seiten. Ganzleinen. 54 DM.

Die ehrgeizige und zugleich verdienstvolle Unternehmung, eine achtbändige Handbuchreihe der Sprachtherapie aufzulegen, kommt zügig voran. Nach dem gut gelungenen Einstieg mit Band 1 »Grundlagen der Sprachtherapie« (vgl. die Rezension in Heft 4/90, S. 212—216) liegt nun seit längerem schon mit den »Störungen der Aussprache« der zweite Band vor. Das hier behandelte Aufgabengebiet, in der traditionellen sprachheilpädagogisch-medizinischen Terminologie als Stammeln bzw. Dyslalie bezeichnet, wird sowohl in den übergreifenden Zusammenhang des Erscheinungsbildes der Sprachentwicklungsstörungen eingeordnet als auch als Phänomen von »relativer Eigenständigkeit« (Vorwort des Herausgebers, S. VI) belassen. Diesem Grundverständnis gemäß sind die »Störungen der Aussprache« nur systematisch von den »Störungen der Semantik« (vgl. Band 3; jüngst erschienen) und den »Störungen der Grammatik« (Band 4; erscheint im Herbst 1991) zu trennen. Wichtig ist dem Herausgeber, daß statt vermeintlich eindeutiger Klassifikationen mit entsprechenden therapeutischen Handlungsanweisungen eine möglichst differenzierte Beschreibung des jeweiligen Sprachentwicklungsstandes vorgenommen wird, um ein auf die individuellen Erziehungs- und

Therapiebedürfnisse ausgerichtetes Vorgehen planen und gestalten zu können.

Einleitend markiert *Grohnfeldt* »Aussprachestörungen als Teilbereich gestörter Sprachentwicklung sowie in sich geschlossenes Erscheinungsbild«. Er umreißt damit das Aufgabengebiet unter Einbeziehung neuerer Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen und führt dieses auf eine pädagogisch-therapeutische Grundlage zurück. Die dabei idealtypisch genannte Unterscheidung von phonetischen und phonologischen Störungen findet sich in den Beiträgen des Handbuchs wieder. Zur »Stammlertherapie auf phonetischer Grundlage« legen *Schlenker-Schulte/Schulte* einen umfangreichen und praxisorientierten Beitrag vor. Das von *Scholz* genannte Konzept der phonologischen Störungen stellt dagegen eher Prämissen aus sprachwissenschaftlicher Sicht heraus, deren praktische Umsetzung noch ausgearbeitet werden muß. Ansätze dazu liegen zum Bereich der Diagnose (siehe den Beitrag von *Hacker* im vorliegenden Handbuch), weniger jedoch zur Therapie vor.

Davon abgesetzt werden neuere therapeutische Ansätze zum Zungenpressen (*Middeldorf*) und zur Myofunktionellen Therapie (*Kittel*) vorgestellt, die theoretische und praktische Perspektiven aufzeigen, deren Bedeutung für die Sprachheilpädagogik/Logopädie offensichtlich zunimmt. Eine Vielzahl von Übungen findet sich ebenfalls bei *Wulff* zur Therapie bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, während *Breckow* in ihrem Beitrag eher eine bestimmte theoretische Position hinsichtlich der Förderungsmöglichkeiten zur auditiven Wahrnehmungsverarbeitung bei sprachentwicklungsgestörten Kindern herausstellen möchte.

Einen hohen Stellenwert in dem Handbuch beanspruchen methodische Fragestellungen bei der Therapie von Aussprachestörungen. *Bahr* und *Nondorf* vermitteln dazu viele Anregungen zum Einsatz des Spiels im Rahmen der Sprachtherapie. *Sassenroth* unterstreicht aus handlungstheoretischer Sicht Merkmale der Kommunikationsförderung, auf die auch *Franke* über den aus dem anglo-amerikanischen Raum stammenden Ansatz des Theraplay eingeht. Die Bedeutung rhythmisch-musikalischer Erziehung im Rahmen der Therapie von Aussprachestörungen wird durch *Schneider* anschaulich belegt, und *Meixner* nennt in einem aus der praktischen Arbeit heraus entstandenen Beitrag fachspezifische Materialien und Medien sowie ihren Einsatz vor dem Hintergrund didaktisch-methodischer Überlegungen. Inwieweit in diesen Kontext auch Formen der computergestützten Therapie fallen, wie sie bei *Heike* aus phonetischer Perspektive thematisiert werden, muß erst die Zukunft zeigen.

Insgesamt ordnen sich die Beiträge des Handbuchs in ein weit angelegtes Gesamtkonzept ein, das auf Repräsentation des Gegenwärtigen und Weiterentwicklung durch Akzentuierung angelegt ist. Dabei kann ein hoher Informationsgrad für unterschiedliche Adressaten, Theoretiker wie Praktiker, erreicht werden.

Gute Handbücher erfüllen mehrfache Aufgaben: Sie haben den aktuellen Forschungs- und Arbeitsstand widerzuspiegeln, zur Meinungsbildung in einem Gegenstandsbereich beizutragen und auf diese Weise das zukünftige Arbeitsfeld abzustechen. Das vorliegende Handbuch erfüllt diese Ansprüche in hohem Maße. Seine Anstöße werden Wirkung zeigen, vorausgesetzt es findet — trotz eines in Anbetracht der gediegenen Ganzleinen-Ausstattung wohl unvermeidlich hohen Preises — eine breite und interessierte Aufnahme. Zu wünschen und zu hoffen wäre es. *Jürgen Teumer*



Gertraud Petermann: Vorschulkinder lernen Sprachlaute differenzieren. Verlag Volk und Wissen, Berlin (Ost) 1989, 2. Auflage. Kartoniert. 167 Seiten (Bezug über: Luchterhand Verlagsauslieferung, Postfach 2352, 5450 Neuwied). 29,90 DM.

Gertraud Petermanns Buch, seinerzeit in zweiter Auflage in der ehemaligen DDR erschienen, hat die Wende überstanden. Dazu gehörte erstens ein westdeutscher Verlag, der das Produkt übernommen hat, und zweitens, daß das Buch nicht umgeschrieben werden mußte. Obwohl es selbstverständlich eine Reihe von DDR-Spezifika (z. B. Hinweise auf bestimmte Organisationsformen, auf spezielle Materialien, Verwendung bestimmter Begriffe) enthält, ist es auch unter den veränderten Gegebenheiten verständlich — und, was viel wichtiger ist, es ist und bleibt systemunabhängig ein nützliches Buch, mit dessen Hilfe die Praxis auf dem im Buchtitel angegebenen Sektor sicherlich verbessert werden kann. Die Autorin verfolgt mehrere Ziele. Ihr geht es darum, »die sprachliche Sensorik der Kinder zu verbessern, ihr Sprachge-

hör auszubilden und damit zu sensibilisieren, ihre akustische Aufmerksamkeit zu stabilisieren sowie ihr Interesse für sprachliches Material und seine Variationsmöglichkeiten zu wecken« (S. 5).

Aber bevor sie sich den praktischen Möglichkeiten zuwenden kann, muß sie die theoretischen Grundlagen schaffen. Sie sind dem ersten Teil des Buches vorbehalten (S. 7—77). Er enthält Informationen u. a. über die Entwicklung der Sprachperzeption und -produktion beim Kind, die Anatomie und Physiologie des Hörorgans, die Ursachen von Sprachlautdifferenzierungsschwächen, nicht zuletzt auch über die Schulung der Differenzierungsfähigkeit im Vorschulalter und die dafür notwendigen Übungsschritte. Jeder, ob vom Fach oder Laie, wird hier, der eine wiederholend bzw. bekräftigend, der andere neu, auf die Zusammenhänge aufmerksam gemacht. Die grundsätzliche Bedeutung der Sprachlautdifferenzierung für das Sprachlernen insgesamt wird ebenso ins Bewußtsein gerückt wie ihre zentrale Funktion im schriftsprachlichen Prozeß.

Der zweite Teil des Buches (S. 78—160) enthält ein sorgfältig und sehr differenziert ausgearbeitetes und langjährig unter den Bedingungen des Sprachheilkindergartens erprobtes Übungsprogramm für vier Lernbereiche: Differenzieren von Geräuschen und Klängen — Phonematisches Differenzieren — Artikulatorisch-auditives Differenzieren — Das Gliedern sprachlicher Einheiten. Jeder Übungsbereich ist in vier bzw. fünf Schwierigkeitsstufen unterteilt, so daß ein recht systematischer Aufbau gewährleistet scheint. Sehr praxisnah sind neben den jeweiligen Zielen immer Übungsbeispiele angegeben, die wiederum mit notwendigen Materialhinweisen und Vorschlägen zum Übungsablauf versehen sind. Dies alles birgt Anregungen in Hülle und Fülle. Werden diese als Möglichkeiten und Orientierungshilfen genutzt, nicht aber als strikte Anweisung (miß-)verstanden, so bieten sie Sicherheit und Offenheit in der methodisch-didaktischen Gestaltung zugleich. In diesem Sinne kann dem Buch nur eine weitere Verbreitung — auch über den engeren sprachheilpädagogischen Arbeitsbereich hinaus — gewünscht werden. Denn die Förderung der Sprachlautdifferenzierung ist eine verbindende Aufgabe, die die Erzieher im Kindergarten und die Grundschulpädagogen mit den Sprachtherapeuten jedweder Provenienz eint.

Jürgen Teumer

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

Nr. 4, 1990

Heiko Rodenwaldt, Mainz: Anmerkungen zu traditionellen Konzepten einer sprachtherapeutischen Intervention. S. 1—10.*Herbert und Willi Günther*, Holz und Zeltingen-Rachtig: Dysgrammatismus und auditive Wahrnehmung. S. 11—25.*Andrea Nebel*, Northeim: Entwicklungsproximale Diagnose und Sprachförderung bei Schülern mit Problemen im Erwerb grammatischer Strukturen. S. 26—49.*Lore Beck und Cornelia Hintermayr*, Linz: Mehrdimensionale Förderung in der Sprachklasse. Schwerpunkt: Dysgrammatikertherapie. S. 50—58.

Nr. 1, 1991

Michael Kalmar, Wien: Nichtmedizinisch definierte Bedingungsfelder von Sprachentwicklungsbeeinträchtigungen. Eine empirische Pilotstudie. S. 1—24.*Dirk Randoll, Carola Klein und Rita Spanier*, Frankfurt am Main: Wahrnehmung mütterlicher Unterstützung stotternder und nichtstotternder Vorschulkinder. Ergebnisse einer Pilotstudie. S. 25—29.**Die Sonderschule, Berlin**

Nr. 1, 1991

Herwig Baier, München: Schulische Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. S. 2—10.*Jutta Schöler*, Berlin: Gemeinsame Erziehung von Kindern mit Behinderung und Kindern ohne Behinderung ist Normalität. S. 11—26.

Nr. 2, 1991

Ulrich Bleidick, Hamburg: Erfahrungen mit einer pluralistischen Konzeption zur pädagogischen Förderung Behinderter. S. 66—75.**Geers-Stiftung: Hörbericht, Dortmund**

Nr. 43, 1991

Heidrun Müller, Leipzig: Neue Gesichtspunkte zur Untersuchung und Früherfassung hörgestörter Kinder unter besonderer Berücksichtigung eines pränatalen Hörtests. S. 1—3.**logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande**

Nr. 12, 1990

J. Blokhuis-Potasse, Almelo: Ik stotter, maar je

hoort het bijna niet. (Ich stottere, aber man hört es beinahe nicht.) S. 265—268.

Nr. 4, 1991

Gesamthema: Artikulation.

Neues Rheinland, Köln

Nr. 3, 1991

Uwe Steinkrüger und Ludger Ströter: Ein Stück ihres Lebens. Ein Bericht über Werkstätten für Behinderte und ihre Entwicklung nach 1945. S. 11—13.

Nr. 4, 1991

Maria Heer und Ludger Ströter: Hauptfach Lebensfreude. Die rheinischen Schulen für Körperbehinderte öffnen auch Schwerstbetroffenen einen Lernweg. S. 8—11.**Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Freiburg/Schweiz**

Nr. 1, 1991

Jakob Muth, Bochum: Zehn Thesen zur Integration von behinderten Kindern. S. 1—5. *Arno Schulze***Bücher der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.**

Die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V. verfügt über ein Angebot an Informationsbroschüren und Büchern zum Thema Stottern, das für Pädagogen, Therapeuten, Betroffene und ihre Angehörigen von Interesse sein dürfte. Eine Publikationsliste ist unter folgender Anschrift zu beziehen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V., Kasparstraße 4, 5000 Köln 1, Telefon (0221) 73 07 31.

Vorschau

E.-M. von Netzer: Das St. Galler-Modell und seine Bedeutung für die Sprachheilpädagogik.

B. Götten-Minsel: Erfahrungsbericht zur Nachbetreuung ehemaliger sprachbehinderter Sonderschüler in der Regelschule.

T. Gieseke und F. Harbrucker: Wer besucht die Schule für Sprachbehinderte? Untersuchung zur Struktur der Schülerschaft der Schulen für Sprachbehinderte in Berlin (West) zur Ermittlung von Aussagen über sonderpädagogische Interventionsvoraussetzungen.

H. Rodenwaldt: Mehrdimensionale Diagnostik als Voraussetzung heilpädagogischen Handelns.

J. Schulze und W. Schroeder: Psychologische Aspekte bei der Entstehung von Dysphonien im Kindesalter.

F. M. Dannenbauer: Vom Unsinn der Satzmusterübungen in der Dysgrammatismustherapie.

Anschriftenänderungen
unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied
der dgs sind:

Bitte, benachrichtigen Sie bei
Anschriftenänderungen
unmittelbar den Verlag:

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



Die Hefte älterer Jahrgänge

der Fachzeitschrift

Die Sprachheilarbeit

können wir an Interessenten liefern.
Auf Wunsch stellen wir Preisliste und
Inhaltsverzeichnisse kostenlos
zur Verfügung.

Verlag Wartenberg & Söhne

Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Bergedorfer Kopiervorlagen

NEU: „Lesenlernen mit Hand und Fuß“ —
(Ausgabe Süd)

der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen von Ulrike Marx und Gabriele Steffen.

Bergedorfer Klammerkarten: Ein völlig neu konzipiertes Lernmittel mit Selbstkontrollverfahren zur Differenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Fürs 1. bis 4. Schuljahr. Große Auswahl verschiedener Titel für Deutsch und Mathematik. NEU: *Blankoklammerkarten!*

Lehrmittelservice: Gollwitz-Titel, Lernpuzzles, Magnetbuchstabierspiel, Sensory-Programm, Belohnungsaufkleber. Info anfordern:



Verlag Sigrid Persen

Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg / N.E.
Tel. 0 41 63 / 67 70 Fax 0 41 63 / 78 10

KAMILLUS – KLINIK

5464 Asbach/Ww.

Zum nächstmöglichen Termin stellen wir ein:

LOGOPÄDE/LOGOPÄDIN

Wir suchen einen/eine Mitarbeiter/in, der/die bereit ist, in einem jungen Team mitzuarbeiten.

Unser Haus verfügt über eine neurologische Abteilung mit 121 Betten und eine internistische Abteilung mit 53 Betten. Regelmäßige Teambesprechungen sowie Gelegenheiten zur Fortbildung sollen Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen.

Asbach liegt in einer sehr reizvollen Landschaft mit hohem Freizeitwert und ist durch die nahegelegene BAB 3 verkehrsgünstig an Bonn (ca. 30 Min.) und an Köln (ca. 40 Min.) angebunden.

Die Vergütung erfolgt nach AVR (BAT angeglichen) mit den üblichen Sonderleistungen. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir Ihnen behilflich.

Sollten Sie an einer Mitarbeit in unserem Hause Interesse haben, bitten wir um Übersendung der Bewerbungsunterlagen an

**Kamillus-Klinik, Verwaltung, Hospitalstraße 6, 5464 Asbach/Ww.,
Telefon (02683) 59-0.**

Der Caritasverband für die Diözese Speyer e.V. sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für seinen

Sonderkindergarten im St. Paulusstift Landau/Pfalz

eine/n Logopäden/in

In unserer Einrichtung werden 66 behinderte und sprachentwicklungsverzögerte Kinder von einem interdisziplinären Team betreut.

Wir bieten einen interessanten und abwechslungsreichen Arbeitsplatz in einem jungen, aufgeschlossenen Team und Unterstützung bei Fortbildungsmaßnahmen.

Die Vergütung erfolgt nach den Allgemeinen Vertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR).

Wir erwarten eine engagierte Fachkraft, die eine positive Einstellung zur caritativen Arbeit mitbringt.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

St. Paulusstift, Hauptstraße 235, 6740 Landau 18.



*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 21,— 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 1991/92, 1989/90, 1987/88, 1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

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

Name

Straße

Postleitzahl Ort

Datum



BUNDESKNAPPSCHAFT

Das **Knappschafts-Krankenhaus Recklinghausen** (500 Planbetten, Akutversorgung) sucht zum nächstmöglichen Termin eine/n

Sprachtherapeutin/-therapeuten bzw. Logopädin/Logopäden

Die Aufgabe besteht vorrangig in der Betreuung der stationären Patienten der Fachabteilungen Neurologie, Neurochirurgie, Innere Medizin, Chirurgie, Kieferchirurgie, hier insbesondere die Betreuung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalträger.

Grundlage für die Regelung des Arbeitsverhältnisses ist der Knappschafts-Angestellten-tarifvertrag (KnAT), der dem BAT entspricht und neben der Vergütung alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes beinhaltet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten
an die

Verwaltung des Knappschafts-Krankenhauses,
Dorstener Str. 151,
4350 Recklinghausen.



Ab sofort oder später (Oktober 1991) suchen wir mehrere
engagierte

Logopäden(innen)

für interessante Standorte in den alten und neuen Bundesländern. Wir erwarten Damen und Herren mit mehrjähriger Berufserfahrung. In den von uns nach Ihren Vorstellungen einzurichtenden logopädischen Praxen sollen Sie einen Lehrauftrag mit der logopädischen Therapie verbinden. Sie können auf Wunsch auf eigene Rechnung privat oder kassenärztlich abrechnen und erhalten selbstverständlich darüber hinaus ein überdurchschnittliches Honorar.

Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen unter
Chiffre Nr. 02/03 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Leverkusen am Rhein (160 000 Einwohner) ist nicht nur eine Industriestadt mit Schwerpunkt Chemie sowie Maschinenbau und Autozulieferung. Es ist auch eine Stadt mit hohem Freizeitwert am Rande des Bergischen Landes zwischen Köln und Düsseldorf. Reichhaltiges Angebot im kulturellen Bereich, im Spitzen- und Breitensport, verkehrsgünstige Lage.

Im **Sonderkindergarten für behinderte Kinder der Stadt Leverkusen** ist ab sofort die Stelle einer/eines

Sprachtherapeutin / Logopädin / Sprachtherapeuten / Logopäden

zu besetzen. Die Arbeitszeit beträgt zur Zeit 38,5 Stunden pro Woche. Das Aufgabengebiet umfaßt schwerpunktmäßig die Diagnostik und Therapie von sprachbehinderten bzw. mehrfachbehinderten Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren.



Suche **Sprachtherapeut/in** in freier Mitarbeiterschaft für sprachtherapeutische Praxis in Neuss. Späteres Angestelltenverhältnis nicht ausgeschlossen.
Telefon (02101) 46 21 35.

Sprachheilpädagogin

(32 J.), 2 J. wiss. Mitarbeit Universität, 2 J. Berufserfahrung in sprachtherap. Praxis, sucht interessantes Betätigungsfeld im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik, Diagnose, Beratung, Therapie oder Forschung/Lehre, gerne auch im Ausland.

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



In Zusammenarbeit mit den übrigen Fachkräften der Einrichtung werden alle kindlichen Störungsbilder und Schweregrade betreut.

Erwartet werden fundierte Fachkenntnisse, selbständiges Arbeiten, Engagement in der Elternarbeit sowie die Bereitschaft und Fähigkeit zur intensiven Teamarbeit.

Die Stelle ist nach Vergütungsgruppe VII/V b BAT ausgewiesen.

Die Stadt Leverkusen hat sich die berufliche Förderung von Frauen zum Ziel gesetzt.

Bei gleicher Eignung werden Schwerbehinderte bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen der Anzeige unter Angabe der Kenn-Nr. 35/91 an die:

Stadt Leverkusen
Amt für Organisation und Personalwirtschaft
Postfach 10 11 40
5090 Leverkusen 1.

Für unseren Sprachheilkindergarten suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine/n

Logopädin/en

Wir bieten eine kollegiale Zusammenarbeit in einem Team von Fachkräften aus Heilerziehung, Beschäftigungstherapie, Sozialpädagogik und Psychologie.

Die Vergütung erfolgt nach dem BAT mit allen üblichen Zusatzleistungen.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an



Haus der Lebenshilfe gGmbH

Seeböhmstr. 5 · 3110 Uelzen 1 · Tel. 0581/6051

Für unseren siebengruppigen Sonderkindergarten suchen wir ab sofort oder später

3 Sprachtherapeutinnen/Sprachheilpädagoginnen

in Vollzeit. Vergütung erfolgt nach BAT mit den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen an:

Kuratorium Behindertes Kind e.V. — Sonderkindergarten —
Melanchthonstraße 29, 5600 Wuppertal 2, Telefon (0202) 50 50 15.

Zum nächstmöglichen Termin gesucht:

Kath. Logopäde/in Sprachtherapeut/in

Wir sind:

- a) Integrative Kindertagesstätte
- b) Sprachtherapeutische Praxis

Wir erwarten: qualifizierte Arbeit mit Kindern, Erwachsenen sowie auch behinderten Kindern — die Fähigkeit, in einem Team fachliche und therapeutische Kompetenz zu übernehmen.

Wir bieten:

- Festanstellung (20 Stunden) bei der kath. Kirchengemeinde,
- Anregungen und Austausch in einem interdisziplinären Team,
- ein vielseitiges Arbeitsfeld
- und/oder die Möglichkeit der freien Mitarbeit in einer sprachtherapeutischen Praxis (konfessionsunabhängig).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an:

Kath. Kirchengemeinde
St. Mariä-Himmelfahrt
Pastor-Janßen-Straße 3, 4230 Wesel
oder
Ulrike Berger
Pastor-Janßen-Straße 44, 4230 Wesel
Telefon (0281) 2 75 97.

Kurse in »Myofunktionelle Therapie (MFT)«. Leitung: Anita Kittel, Logopädin. Kursdaten: 27./28. 9. 1991 und 18./19. 10. 1991 (separate Kurse). Kursort: 7410 Reutlingen.

Anmeldungen unter Angabe des Berufes und Telefon (dienstlich und privat): Anita Kittel, Hornschuchstraße 12, 7400 Tübingen.

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

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

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.

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 Verwaltungsleiter Herr Frahm unter Telefon (02603) 75-201 und am Wochenende unter (02604) 15 29 zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

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

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

WSS 007823 *00024*

SCHILLING-SCHULE F. SPRACHBE-
HINDERTE U. KOERPERBEHINDERTE
PASTER-BEHRENS-STR. 81

1000 BERLIN 47

Der Caritasverband für die Diözese Passau e.V. sucht für den
Caritas-Frühförderungsdienst eine(n)

Magister / Diplom-Pädagogen

Die Frühförderstelle hat zwei Abteilungen mit Mitarbeitern aus dem
pädagogisch-psychologischen und medizinisch-therapeutischen
Bereich. Betreut werden pro Jahr etwa 700 Kinder.

Das Arbeitsfeld ist überwiegend im Kindergartenbereich für Kinder
mit sprachlichen Problemen. Es wird gemeinsam vom Frühförde-
rungsdienst und dem Referat Kindertagesstätten des Diözesan-
caritasverbandes organisiert. Fünf Teams, bestehend aus je einem
Sprachheilpädagogen und einem Heilpädagogen, arbeiten im
Bereich von Stadt und Landkreis.

Wir erwarten Bereitschaft zur Teamarbeit. Notwendig ist ein Führer-
schein der Klasse III für den mobilen Einsatz. Wir bieten Bezahlung
nach AVR in Anlehnung an BAT.

Ihre Bewerbung richten Sie an:

Herrn
Ludwig Reitberger
Personalreferent des Diözesancaritasverbandes
Steinweg 8, 8390 Passau
Telefon (0851) 3 92 40

Herrn
Rainer Zirnbauer
Leiter des Caritas-Frühförderungsdienstes
Bischof-Altmann-Straße 7, 8390 Passau
Telefon (0851) 5 66 13.

