

Die Sprachheilarbeit

5/92

Auf ein Wort

Antje Kirsch

Hauptbeiträge

- Manfred Grohnfeldt, Köln*
Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie? 227
- Bernd Hansen, Kiel, Claudia Iven, Köln*
Stottern bei Kindern im (Vor-) Schulalter.
Dynamische Prozesse und individualisierte
Sichtweisen in Diagnostik und Therapie 240
- Kerstin Weikert, Köln*
Stottern im Erwachsenenalter –
Sprechkontrollierungsverfahren und ihr Stellenwert
in der Stottertherapie 268

Magazin

- Beihefter (Seite 247 – 262)*
Jürgen Teumer, Hamburg
Informationsbörse – Bücher, Schriften, Broschüren,
Informationsblätter, audiovisuelle Medien A1

Aus-, Fort- und Weiterbildung • Echo •
Materialien und Medien • Rezensionen • Vorschau

37. Jahrgang/Oktober 1992

dgs

ISSN 0584-9470

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

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin
Anschrift des Geschäftsführenden Vorstandes:
dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

Peter Arnoldy, Wartbergstraße 40, 7100 Heilbronn

Bayern:

Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
8721 Schwebheim

Berlin:

Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 1000 Berlin 41

Brandenburg:

Monika Paucker, Berliner 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 6A, 6301 Staufenberg 1

Mecklenburg-Vorpommern:

Dirk Panzner, Eschenstraße 5, O-2500 Rostock

Niedersachsen:

Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus
Lindenbrunn, Postfach 11 20, 3256 Coppenbrügge 1

Rheinland:

Marianne Gamp, Beringstraße 18, 5300 Bonn 1

Rheinland-Pfalz:

Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
6580 Idar-Oberstein

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:

Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 2057 Wentorf

Thüringen:

Gotthard Häser, Brennerstraße 3 a, O-5300 Weimar

Westfalen-Lippe:

Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 4426 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39 - P.O.Box 10 05 55,
D-4600 Dortmund 1, Telefon (02 31) 12 80 08,
Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 1/1992. Anzeigenleiterin: Christel Adam.

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, 5000 Köln 41, Telefon
(02 21) 40 07 31 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf, Telefon (0 51 52) 29 50

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 dem Namen der Autoren gekennzeichneten 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.

Erscheinungsweise:

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement DM 57,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Ab 1. 1. 1993 DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten. Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei Adressenänderungen die Deutsche Bundespost, Postdienst, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

Copyright:

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck - auch von Abbildungen - , Vervielfältigungen auf fotomechanischem Wege oder im Magnettonverfahren - auch auszugsweise - bleiben vorbehalten. Von einzelnen Beiträgen oder Teilen von ihnen dürfen nur einzelne Exemplare für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch hergestellt werden.



Antje Kirsch

Auf ein Wort

Stottern: Selbsthilfe und Therapie

Das 3. Forum der Sprachheilpädagogik bot allen Interessierten eine Gelegenheit, intensiv über den Themenbereich Stottern zu diskutieren und sich zu informieren.

Auch die immer wiederkehrende Frage, was als Erfolg in der Therapie von Stotterern zu bewerten ist, wurde von Stottertherapeuten und Betroffenen diskutiert.

Ist eine Therapie nur dann erfolgreich, wenn Stotternde nach Beendigung der Therapie geheilt sind? Ist Stottern heilbar, im Sinne einer absoluten Symptommfreiheit? Wer beurteilt, ob eine Therapie erfolgreich war oder nicht? Kann man von Erfolg sprechen, wenn der Stotternde gelernt hat, mit seinem Stottern zu leben und sich offen zu seinen Symptomen zu bekennen?

Ich denke, daß es für uns Stottertherapeuten von grundlegender Bedeutung ist, zu all diesen Fragen eindeutig Stellung zu beziehen. Mit Klienten, die zu uns kommen und von uns Hilfe erwarten, muß vor Beginn einer Therapie erarbeitet werden, wie ihr persönliches Therapieziel aussehen kann und was *wir* als Ziel einer Therapie ansehen. Wir sollten auch offenlegen, welches Selbstverständnis als Therapeut unserer Arbeit zugrundeliegt und welche Möglichkeiten und Grenzen wir haben.

Erwachsene Stotternde haben einen langen Weg mit dem Stottern zurückgelegt, oftmals schon einige Versuche unternommen, um ihre Symptome in den Griff zu bekommen, und nicht selten eigene Ideen und Vorstellungen zur Therapie ihres Stottersymptoms entwickelt. Hierüber, d.h. über den Weg zur Behandlung des Stotters, sollten Stottertherapeuten mit ihren Klienten unbedingt sprechen, um den Bedürfnissen des Stotternden gerecht werden zu können. Die individuellen Ziele des Klienten sind ernstzunehmen und gegebenenfalls über die des Therapeuten zu setzen, denn wir bieten nur unsere Hilfe an.

Stottertherapeuten, die mit einem starren, unflexiblen Therapiekonzept auf ihre Klienten zugehen und nur auf der Ebene des Sprechens arbeiten, laufen Gefahr, an den eigentlichen Bedürfnissen der Betroffenen vorbeizugehen. Sicher werden sie bei einem Teil der Klienten „erfolgreich“ sein, aber bei den meisten Betroffenen keine langfristigen Veränderungen bewirken können. Eine systematische Sprechübungsbehandlung ist nach heutigen Erkenntnissen sinnvoll und wichtig, aber nicht ausreichend, um Stottern in seiner Gesamtheit sowie dessen psychosozialen Bedingungen zu behandeln.

Für mich ist immer wieder deutlich geworden, wie individuell verschieden Stottern und damit auch die stotterauslösenden Faktoren sind. Diese an sich nicht neue Erkenntnis kann nicht oft genug betont werden und sollte uns Stottertherapeuten dazu bewegen, mit Therapiekonzepten zu arbeiten, die so flexibel sind, daß individuelle Probleme berücksichtigt und behandelt werden können.

Aus zahlreichen Gesprächen, die ich in den Jahren meiner Zusammenarbeit mit der Stotterer-Selbsthilfe Köln e.V. geführt habe, habe

ich gelernt, daß auch die Stotternden unterschiedliche Meinungen bezüglich der Therapieinhalte vertreten. Einige vertrauen auf Sprechtechniken und erhoffen sich hierdurch eine möglichst absolute Symptommfreiheit. Andere versuchen, mit ihrem Stottern zu leben, nicht dagegen anzukämpfen, sondern Stottern als Teil ihrer Persönlichkeit zu akzeptieren und soweit wie möglich zu verflüssigen. Sie erwarten von Stottertherapeuten Hilfen, mit denen sie lernen, einen Block so früh wie möglich wahrzunehmen, und das Erlernen von Modifikationstechniken, um aus dem Stottern wieder herauszukommen. D.h. sie wollen lernen, möglichst flüssig zu stottern und sich offen als Stotternder zu bekennen.

Um das eine oder andere Ziel zu erreichen, vertrauen viele Betroffene auf Therapeuten, die Stottertherapien durchführen. Gleichzeitig nutzen sie auf vielfältige Weise ihre Selbsthilfekompetenz.

Selbsthilfekompetenz ist für mich ein besonders wichtiger Aspekt, wenn wir über die Therapie des Stotterns reden. Denn erst, wenn die Betroffenen sich nicht mehr als Behandelte, sondern als Handelnde begreifen, werden sie ihre Probleme in die Hand nehmen und aktiv etwas an ihrer Situation ändern. Ich vertraue auf ein großes Maß an Selbsthilfekompetenz Betroffener, da ich viele Stotternde kenne, die eigene Wege gesucht und gefunden haben, um an sich und an ihren Problemen zu arbeiten. Selbsthilfe hat natürlich ihre Grenzen, und an diesen Grenzen sind wir aufgefordert, mit unserem Wissen weiterzuhelfen und den Klienten neue Möglichkeiten aufzuzeigen.

Meines Erachtens ist eine Verbindung aus Selbsthilfe und Therapie, welche sich gegenseitig ergänzen sollten, der erfolgversprechendste Weg zur Behandlung des Stotterns.

Das Forum bot auch die Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Gedankenaustausch zwischen Therapeuten und Mitgliedern der Stotterer-Selbsthilfe Köln, die mit einem Infostand vertreten waren.

Als Sprachtherapeutin und Mitarbeiterin der „Kontakt- und Beratungsstelle für Stotterer,


ihre Angehörigen und Freunde“ hat mich dies sehr gefreut, denn es ist an der Zeit, daß Therapeuten und Selbsthilfegruppen mehr aufeinander zugehen und Vorurteile weiter abbauen. Therapie und Selbsthilfe können sich sehr gut ergänzen und gegenseitig bereichern.

Durch den Kontakt mit Betroffenen der Stotterer-Selbsthilfe habe ich viel über die individuell verschiedenen Probleme, Wünsche und Hoffnungen der Betroffenen erfahren und hierdurch zahlreiche interessante Anregungen für die therapeutische Arbeit mit Stotternden erhalten. Die Arbeit in der Stotterer-Selbsthilfe soll und kann keine Therapie ersetzen. Für viele ist sie eine Ergänzung und bietet die Möglichkeit, den Weg in eine erste oder eine neue Therapie zu finden, oder sie dient als Nachsorge und Übungsfeld einer Therapie.

Wer also behauptet, die Stotterer-Selbsthilfe sei therapiefeindlich, kennt deren Arbeit nicht oder will die Realität aus anderen Gründen verfälschen.

Sicher ist es so, daß die Mitglieder der Stotterer-Selbsthilfe ihre persönlichen Erfahrungen mit Therapien austauschen und auch kritisch mit Therapeuten und deren Methoden umgehen. Aber ich denke, daß wir uns den Fragen unserer Klienten offen stellen sollten, denn wir sind verpflichtet, uns mit unserem Therapiekonzept kritisch auseinanderzusetzen und es gegebenenfalls zu verändern.

Das Forum hat uns hoffentlich ein Stück näher gebracht. Mit Sicherheit haben die Beiträge alle Anwesenden zum Überdenken ihrer persönlichen Einstellungen und therapeutischen Vorgehensweisen angeregt und dazu beigetragen, daß sich unsere Berufsgruppe weiter mit dem vielschichtigen Phänomen Stottern auseinandersetzt.



Frau Dipl.-Päd. Antje Kirsch ist am Institut für Sozialpädiatrie in Düren-Birkensdorf als Sprachtherapeutin tätig.

HAUPTBEITRÄGE

Am 27. Juni 1992 wurde an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln zum dritten Mal ein „Forum der Sprachheilpädagogik“ ausgerichtet. Dabei wurden erste Ergebnisse und Arbeitsschwerpunkte der im April 1991 neu gegründeten „Forschungsstelle für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR)“ vorgestellt. Die nachstehend veröffentlichten Referate stammen aus dem Programm dieser Festveranstaltung.

Die Redaktion

Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 5, S. 227–239



Manfred Grohnfeldt, Köln

Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie?

Zusammenfassung

Die Darstellung entspricht dem Eröffnungsvortrag und der Plenumsveranstaltung auf dem 3. Forum der Sprachheilpädagogik.

Im Zentrum des Interesses steht eine Diskussion der Auffassungen zum Stottern und seinen möglichen Bedingungs Hintergründen, der Ziele und Erfolge in der Stottertherapie sowie zur Frage der Akzeptanz. Die dabei geäußerten Meinungen werden in einen theoretischen Bezugsrahmen eingeordnet. Als wesentlich wird eine aktive Auseinandersetzung mit dem Stottern herausgestellt, wobei der Wunsch nach flüssigem Sprechen einerseits und die Versöhnung mit der Situation als Stotterer andererseits in einem permanenten Spannungsverhältnis stehen.

1. Einleitung

Im April 1991 wurde an der Universität zu Köln die Forschungsstelle für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) gegründet. Das übergreifende Ziel dieser dem Seminar für Sprachbehindertenpädagogik zugeordneten Einrichtung bezieht sich auf eine Intensivierung der Lehre und Forschung. Dazu erfolgte eine dementsprechende personelle, sachbezogene und räumliche Ausstattung.

Hinsichtlich der *Lehre* ist dadurch eine Arbeit in Kleingruppen unter Supervision möglich, um mehr als bisher Theorie und Praxis auf-

einander zu beziehen. Dabei werden vom Selbstverständnis der Forschungsstelle her Menschen aller Altersgruppen mit allen Sprach- und Stimmstörungen angesprochen. Hinsichtlich der *Forschung* erfolgt eine enge Abstimmung von Lehrveranstaltungen, praktischen Therapieangeboten und wissenschaftlichem Arbeiten. Die gegenwärtige Interessenlage der in der Forschungsstelle tätigen Personen bedingt, daß zunächst eine Zentrierung auf zwei Forschungsprojekte erfolgt, die sich auf die Themenbereiche „Stottern im (Vor-)Schulalter“ (Dipl.-Päd. Claudia Iven) und „Stottern im Erwachsenenalter“ (Dipl.-Päd. Kerstin Weikert) erstreckt.

In der ersten Phase der Diskussion grundsätzlicher Auffassungen zum Stottern tauchte alsbald die Fragestellung auf, ob man erwachsenen Stotterern am Anfang einer Therapie sagen sollte, daß eine vollständige Symptombeseitigung unwahrscheinlich ist. Ist dies nicht ein Gebot der Ehrlichkeit aufgrund persönlicher Erfahrung und statistischer Wahrscheinlichkeit – oder nimmt man dadurch dem Stotterer und auch sich selbst viele Chancen, den Willen zum Sprechen und gibt vorzeitig auf? Die Beschäftigung mit dieser Problematik führte zu weiteren Fragen: Ist

Stottern heilbar? Was heißt Heilung? Die Vermeidung und Ablehnung dieses mißverständlichen und vor allem in letzter Zeit geradezu fahrlässig gebrauchten Begriffs führte zu weiteren, allgemeinen Fragestellungen. Welche Ziele sind im Rahmen der Stottertherapie denkbar, sinnvoll und realistisch? Was heißt Erfolg – für den Stotternden wie den Therapeuten? Was bedeutet Akzeptanz? Und schließlich: Vor welchen Menschenbildern erfolgt die Reflexion dieser Fragestellungen?

Im folgenden wird der Versuch unternommen, die hier genannten Problemfelder in einem breiteren Rahmen zu diskutieren. Vom Selbstverständnis her sollen dabei Betroffene und Nichtbetroffene zu Wort kommen. Dazu erfolgt

- zunächst eine Meinungsbildung zur Thematik im Rahmen einer Plenumsveranstaltung, in der vier (Fach-)Vertreter ihre Auffassungen zum Stottern und den genannten Fragestellungen darstellen werden,
- im weiteren eine Diskussion der dabei geäußerten Vorstellungen
- sowie eine übergreifende Zusammenfassung, Ergänzung und Einordnung in einen theoretischen Bezugsrahmen.

Das Ziel besteht darin, vor dem Hintergrund der Vielfalt unterschiedlicher Auffassungen persönliche Standortbestimmungen zu reflektieren, gegebenenfalls in Frage zu stellen und zu einer kritischen Weiterentwicklung zu kommen.

2. Meinungsbilder zur Thematik

Bei der folgenden Darstellung in den Kapiteln 2.1 bis 2.4 handelt es sich um die persönliche Meinung der jeweiligen Plenumsteilnehmer.

2.1 Darstellung von Axel Ganter (Berlin)

Im folgenden werde ich mich thesenartig zu ein paar grundlegenden Fragestellungen des Faszinosums Stottern äußern:

2.1.1 Was ist Stottern?

Stottern basiert auf einer *genetischen* Veranlagung und ist – medizinisch-klinisch gesehen – das Symptom (irgend-)einer Funktionsstörung der sprech-sprachlichen Organe. Die

primäre Ursache liegt im *physiologischen* organischen und nicht im psychischen Bereich. Psychische Faktoren spielen erst bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Verstärkung eine Rolle.

In sozialpsychologischer Hinsicht ist Stottern eine Sprechbesonderheit, die beim einzelnen Stotternden aufgrund allgemein-gesellschaftlicher Ächtung und Stigmatisierung zu mehr oder weniger gravierenden psychosozialen Problemen führt.

2.1.2 Welche *Ziele* sind in der Stottertherapie realistisch?

Stottern ist zwar grundsätzlich nicht „heilbar“ (im Sinne von völliger symptomfreier und spontaner Sprache), aber *veränderbar*, d.h. die den Stottersymptomen zugrundeliegende „Labilität bzw. Störanfälligkeit“ des sprechsprachlichen Funktionssystems kann mittels (willkürlicher) „Sprechkontrollierungsverfahren“ zu einem (individuell unterschiedlich) großen Teil „*kompensiert*“ werden. Außerdem ist in der Regel der weitaus größte Teil der sicht- und hörbaren Stottersymptomatik das Ergebnis einer über viele Jahre erlernten negativen Einstellung zum Stottern und der daraus resultierenden Vermeidungs- und Anstrengungsbemühungen. Anders formuliert: Die Schwere und Häufigkeit des Stottrens ist (größtenteils) gelerntes und insofern grundsätzlich wieder verlernbares Verhalten.

Realistischer- und vernünftigerweise sollten von daher zwei globale Ziele angestrebt werden: a) die spielerische Veränderung der Stottersymptomatik mittels individuell erarbeiteter *Sprechübungsverfahren* und b) der Aufbau eines positiven *Selbstverständnisses* als Stotternder, damit er/sie nicht länger seine/ihre „Identität als Stotternde/r“ verleugnen muß, sondern selbstbewußt mit der (individuell verschieden starken) „Restsymptomatik“ umgehen und leben lernt.

2.1.3 Was ist *Erfolg* in der Stottertherapie?

Der Erfolg einer Stottertherapie mißt sich nach dem bisher Gesagten nicht primär an der Reduzierung der Stottersymptome, sondern daran, inwieweit der Stotternde zukünftig keiner Sprechsituation mehr aus dem

Wege geht, inwieweit er sich durch seine verbleibende Symptomatik nicht behindert fühlt und inwieweit er den Anspruch aufgegeben hat, möglichst nicht bzw. auf keinen Fall von seiner Umwelt als Stotternder erkannt zu werden. Der Stotternde sollte also gelernt haben, seine weiterhin zeitweise stotternde Sprechweise nicht länger als „Makel“ zu empfinden, sondern sich zu seiner verbleibenden Restsymptomatik offen zu bekennen bzw. die Tatsache zu akzeptieren, daß er immer (einmal) wieder als Stotternder erkannt bzw. identifiziert wird und daß dies keineswegs etwas „Schlimmes“ zu sein braucht.

2.1.4 Zur Frage der Akzeptanz

In der Rehabilitation körperbehinderter Menschen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, wonach der Körperbehinderte seine körperliche Beschädigung vorbehaltlos akzeptieren muß, um seine Behinderung sinnvoll verarbeiten bzw. bewältigen zu können. Denn nicht die körperliche Beeinträchtigung als solche ist das eigentliche Problem, sondern die Einstellung bzw. psychische Verarbeitung des Betroffenen bezüglich seiner Behinderung.

Dies gilt erst recht für Stotternde, denn auch bei ihnen ist nicht die stotternde Sprechweise das eigentliche und primäre Problem, sondern die zutiefst negative Fremd- und Eigenbewertung, „ein Stotterer zu sein“. Nach wie vor werden Stotternde stigmatisiert, d.h. sie werden mit negativen psychischen und sozialen Merkmalen gebrandmarkt (wie „neurotisch“, „Hang zur Feindseligkeit“, „asoziales Verhalten“ etc.). Die Stigmatisierte sind häufig diejenigen, die vorgeben, Stotternden helfen zu wollen. So hat man z.B. in der älteren Fachliteratur die Stotternden idealtypisch in zwei Gruppen eingeteilt, in die „Versager“ und in die „Störer“. Heutzutage ist der Sprachgebrauch humanisiert worden, und man spricht nun von „gehemmten und aggressiven Stotterern“. Es gilt festzustellen: Auch eine humanisierte Beleidigung bleibt eine Beleidigung! Die „vorbehaltlose Akzeptanz“ muß für viele Stotternde solange eine Sisyphusarbeit bleiben, solange sie in einer behindertenfeindlichen Gesellschaft zuhause sind, in der sie nur geduldet und überwiegend nicht als vollwertige Mitglieder angesehen werden.

2.1.5 Wie qualifiziert sind Therapeuten Stotternder?

Die meisten „Therapeuten“, die mit Stotternden arbeiten, haben nach wie vor sehr rudimentäre Kenntnisse und Fähigkeiten, um das zum Problem gewordene Stottern zu „entproblematisieren“. Dies ist u.a. deshalb so, weil die verschiedenen Berufsgruppen bestenfalls „das Kleine Einmaleins des Stotterns“ in ihrer Ausbildung gelernt haben. Somit existiert keine ausreichend qualifizierte Ausbildung zum „Stottertherapeuten“ und schon gar nicht zum „Stotterspezialisten“.

Ein Stotterspezialist muß über genügend diagnostische Kenntnisse verfügen, um die im Einzelfall wirklich bedeutsamen Faktoren der Stotterproblematik herauszuarbeiten und damit der bislang in der Theorie geforderten, aber nicht in der Praxis existierenden „Einzelfallbetrachtung“ gerecht zu werden. Ebenso muß ein Stotterspezialist über unterschiedliche therapeutische Kompetenzen verfügen, um sowohl auf die sprechmotorischen als auch auf die psychosozialen Aspekte des Stotterproblems adäquat Einfluß zu nehmen. Vor allen Dingen darf ein qualifizierter Stottertherapeut keinem konservativen bis reaktionären Menschen- und Gesellschaftsbild anhängen, was mit der Grundüberzeugung korreliert: Stottern ist ein schlimmes Sprachübel, das mit allen erdenklichen Mitteln bekämpft werden muß, und daß mit Stottern leben heißt, ein minderwertiges Leben zu führen, und daß nur ein flüssig Sprechender ein vollwertiger Gesprächspartner ist.

Anders ausgedrückt: Personen, die konformistisch ihren Lebensalltag verbringen bzw. nie gelernt haben, gesellschaftliche Werte und Normen in Frage zu stellen, werden schlechterdings keinem Menschen, der von der Norm abweichendes Verhalten zeigt, beibringen können, wie dieser mit seiner permanenten Normverletzung zivilcouragiert umgehen lernt. (Originaltext von Axel *Ganter*)

2.2 Darstellung von Holger *Prüß* (Bonn)

Fragt man nach Zielen in der Stotterertherapie, sieht man sich folgenden entscheidenden Fragen gegenübergestellt: Welche umfassenden Problembereiche mit welchen daraus folgenden Zielformulierungen artikulieren sich

generell in dem Syndrom Stottern? Welche Wünsche und Bedürfnisse erwachsen aus den individuellen Problemkonstellationen eines jeden Klienten? Sowie: Welche Möglichkeiten bietet und welche Grenzen sind der Therapie im allgemeinen sowie Stottertherapie im speziellen gesetzt?

Sieht man das Syndrom Stottern als sprechbezogene, kommunikative, emotional-kognitive und soziale Problematik an – und nur so wird man der Vielschichtigkeit des Syndroms gerecht –, ergeben sich daraus klare Zielsetzungen und Kriterien für Erfolg von Therapie.

Ohne Zweifel wünscht sich (nahezu) jeder Stotterer – bewußt oder unbewußt – ein möglichst hohes Maß an sprechbezogener Flüssigkeit. Das Gefühl der sprachlichen Ohnmacht, die immer und immer wieder erfahrene Hilflosigkeit, wenn das Stottern wieder alles mit ihm macht, die ständige Erfahrung des völligen Verlusts der Kontrolle über das eigene Verhalten, die fortwährenden Frustrationen durch die z.T. starken Verzögerungen in der Kommunikation – all dies und noch viel mehr wird von vielen Stotterern als deutliche Einschränkung in ihrer Darstellungsfähigkeit und als Einengung in ihrer persönlichen Entfaltungsmöglichkeit erlebt. Denn es ist (schlichtweg) für den Betroffenen nicht nur wichtig, daß er was sagt, sondern auch, wie er es sagt.

Das Therapieziel des Aufbaus eines möglichst flüssigen Sprechens in sämtlichen Kommunikationssituationen stellt damit ein notwendiges, da sich an den verständlichen und berechtigten Bedürfnissen der Betroffenen orientierendes Therapieziel dar. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, daß jeder betroffene Stotternde individuell ganz unterschiedliche Möglichkeiten und Grenzen in dem Maß der ihm möglichen Sprechflüssigkeit finden wird. Wer als Therapeut dem Stotterer zu einem wirklich flüssigen Sprechen auch in kommunikativ anspruchsvollen Situationen verhelfen will, darf dieses nicht nur als solches ausdrücklich formulieren, sondern muß in seiner konzeptionellen Umsetzung hinsichtlich didaktischer, methodischer und transfer-sichernder Faktoren dafür Sorge tragen, diesem Ziel auch genügen zu können.

Wer Stotterfreiheit oder gar Heilung als Ziel formuliert, zeigt für mich darin nur, daß er das Phänomen Stottern nicht begriffen zu haben scheint oder aus ökonomischen Gründen mit dem Ziel der Profitmaximierung wider besseren Wissens Nichterreichbares in Aussicht stellt. Die sich immer deutlicher abzeichnenden Hinweise auf dispositionelle neurophysiologische Faktoren als Bedingungshintergrund der Störung sind genauso genug Grund dazu, vom Anspruch auf Stotterfreiheit oder Heilung entschiedenst Abstand zu nehmen, wie die begrenzte Fähigkeit aller Menschen, unerwünschte Verhaltens- und Erlebensmuster, die sich über Jahrzehnte verfestigt haben, vollständig zu eliminieren.

Es stellt eine unbestreitbare Tatsache dar, daß der Ausprägungsgrad des Stotterns und das subjektive Empfinden des Betroffenen nicht in kausaler Wechselbeziehung miteinander stehen. Wer das vielschichtige Problem Stottern auf rein sprechbezogene Aspekte und damit den Menschen in seiner Ganzheit auf das Symptom Stottern reduziert oder wer, wie in den zunehmend in den USA Verbreitung findenden fluency-shaping-Ansätzen das flüssige Sprechen positiv verstärkt, das Stottern hingegen bestraft, wird manchem Stotterer mehr schaden als helfen. Er wird ihn u.a. in seinem verbalen und situativen Vermeiderverhalten als der bisher meist wesentlichsten Bewältigungsstrategie verstärken und Versager- und Schuldgefühle beim Auftreten des Stotterns fördern.

Jeder Stotterer steht, wenn er einen nahezu angstfreien und emanzipatorischen Umgang mit sich und seinem in jeder noch so erfolgreichen Therapie verbleibenden Reststottern erreichen will – und diese Erfahrung habe ich als Stotterer genauso machen müssen wie viele andere auch – vor der unabdingbaren Aufgabe, die Versöhnung beider „Ichs“ – des nichtstotternden wie des stotternden – anzustreben. Die grundlegende Akzeptanz und damit die tiefgreifende Fähigkeit, mit der Erwartung und der Erfahrung des Stotterns emotional und kognitiv angemessen umzugehen, stellt für mich mittlerweile die *conditio sine qua non* einer Therapie dar, die sich an dem Wohlergehen des Betroffenen orientieren will. Für einige mag es vielleicht als die therapeutische Quadratur des Kreises er-

scheinen, wenn ich als eine ganz wesentliche Zielsetzung in der Therapie Stotternder die harmonische Verknüpfung beider Inhalte sehe – die Verfügbarkeit eines flüssigen Sprechens einerseits sowie die wirkliche Akzeptanz des Stotterns andererseits. Und doch zeigen meine therapeutischen Erfahrungen deutlich, daß die Aufhebung dieses scheinbaren Antagonismus möglich ist.

Versteht man jeden Menschen als ein einzigartiges Individuum mit einem ganz eigenen spezifischen biographischen Hintergrund, mit eigener emotional-kognitiver Verarbeitungsstruktur und eigenem Verhaltensmuster, folgt daraus eine idiographische, d.h. einzelfallorientierte und damit für mich klientenzentrierte Sichtweise. Die übergeordnete Zielsetzung einer Therapie kann ich somit nur darin sehen, dem stotternden Klienten möglichst zu seiner inneren Harmonie, d.h. zu seiner persönlichen Stimmigkeit zu verhelfen. Stimmigkeit verstehe ich dabei als Ausdruck von Ausgewogenheit in einem widerspruchsfreien System durch Übereinstimmung der Person in Verhalten, Gefühlen, Gedanken, Werten und Zielen. Stimmigkeit setzt immer ein gutes Maß an Handlungs- und Entscheidungsfreiheit voraus. Freiheit bedeutet dabei das Wissen um die Verfügbarkeit verschiedener Handlungsmöglichkeiten, wie das Wissen um die Verfügbarkeit eines flüssigen Sprechens, die Möglichkeit eines spontanen Sprechens (ohne Schuldgefühle), die Freiheit zum Stottern, der Umgang mit unterschiedlichen Formen des Stotterns, wie Pseudostottern, spannungsärmeres flüssiges Stottern und der Möglichkeit, frei und offen über das Thema Stottern sprechen zu können.

Wer in den meisten Kommunikationssituationen sehr stark stottert und sich nur dafür oder für das Schweigen entscheiden kann, hat im eigentlichen Sinne keine Wahlfreiheit und wird wohl eher mit Hilfe kognitiver Dissonanzphänomene genauso eine Pseudostimmigkeit zu finden versuchen, wie derjenige, der mit dem verinnerlichten Satz „Ich darf nicht stottern“ in der Regel den hohen Preis des Vermeidens und der Angst zahlen muß.

Therapie stellt nach diesem Verständnis den Versuch dar, neue Handlungs- und Erlebnfelder sicherzustellen und damit eine erhöhte

Wahlfreiheit zu ermöglichen, um dann – ausgehend von der idiographischen Betrachtungsweise, den Betreffenden auf der Suche nach seinem inneren Ort zu unterstützen, wo er sich wohlfühlt, d.h. zu einem subjektiv harmonischen Verhältnis von bewußterem Sprechen, spontanem Sprechen frei von Schuldgefühlen sowie selbstbewußtem stotternden Sprechen zu verhelfen, um darin seinen eigenen Weg zu finden.

Nur diese zugegebene hohe Zielsetzung in der Therapie stotternder Jugendlicher und Erwachsener kann nach meinem Dafürhalten dem Ziel der Resozialisierung gerecht werden. Wer seine therapeutische Konzeption auf die Erreichung einer isolierten Zielsetzung beschränkt oder auf die Erreichung von Minimalzielen ausrichtet oder aber durch einen falsch verstandenen Begriff von Ganzheitlichkeit eine Verwässerung von Inhalten zuläßt, wird diesem Anspruch nur selten genügen. (Originaltext von Holger *Prüß*)

2.3 Darstellung von Stefan *Siewing* (Köln)

Erfolg ist...

.... wenn der Stotterer geheilt ist!

Dieser Heilungsmythos wird immer noch verbreitet, nicht nur von Wunderheilern. Dabei ist er schon lange nicht mehr haltbar: Stottern ist nicht heilbar!

Zumindest, wenn folgende Definition des Stotterns und der Heilung zugrunde gelegt wird:

Stottern ist laut *Van Riper* sinngemäß eine „reflexartige“ Krampfbereitschaft der Sprechmuskulatur.

Als Erklärung für die Entstehung sieht *Van Riper* eine neuromuskuläre Koordinations- und eine Feedbackstörung.

Alle anderen Symptome, also einschließlich Atmung, Begleitsymptome, Vermeideverhalten und Sprechängste, sind sekundär und im strengen Sinne kein Stottern, sondern nur die Folgen des Stotterns. Quantität und Qualität sind individuell sehr unterschiedlich, da situations- bzw. streßabhängig.

Wohlgemerkt, entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten, fälschlicherweise oft als Entwicklungsstottern bezeichnet, und begin-

nendes Stottern sind nicht gemeint und kindliches Stottern sei ausgeklammert. Heilung ist laut diverser Lexika eine „völlige Wiederherstellung des Gesundheitszustandes“.

„Völlig“ würde bedeuten, daß dauerhaft fließendes Sprechen ohne jeglichen Rückfall in allen Gesprächssituationen erreicht wird. Welcher Therapeut will dies dem Betroffenen ernsthaft zusichern? Heilung als Ziel der Stottertherapie weckt unrealistische Erfolgsansprüche auf beiden Seiten. Therapeuten sollten sich endlich vom Mythos Heilung verabschieden.

Erfolg ist ...

... wenn der Schweregrad des Stotterns abgenommen hat!

Der Schweregrad als Kriterium für eine erfolgreiche Stottertherapie ist unbrauchbar.

So wird meist als Maßstab für die Schwere des Stotterns die Symptommhäufigkeit und eventuell die Symptombdauer herangezogen.

Es treten dabei nicht nur zahlreiche Meßprobleme auf, sondern es wird auch ausschließlich das Sprechverhalten beurteilt.

Erfolg ist ...

... wenn der Stotterer mit dem Ergebnis der Therapie zufrieden ist! Gut!

Wann kann aber der Stotterer mit der Therapie zufrieden sein? Diese Frage kann natürlich nur der Betroffene selbst beantworten. Wann kann aus meiner Sicht als Therapeut von einer erfolgreichen Therapie gesprochen werden, zumal die Rückfallquote nach wie vor hoch ist?

Wer diese Frage beantworten will, muß sich mit den Kriterien, die die Erfolgsaussichten erhöhen, befassen.

Folgend sind stichwortartig und unsystematisch Erfolgskriterien zusammengestellt:

Betroffene:

- Bereitschaft zur Kooperation,
- Selbstverständnis: vom Behandelten zum Handelnden,
- Einstellung zu Beginn der Therapie: zum Stottern, zur Therapie, zum Therapeuten, zum Erfolg.

Therapeuten:

— qualifizierte Ausbildung in Theorie und Praxis:

a) Wissen und Kompetenz aus dem sprachtherapeutischen, psychologischen und sozial-kommunikativen Bereich;

b) ausreichende Hospitationen und Behandlungen unter Supervision;

- Kenntnisstand über mehrere Verfahren,
- regelmäßige Fort- und Weiterbildung,
- Überzeugung von der Therapie,
- realistische Erfolgserwartung,
- Persönlichkeit,
- Einstellung zum Patienten.

Patient-/Therapeutenbeziehung:

- Sympathie,
- Einbeziehung des Patienten,
- Infoaustausch,
- Transparenz,
- Eigenverantwortlichkeit.

Methoden, Interventionen:

- individuell (Wünsche des Patienten, Schwerpunkt, Strebfaktoren),
- mehrdimensional: drei Bereiche: physiologisch, emotional/psychisch, sozial/kommunikativ,
- in-vivo-Training,
- Transfer,
- Generalisierung,
- Struktur.

Ziele:

- gemeinsame Erarbeitung der Ziele zu Beginn der Therapie und regelmäßige Überprüfung, eventuell Veränderung der Ziele während der Therapie;
- dauerhaft,
- realistisch.

1. Verbesserung des Sprechverhaltens

Beispiele:

Sekundärsymptome:

- Abbau des Flickwortes „äh“,
- Abbau der Starthilfe „also ja, was ich sagen wollte ist, ...“

Primärsymptome:

- propriozeptive Kontrolle über den Sprechablauf,

- Befreiung aus einer Stimmlippenblockade (pull out).
2. Erweiterung der sozialen Kompetenz
Beispiele:
- Akzeptanz, d.h.:
die Tatsache, daß Stottern auftritt, soll akzeptiert werden, nicht aber die Art und Weise;
 - realistische Einstellung zum Stottern,
 - offener Umgang mit Stottern,
 - Resozialisierung.

Sie sind nicht standardisiert und schon gar nicht allgemeingültig anerkannt.

Aber so läßt sich die Frage „Was ist Erfolg in der Stottertherapie?“ aus meiner therapeutischen Sicht zusammenfassend wie folgt beantworten:

Erfolg ist ...

... wenn die Erfolgskriterien so weit wie möglich erfüllt sind, insbesondere die gemeinsam erarbeiteten Ziele aus den Bereichen Verbesserung des Sprechverhaltens und Erweiterung der sozialen Kompetenz dauerhaft erreicht sind. (Originaltext von Stefan *Siewing*)

2.4 Darstellung von Axel *Weber* (Konstanz)

Ich habe über 20 Jahre lang extrem gestottert. Ich war verstummt. Mir verblieben nur noch ein paar Phrasen. Ich konnte weder meine Gedanken noch meine Gefühle zum Ausdruck bringen, nicht mal mehr meinen Namen sagen. Diese brutale Wirklichkeit habe ich vor Augen, wenn ich von Stottern rede.

Grundsätzlich möchte ich sagen, daß wir noch immer nicht wissen, wovon wir mit dem Wort „Stottern“ reden. Wir tun aber so, als redeten wir von der gleichen Sache. Die Fahrlässigkeit, wie mit diesem Wort oft jongliert wird, erschreckt mich. Wir fragen nicht, was sich im Augenblick des Stotterns in einem Menschen ereignet oder wie er sich nach innen und außen organisiert. Statt dessen fragen wir voreilig nach „Erfolg“ in der Stottertherapie. Erfolg von was? Erfolg von wo wohin? Auch Fragen nach Ziel und Akzeptanz stehen auf wackeligen Beinen. Es sind meist soziologische Fragen, die von der Außenwelt ausge-

hen, während das Stottern primär ein Ereignis der Innenwelt ist.

Trotzdem ist es angesichts einer katastrophalen Therapiesituation sinnvoll, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen. Wenn wir schon keine verlässlichen Fundamente haben, soll es hier zumindest um so etwas wie „Orientierung“ gehen.

Ich rede von Schicksalen. Von Menschen, die in ihrem Stottern gefangen sind. Hier wirkt das im Stottern entstehende Chaos nach innen und außen zerstörend. Es ist eine immerwährende Alarmbereitschaft, in der diese ruhelosen Menschen leben. Dem Leugnen oder Verharmlosen dieser Situation werde ich entgegengetreten.

Auch in der StottererSelbsthilfeszene fehlen die wirklich schweren Stotterer. Jene Menschen, die in ihrem chaotischen Innenleben gefangen sind. Ich habe in der StottererSelbsthilfeszene Menschen angetroffen, die meist sehr flüssig sprachen. Vielleicht auch als Ergebnis der dort angebotenen Seminare. Ich hingegen war gefangen in meinem Stottern, obwohl ich zwanzig Jahre durch Stottertherapien gelaufen bin. Dies war für mich ein existentieller Unterschied. Meine Frage heißt: Wo bleiben die anderen Stotterer? Die Stummen und Verstummten. Wo sind die vielen, die sich verstecken und die niemand sieht und hört?

Für mich und für diese Menschen geht es um das existentielle Bedürfnis, genau das zu erleben und zu sagen, was ich denke und fühle. Es geht um Zärtlichkeit und Freiheit im Sprechen. Der Stotterer – den ich vor Augen habe – verliert die Verlässlichkeit in seine eigenen Möglichkeiten in seinem gesamten Erleben und Handeln. Er ist dem „Zufall“ ausgeliefert und ist permanent in Unruhe und Angst. Auch wenn er nicht spricht.

Was „Erfolg“ in der Stottertherapie ist, muß immer von zwei Seiten formuliert werden. Zum einen formuliert der Therapeut oder ein Therapiekonzept je nach seinem Verständnis und Leistungsvermögen einen Maßstab von erreichbarem „Erfolg“. Zum anderen ist „Erfolg“ aber auch etwas, das subjektiv erlebt und vom Betroffenen auch selbst formuliert werden muß. Entsprechendes gilt für das

Setzen und Erreichen von „realistischen Zielen“. Auch hier muß der Therapeut zu klaren Aussagen kommen. Er muß sich selbst in die Pflicht nehmen. Der Betroffene selbst entscheidet, wie weit er dem Weg des Therapeuten folgen und die vorformulierten „Ziele“ anstreben will. In einer pädagogischen Therapie ist dies ein Prozeß, in dem der Therapeut den Lernenden manchmal auch „durchtragen“ muß. Er verlangt von beiden Geduld ab. Es ist so, daß sich viele Stotterer das Ziel zu „sprechen“ gar nicht recht vorstellen können. „Sprechen“ hat sich in ihrer Vorstellung nie ausgebildet. Es ist hier ein „Einlassen“, ein „Vertrauen“ auf die Möglichkeiten des Therapeuten unverzichtbar. In einer pädagogischen Therapie, im Unterschied zu einer psychologischen, geht es um das Wagnis des Neu-Sprechenlernens mit all seinen Gefährdungen und Freuden.

Die Frage der „Akzeptanz“ ist für mich eine völlig untergeordnete. Auch hier unterscheide ich zwischen dem, was der Betroffene für sich annehmen kann oder ablehnt und was von der Umwelt angenommen oder abgelehnt wird. Entscheidend ist das Erleben des Betroffenen. Über die Grenzen der „Akzeptanz“ ist jede Spekulation möglich. „Stotternde“ können hier mit dem Schlagwort „Emanzipation“ jonglieren. Wenn sie damit gut zurecht kommen, hat das auch seine Berechtigung. Bei solchen Menschen mögen zwar noch Unflüssigkeiten oder Umformulierungen vorhanden sein, der „innere Dialog“ ist aber noch nicht kaputt. Diese Möglichkeiten haben aber „Stotterer“, die verstummen, nicht. Meiner Meinung nach bleibt diesen Menschen nur die Befreiung über das Neu-Sprechenlernen nach innen und außen. Hier greift die psychologische Therapie zu kurz, wenngleich eine pädagogische Therapie natürlich auch eine psychologische Umorganisation miteinschließen muß. Die Psychologie liegt hier im Klang-erleben selbst.

Entscheidend in einer pädagogischen Therapie ist, daß sich der Stotterer innerhalb eines Rehabilitationsprozesses über mögliche Grenzen der „Akzeptanz“ hinwegsetzen muß, um sich neu zu ordnen. Zu diesem zeitlich begrenzten Verzicht auf „Normalität“ sehe ich keine Alternative und weiß, wieviel Mut und Willen das erfordert. Eine pädagogische The-

rapie kann sonst aus ganz banalen Gründen scheitern. Es geht also um eine Therapie, die nicht nur Disziplin und Konzentration abverlangt. Sie befreit auch vom Chaos, ermöglicht „Ruhe“ und das Erleben von Zuverlässigkeit im Sprechen. Und sie muß das Regenerieren des „inneren Dialoges“ (über den wir noch nachdenken müssen) leisten. Dann haben wir die Möglichkeit einer wirklich umfassenden Umorganisation im Sprechenlernen selbst.

Für mich persönlich heißt „Erfolg“ in der Stottertherapie: das Ermöglichen einer Entwicklung hin zum Sprechen. Dabei meine ich nicht „Symptombefreiung“, sondern Befreiung zum und durch Sprechen. Mein persönliches „Ziel“ heißt einfach Sprechen. Dieser Weg ist lang und schwer. Ich nenne ihn Freiheit. (Originaltext von Axel Weber)

3. Zusammenfassung, Ergänzungen und Einordnung in einen theoretischen Bezugsrahmen

3.1 Auffassungen zum Stottern und seinen möglichen Bedingungs Hintergründen

Vorab: Wir sprechen hier nicht von einem abstrakten Phänomen, sondern von Menschen, die unter ihrem Stottern mehr oder weniger leiden. Es gilt, den Menschen hinter dem Stottern zu sehen.

Nach dieser einleitenden Bemerkung ist es nahezu lapidar, wenn ich daran erinnere, daß das Erscheinungsbild des Stotterns außerordentlich vielfältig ist und eine breite Varianz an Störungsphänomenen unter dieser Sammelbezeichnung zusammengefaßt wird. Man sollte sich darüber verständigen, wovon man spricht.

An dieser Stelle wurden die neurophysiologischen und neuropsychologischen Komponenten betont. Stottern wird als neuromuskuläre Koordinations- und Feedbackstörung angesehen, wobei durch eine ungünstige Aufmerksamkeit der Umgebung erhebliche psychosoziale Auswirkungen hinzukommen können und sich beide Bereiche regelkreisartig verstärken. Diese Auffassung steht im Einklang mit neueren, insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum kommenden Literaturbelegen (z.B. Nudelman et al. 1989,

Perkins et al. 1991, Peters et al. 1990). Fragen der auditiven Interferenz, sprechmotorischen Koordination und zur „timing disorder“ der Sprechmuskulatur werden als wesentlich im Bedingungsgefüge des Stotterns erkannt und dementsprechend herausgestellt (vgl. Stäcker et al. 1982, Fiedler 1992).

Ich schätze die Bedeutung dieser Forschungen für das Verständnis des Stotterns als außerordentlich hoch ein. Und dennoch sind sie natürlich auch Ausdruck der epochalen Einbettung jeglicher Meinungsbildung. So konstatiert auch Quesal (1989), daß die aktuelle Stotterforschung dazu tendiert, sich auf die physiologischen Aspekte der Störung zu konzentrieren. Nachdem sich das Interesse bei der Erforschung des Stotterns in den 70er Jahren schwerpunktmäßig auf psychologische Aspekte bezog, kann es sich durchaus um ein „Rückschwingen des Pendels“ handeln.

Welchen Stellenwert haben psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit dem Stottern? Als alleinige Annahme zur Erklärung des Phänomens reichen sie m.E. nicht aus. Sie können im Gegenteil stigmatisierend und neurotisierend für den einzelnen und Stotterer als fiktive Gruppe werden. In ihrer subjektiven Bedeutsamkeit für die Betroffenen selbst können sie dagegen außerordentlich wichtig sein, in ihrem Leidensdruck quälender als das Stottern selbst.

Ich nenne die Sprechangst, wie sie jeder von uns einmal hat, generell oder beim Formulieren im Gespräch. Bei vielen Stotterern scheint sie überproportional erhöht zu sein im Sinne einer habituellen Sprechangstbereitschaft (vgl. Stäcker et al. 1982, Kriebel 1992). Eine sich verselbständigende Sprechangst vermag zu einem linguistischen Streß zu werden, der nicht nur zu einer Blockade des Sprechens, sondern auch zu einem „Chaos der Gedanken“ (Weber) führen kann. Was passiert mit dem einzelnen, was passiert im einzelnen, wenn dieser Ablauf in Unordnung gerät? Das Stottern – oder ist es die Angst vor dem Stottern? – kann an den Rand der existentiellen Bedrohung führen.

In engem Zusammenhang damit stehen psychosoziale Komponenten. Stottern tritt fast ausschließlich in der Interaktion auf, selten im

Monolog. Ich erinnere an einen Ausspruch eines bedeutenden, selbst stotternden Therapeuten: „... it takes two to stutter“ (Sheehan 1970, S. 2). Wir dürfen dies nicht im Sinne einer Verursachung des Stotterns mißverstehen. Es markiert eher Positionen innerhalb eines komplexen somatopsychischen Geschehens.

Generell geraten einseitige Erklärungsmodelle in die Gefahr, zu einem Alibi zu werden – für Stotterer und Therapeuten. Es geht eher darum, den Stellenwert der beeinflussenden Komponenten in einem Gesamtkontext zu präzisieren. Ich persönlich meine, daß ein Dualismus von psychologischen und somatischen Modellvorstellungen des Stotterns nicht besteht bzw. nur scheinbar ist. Wir alle können an uns selbst erleben, wie primär neurophysiologisch gesteuerte Vorgänge unter Streß, Angst und Beachtung schlechter koordiniert ablaufen. Wenn unsere Stimme bei hoher affektiver Beteiligung zittert, sei es aus Ärger wie aus Freude, so ist dies Ausdruck der Einheit somatischer und psychischer Prozesse.

Die genaue Ursache des Stotterns ist unbekannt, aber das Wissen um die beeinflussenden Faktoren wächst. Nach gegenwärtigem Erkenntnisstand erscheint es mir einleuchtend, daß neuropsychologische Unterschiede, wie das – kindliche – Gehirn Sprache verarbeitet, zu einer Diskoordination der Kehlkopf- und Sprechmuskulatur führt, wobei psychische Faktoren des individuellen Störungserlebens und soziale Komponenten stigmatisierender Zuschreibung und Abwertung diesen Vorgang entscheidend beeinflussen und verstärken können. Beides bildet eine Einheit. Dabei wurden die psychologischen Anteile bei der Entstehung des Stotterns lange Zeit erheblich überschätzt, die psychischen Auswirkungen auf den einzelnen jedoch eher unterschätzt.

Was bedeutet dies für die Zielsetzung, das Vorgehen und die Auffassungen über den Erfolg in der Stottertherapie?

3.2 Ziele und Erfolge in der Stottertherapie

Aus den bisherigen Überlegungen wird deutlich, daß die Suche nach bestimmten „Typen“ des Stotterns, die spezifische Arten des therapeutischen Vorgehens nach sich ziehen,

lediglich ein Grobraster darstellen kann, das mehr nivelliert als hilft. Statt dessen sollte je nach Einzelfall eine sorgfältige, feinfühligte Abstimmung der Auffassungen über die Zielsetzung und mögliche Erfolgskriterien zwischen dem Stotterer und Therapeuten erfolgen. Dies vollzieht sich vor dem Hintergrund des beiderseitigen Menschenbildes, der jeweiligen Erwartungshaltung und impliziten Vorannahme zum Phänomen Stottern.

Aus der Vielfältigkeit des Erscheinungsbildes wird erklärbar, daß es nicht ein eindeutiges Ziel der Stottertherapie geben kann. Ziele sind relativ und hängen sehr von subjektiven Vorannahmen des einzelnen ab. Hier im Plenum wurden u.a. der „Wunsch nach sprechbezogener Flüssigkeit“ (*Prüß*), aber auch der „Aufbau eines positiven Selbstverständnisses“ (*Ganter*) genannt. Diese Aussagen widersprechen sich sicher nicht. Wahrscheinlich werden auch beide Plenumsteilnehmer der Meinung des jeweils anderen zustimmen. Und doch akzentuieren sie unterschiedliche Aspekte und sind möglicherweise auch Ausdruck verschiedenartiger Weltbilder. Darüber hinaus zeigt sich, daß Zielsetzungen unterschiedlich „weit“ formuliert werden können. Sie reichen von operationalisierten, teilweise auch überprüfbareren Teilschritten bis zu allgemeinen Leitlinien.

Dies gilt ebenso für den „Erfolg“ in der Stottertherapie. Auch hier gibt es kein objektives Kriterium, sondern vor allem subjektive Maßstäbe. Erfolg scheint für jeden etwas anderes zu sein und hängt von persönlichen Werturteilen ab. Die Schwierigkeiten katamnesticcher Untersuchungen, ihre methodischen Schwächen und mangelnde Vergleichbarkeit sind hier ein deutliches Indiz.

Trotz der damit verbundenen Uneinheitlichkeit der Bewertung scheint sich als übergreifender Konsens herauszukristallisieren, daß ein „Erfolg“ in der Stottertherapie nicht nur auf die Bewältigung von Symptomen gerichtet sein sollte, sondern auch – und dies vor allem – auf eine Veränderung der Person. Es geht um eine Umorganisation der gesamten Person als Einheit. Dieser Gedankengang ist nicht neu. Bereits vor über 60 Jahren hat *Rothe* (1929) von „Umerziehung“ gesprochen. Eine Kombination der „Verbesserung

des Sprechverhaltens und Erweiterung der sozialen Kompetenz“ (*Siewing*), möglicherweise als Grundlage einer „inneren Harmonie“ (*Prüß*) und „Freiheit im Sprechen“ (*Weber*) wäre dabei allumfassend, aber auch sehr allgemein gehalten. Wird damit die Flüssigkeit des Sprechens nicht unterbewertet?

Ich möchte dazu in einem kurzen Exkurs auf den umstrittenen, emotional besetzten und mißverständlichen Begriff der Heilung eingehen. Auch hier soll eine terminologische Abklärung am Anfang stehen. Gibt es eine Heilung des Stotterns im Sinne einer dauernden Abwesenheit von Symptomen „bis an das Lebensende“? Diesen Anspruch hat kein Mediziner bei der Behandlung einer Krankheit, kein Psychologe bei der Hilfe einer Bewältigung psychosozialer Schwierigkeiten. Wer das einem Stotterer bei Therapiebeginn verspricht, ist in meinen Augen ein Scharlatan, der entweder fahrlässig oder aus Unkenntnis handelt. Im übrigen bekennen auch die wenigen Therapeuten, die von einer „Heilung“ im engeren Sinne sprechen, autobiographisch, „daß ich in meinem ganzen Leben von einer Steuerung meines Sprechens nie völlig freigekommen bin“ (*Richter* 1988, S. 78). Aus neuropsychologischer Sicht ist dies aufgrund der nachlassenden Plastizität und Kompensationsfähigkeit des menschlichen Gehirns auch immer weniger zu erwarten. Eine gewisse Kontrolle und Bewußtheit des Sprechens wird auch bei – scheinbarer? – Flüssigkeit immer notwendig sein.

Wie sieht es aus, wenn der Begriff der Heilung im Sinne der ursprünglichen etymologischen Bedeutung von „heil“ (entsprechend „ganz“) verwendet wird? Der Anspruch, daß bestimmte Symptome „nie wieder“ auftreten, würde dann nicht erhoben. Die sehr unpräzise und allgemein formulierte Zielsetzung bestände darin, „ganz“ zu sein, d.h. im Einklang mit sich und seiner Lebenssituation. Dies ist sicher nur approximativ zu erreichen. Es ist nichts, was man einmal – und für immer – erreicht „hat“, sondern etwas, was man immer wieder anstrebt, um kurzzeitig im Einklang mit sich selbst zu „sein“ (analog: *Erich Fromm* 1976). Ich persönlich möchte hier nicht von Heilung sprechen, da die Verwendung des Begriffs in diesem Sinne in der Öffentlichkeit nicht weit verbreitet ist. Die bereits genannte

„innere Harmonie“ (*Prüß*), verstanden als lebenslanger Prozeß der Auseinandersetzung mit sich und seiner Umwelt, könnte jedoch Merkmal einer derartig verstandenen „Heilung“ sein.

Es wird deutlich, daß die unterschiedliche Interpretation von Begriffen Ausdruck verschiedenartiger Menschenbilder ist. Je nach zugrundegelegtem Therapiebegriff geht es einmal um die Beseitigung von einzelnen Defiziten, während auf der anderen Seite eines idealtypischen Spektrums an Auffassungen der Therapeut als Begleiter steht, als Helfer bei einer individuellen Sinnfindung, Lebens- und Krisenbewältigung. Damit rücken ganz andere Fragen in den Vordergrund. Ist das Therapieziel „subjektive Zufriedenheit mit sich und seiner Sprechweise“ dabei nicht zu unspezifisch und geradezu verschleiern? Was bedeutet in diesem Zusammenhang der Begriff „Akzeptanz“?

3.3 Zur Frage der Akzeptanz

Ausgangspunkt ist die Überlegung, wie der einzelne mit einer offensichtlich nie ganz behebbaren Störung umgeht. Damit sind Fragen der Lebensbedeutsamkeit und Krisenbewältigung angesprochen. Mit dem Reizwort „Akzeptanz“ ist nur ein Einstieg in diese weitreichende Problematik gewährt.

Am Anfang steht wiederum eine Begriffsklärung. Was versteht man unter Akzeptanz? Generell kann damit eine Akzeptanz des Stotterns durch die Umwelt gemeint sein oder eine Akzeptanz der auftretenden Sprechunflüssigkeiten durch den Stotternden selbst. Nur von dem zweiten Aspekt soll hier die Rede sein. Doch auch hier ist der Begriff mehrdeutig. Allgemein gesprochen könnte man ihn im Sinne eines „Frieden mit sich schließen“ (analog: *Janssen-Beutner* 1992, S. 216) verstehen. Je nach Persönlichkeit des einzelnen und seiner sozialen Unterstützung durch die Umwelt kann dies in mehr aktiver oder passiver Form erfolgen.

Ein passives „Sich-Abfinden“ stände dabei in der Gefahr der Resignation und Selbstaufgabe, die mit dem Begriff der Akzeptanz nur geschönt und umschrieben würde. Eine aktive Annahme, die Akzeptanz als Herausforderung begreift, wird dagegen zu einer perma-

nenten Aufgabe. Bei den Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Bewältigung von Lebenskrisen gewonnen wurden, wird die Bedeutung dieser aktiven Auseinandersetzung betont (*Schröder* 1988, *Lazarus/Folkman* 1984, *Greer et al.* 1979). Forschungen zur sogenannten Psycho – Neuro – Immunologie (*Grünn* 1990) bei chronisch Kranken zeigen, wie eine Aktivierung des Kampfeswillens der Patienten zu einem positiven Verlauf der Krankheit an sich führt, während eine vermeintlich „reife“ Annahme des scheinbar Unausweichlichen z.B. bei Krebspatienten den Krankheitsverlauf im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ negativ beeinflusst. Man darf sich nicht von der Krankheit (hier: Störung) beherrschen lassen. Das klingt einsichtig. Und dennoch: Wie kann ich etwas akzeptieren, was mich existentiell bedroht – und nicht nur das Sprechen behindert? Von daher ist dies ein ständiger Anspruch, der in Krisenzeiten als quälender Appell erlebt werden muß.

Es verwundert in diesem Zusammenhang nicht, daß auch beim Stottern die Prognose günstiger wird, wenn die Störung an sich nicht Teil des Selbstkonzepts ist (vgl. *Sheehan/Martin* 1966). Wichtig ist der Wille zur Veränderung, der Anspruch, an sich zu arbeiten – nicht nur sprachlich. Das Stottern kann dadurch zum Anlaß für eine generelle Lebensbewältigung werden.

Die hier genannten Aussagen verweisen auf weitere Fragen. Insbesondere geht es dabei um die Bedeutung des Störungserlebens und den Zusammenhang von Akzeptanz und Identität.

Vor nahezu 2000 Jahren sagte der Philosoph *Epiktet*:

„Die Menschen werden nicht durch die Dinge beunruhigt, sondern durch die Ansichten, die sie darüber haben.“

Zuweilen ist nicht das Sprechen selbst, sondern die Angst vor dem Sprechen für den Stotterer das Hauptproblem. Die subjektive Bewertung wird dabei zur erlebten Realität – sei es im Sprechvorgang selbst, in der Selbstwahrnehmung psychischer Eigenschaften sowie der sozialen Einbettung. Sie kann von der Blockade des Sprechvorgangs über das bereits genannte „Chaos der Gedanken“ (*We-*

ber) bis zur existentiellen Gefährdung führen. Sie mündet ein in die Frage nach der Identität: Wer bin ich? Was will ich? Fragen, die sich nicht nur Stotternde stellen.

Wir alle leben in ständigen Widersprüchen und Paradoxien. Wir streben etwas an, was wir nie ganz erreichen können – und dennoch machen wir weiter. Wir sollten uns dabei nicht verleugnen – doch wer sind wir? Holger *Prüß* hat in seinen Ausführungen auf den – scheinbaren? – Antagonismus „Verfügbarkeit eines flüssigen Sprechens einerseits sowie die wirkliche Akzeptanz des Stotterns andererseits“ und damit auf eine zentrale Aufgabe hingewiesen. Das entspricht der bei der Bewältigung von Lebenskrisen häufig gewählten Strategie, zwischen verschiedenen Bewältigungsformen hin und her zu pendeln, wobei gleichzeitig Abwehr und Anpassung zum Ausdruck kommt (*Weisman* 1979). Ich kenne kein Patentrezept für die Auflösung dieses Widerspruchs, der nur in einer kurzzeitigen Homöostase aufgehoben werden kann und ansonsten eine permanente Herausforderung darstellt. Letztlich gehört er zum menschlichen Leben wie die Frage nach dem Sinn, der für jeden anders ist. Jeder muß seinen Weg gehen, wobei ein Therapeut bestenfalls Begleiter sein kann.

4. Epilog

Aus der Plenumsdiskussion sowie den bisherigen Erörterungen ergibt sich ein facettenreiches Bild, das sich aus vielen subjektiven Meinungen bildet, aber keine eindeutigen Ableitungen ermöglicht. Was kann *ich* für *mich* mitnehmen?

Bezogen auf die Ausgangsüberlegung, was man erwachsenen Stotterern am Anfang einer Therapie sagen sollte, meine ich, daß Stottern mit Eintritt in das Erwachsenenalter immer weniger „heilbar“ im Sinne einer vollständigen Beseitigung der Symptomatik ist, diese aber stets veränderbar bleibt bis zur sozialen Unauffälligkeit. Das ist m.E. kein Anlaß zur Resignation, sondern zur *Hoffnung*.

Zum einen ist damit der Wille zur Selbstveränderung und Selbsthilfe angesprochen, um eine „Entmachtung des Stotterns“ (*Hennen* 1989) zu erreichen. Die Irrationalität des Stottergeschehens, bei der die Gedanken in Un-

ordnung geraten können, läßt sich dabei nur selten vollständig beheben, doch vermag sie in der Interaktion des Verstehens an Bedeutung zu verlieren.

Daraus ergibt sich zum anderen die Frage des subjektiven Störungserlebens. Die Wunden bleiben, aber die Bewertung vermag sich zu ändern. Das Stottern wird trotz aller Bewußtheit nicht mehr als beherrschender Teil im Leben angesehen. Vielleicht leitet sich gerade aus dem permanenten Spannungsverhältnis von aktivem Einwirken und abnehmender Beachtung ein Umgehen mit – nicht eine Auflösung! – der o.g. Aporie ab, gleichzeitig ein flüssiges Sprechen anzustreben und dennoch seine (Dis-)Position als Stotterer nicht zu verleugnen. Mit diesem ständigen Anspruch an sich selbst ist der Umgang mit offenen Fragen unseres Lebens generell angesprochen – nicht nur mit dem Problem Stottern.

Literatur

- Blokhuis-Potasse, J.*: Een stofje op de naald. Ik stotter, mar je hoort het bijna niet. *Logopedie en Foniatrie* 62 (1990), S. 265-268.
- Boberg, E., Kully, D.*: Comprehensive stuttering program. San Diego 1985.
- Boehmler, R.M., Boehmler, S.I.*: The cause of stuttering – what's the question? *Journal of Fluency Disorders* 14 (1990), S. 447-450.
- Fiedler, P.*: Neuropsychologische Grundlagen des Stotterns. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie. Band 5. Berlin 1992, S. 43-60.
- Fromm, E.*: Haben oder Sein? Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Stuttgart 1976.
- Graichen, J.*: Organismische Fehlregulation als direkte Ursache von Redeflußstörungen (Stottern) in neuro-psychologischer Differentialdiagnostik. *Sprache-Stimme-Gehör* 9 (1985), S. 34-40.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W.*: Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet* 13 (1979), S. 785-787.
- Grohnfeldt, M.*: Redeflußstörungen – mehr Fragen als Antworten? Zur Vielfalt des Erscheinungsbildes, vermuteten Bedingungsgefüges und therapeutischen Ansatzes. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie. Band 5. Berlin 1992, S. 3-18.
- Grünn, H.*: Die innere Heilkraft. Düsseldorf, Wien, New York 1990.

- Hennen, E.* (Hrsg.): Entmachtung des Stotterns. Solingen 1989.
- Janssen-Beutner, Heike*: Stottern aus der Sicht der Betroffenen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie. Band 5. Berlin 1992, S. 206-217.
- Kriebel, Reinholde*: Sprechangst. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie. Band 5. Berlin 1992, S. 449-467.
- Kuhr, A.*: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns. Ein multimodaler Ansatz. Berlin, Heidelberg, New York 1991.
- Lazarus, R.S., Folkman, S.*: Stress, appraisal and coping. New York 1984.
- Nudelman, H.B., Herbrich, B.D., Hoyt, B.D., Rosenfield, D.B.*: A neuroscience model of stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 14 (1989), S. 399-427.
- Perkins, W.H., Kent, R.D., Curlee, R.F.*: A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 34 (1991), S. 734-752.
- Peters, H.F.M., Woodruff Starkweather, C.*: The interaction between speech motor coordination and language process in the development of stuttering: hypotheses a suggestions for research. *Journal of Fluency Disorders* 15 (1990), S. 115-126.
- Quesal, R.W.*: Stuttering research: Have we forgotten the stutterm? *Journal of Fluency Disorders* 14 (1989), S. 153-164.
- Richter, E.*: Subjektive Analyse meiner Stottersymptomatik. *Die Sprachheilarbeit* 33 (1988), S. 11-19.
- Rothe, K.C.*: Die Umerziehung. Halle 1929.
- Schröder, Annette*: Bewältigung lebensbedrohlicher Erkrankungen. In: *Brüderl, Leokardia* (Hrsg.): Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung. Weinheim und München 1988, S. 108-124.
- Schwartz, M.*: Stottern ist heilbar. Düsseldorf 1977.
- Sheehan, J.G.*: Role conflict theory. In: *Sheehan, J.G.* (Ed.): Stuttering: Research and Theory. New York 1970, S. 2-34.
- Sheehan, J.G., Martyn, M. M.*: Spontaneous recovery from stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 9 (1966), S. 121-135.
- Stäcker, K.H., Bergmann, G., Kriebel, Reinholde*: Sprechflußstörungen. In: *Kanter, G.O., Masendorf, F.* (Hrsg.): Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung. Berlin 1982, S. 1-50.
- Watzlawick, P.*: Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern, Stuttgart, Wien 1977.
- Weber A.*: Befreiung vom Stottern. Philosophische Betrachtungen aus der Innensicht eines Betroffenen. Berlin 1991.
- Weber, Hannelore, Laux, L.*: Bewältigung und Wohlbefinden. In: *Abele, Andrea, Becker, P.* (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik. Weinheim und München 1991, S. 139-154.
- Weisman, A.D.*: Coping with cancer. New York 1979.
- Wendlandt, W.*: Mitteilungen eines Verstorbenen – oder: Was wir von Demosthenes lernen können. In: *Frühwirth, Inge, Meixner, Friederike* (Hrsg.): Theorie und Praxis in der sprachheilpädagogischen Arbeit. Wien 1992, S. 74-77.

Anschrift des Verfassers und Kontaktadresse:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
 Universität zu Köln
 Heilpädagogische Fakultät
 Klosterstr. 79 b
 5000 Köln 41



Bernd Hansen, Kiel

Claudia Iven, Köln

Stottern bei Kindern im (Vor-) Schulalter

Dynamische Prozesse und individualisierte Sichtweisen in Diagnostik und Therapie

Zusammenfassung

In der jüngeren Literatur zur Stotterproblematik finden sich zunehmend mehrdimensionale Modellvorstellungen zu den denkbaren Entstehungsbedingungen des Stotterns (z.B. *Motsch* 1983, 1992 oder in umfassender Zusammenstellung *Schulze/Johannsen* 1986 a und 1986 b), aus denen sich jedoch nur selten praxisnahe, d.h. konkret nachvollziehbare diagnostische und therapeutische Schritte ableiten lassen. Auf der anderen Seite werden immer wieder Therapiekonzeptionen in die Öffentlichkeit getragen, bei denen zweifelhaft erscheint, ob deren Vertreter überhaupt um die Komplexität und individuelle Ausprägung des Phänomens Stottern wissen oder wissen wollen. In diesem Zusammenhang sei exemplarisch auf rein atemtechnische Übungsformen verwiesen (z.B. im Del-Ferro-Institut in Amsterdam) oder auf eher unspezifische Anwendungen anderer Therapieformen in der Stottertherapie, wie dies aktuell mit dem Ansatz der Neuro-Linguistischen Programmierung (NLP) geschieht. Darüber hinaus sind Stottertherapiekonzepte, die explizit für (Vor-)Schulkinder entwickelt wurden, relativ selten und erweisen sich oft als eindimensional ausgerichtete Übungsprogramme, die wenig Raum für individuelle Gestaltungen lassen, z.B. das Monterey-Sprechtrainingsprogramm von *Ryan* (1982) oder Fluency Training von *Shine* (1984). Aus diesen Gründen erscheint es sinnvoll, den Versuch zu machen, aus theoretischen Vorannahmen ein Modell zu entwerfen, aus welchem für die Praxis verschiedene sinnvolle Diagnose- und Therapieschritte entwickelt und individuell kombiniert werden können.

1. Annahmen zur Entstehung des Stotterns

Als prägnante Zusammenfassung der Annahmen über die vielschichtigen Entstehungs- und Wirkungsbedingungen des Stotterns sei ein Zitat von *Baumgartner* (1991, S. 22) aus seinem Vortrag auf der dgs-Tagung in Marburg 1990 angeführt: „Stottern entsteht im Munde des Kindes wie in den Ohren der Umwelt.“ Diese mögliche Entstehung und Entwicklung des Stotterns soll im folgenden beschrieben werden.

Die meisten Kinder zeigen im Verlauf ihrer Sprachentwicklung mehr oder weniger deutliche, mehr oder weniger lang anhaltende Redeunflüssigkeiten. So zieht sich seit einer Untersuchung von *Froeschels* (1948) die Auffassung durch die Literatur, daß ca. 80% aller Kinder im Alter zwischen 2 und 4 Jahren eine Phase unflüssigen Sprechens durchlaufen (vgl. *Froeschels* zit. in *Fiedler/Standop* 1986, S. 24). Somit scheinen diese Unflüssigkeiten, da sie bei fast allen Kindern auftreten, einen *regelhaften*, wenn auch nicht unproblematischen Abschnitt des Spracherwerbs zu markieren. Dafür spricht auch die Tatsache, daß sich nur bei 4-5% der Kinder aus diesen entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten pathologische Sprechmuster mit evtl. chronischem Verlauf bilden (vgl. *Johannsen/Schulze* 1992). Daraus ergibt sich die zentrale Fragestellung, unter welchen Bedingungen aus einem solchen normalen Entwicklungsprozeß das komplexe Problem 'Stottern' entstehen kann. Es ist also im weiteren Verlauf der Betrachtungen zu unterscheiden zwischen *entwicklungsgerechten Unflüssigkeiten* und den daraus möglicherweise entstehenden *Stottersymptomen*.

Die gegenwärtige Ursachenforschung bietet sowohl für die Entstehung 'normaler' Unflüssigkeiten als auch für die Entwicklung des Stotterns verschiedene Erklärungsmodelle an. Die Beschäftigung mit diesen unterschiedlichen ätiologischen Annahmen führt zu einer Auflistung möglicher Dispositionen, in denen Ursachen für Redeunflüssigkeiten zu sehen sein können. Das hier vorgestellte „Dynamische Modell zur Entwicklung des Stotterns“ (vgl. Abb.1) ist dabei von der von *Motsch* (1983, 1992) dargestellten „Idiographischen Betrachtungsweise“ des Stotterns inspiriert, in welcher durch die Gegenüber-

stellung mehrerer ätiologischer Ansatzpunkte verdeutlicht wird, daß es eine alleinige Ursache für Entstehung und Verlauf des Stotterns nicht geben kann. In zweierlei Hinsicht erfolgt jedoch eine Abgrenzung von dieser Modellvorstellung. Einerseits bezeichnet *Motsch* die Interaktionen des Kindes mit seiner Umwelt als möglichen Risikofaktor für das Stottern (1992, S. 25), was aus pädagogischer Sicht zu weit führt. Die Umweltreaktionen können bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung des Stotterns eine erhebliche Rolle spielen, aber die Ansicht, daß jegliche Interaktion den Keim eines Risikos für die kindliche (Sprach-) Entwicklung in sich birgt, sollte sehr kritisch gewertet werden. Der zweite Ansatz für eine Abgrenzung von der Modellvorstellung von *Motsch* ist, daß dort zwar gefordert wird, im Sinne der idiographischen Betrachtungsweise auch die Diagnose und Therapie zu gestalten, daß aber auf konkrete Hinweise, wie dies im therapeutischen Alltag geschehen könnte, weitgehend verzichtet wird mit der Begründung, daß das „Zieldenken vor dem Methodendenken“ steht (1992, S. 36). Die idiographische Betrachtungsweise des Stotterns von *Motsch* hat die Anfangsphase der Theoriebildung beeinflusst, hat aber im weiteren Verlauf vielfältige Veränderungen und Ergänzun-

gen erfahren, so daß letztendlich ein eigenständiges Modell entwickelt wurde, in welchem die Vorannahmen über das Phänomen 'Stottern' dargestellt werden.

Innerhalb des Modells werden zuerst mögliche Dispositionen für das Auftreten von Sprechunflüssigkeiten beschrieben. Dabei kommen vier unterschiedliche Faktorenbereiche, die sich wechselseitig beeinflussen, in Betracht. Die hier vorgenommene Unterteilung in organisch-konstitutionelle, psycholinguistische, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren ist dabei lediglich idealtypisch zu verstehen, um ein besseres Verständnis der einzelnen Wirkungsebenen zu gewährleisten. Tatsächlich sind die genannten Bereiche nicht voneinander losgelöst zu betrachten, da sie sich in der kindlichen Entwicklung gegenseitig bedingen und miteinander in ständiger Wechselwirkung stehen.

Als mögliche *organisch-konstitutionelle Faktoren*, die zu Sprechunflüssigkeiten führen können, sind zum einen problematische Phasen in der Reifung des ZNS zu sehen. Hier wären z.B. Anpassungsprozesse von Feedbacksystemen zu nennen (*Fiedler/Standop* 1986, *Fiedler* 1992), die möglicherweise zu einer Desynchronisation der für den Sprech-

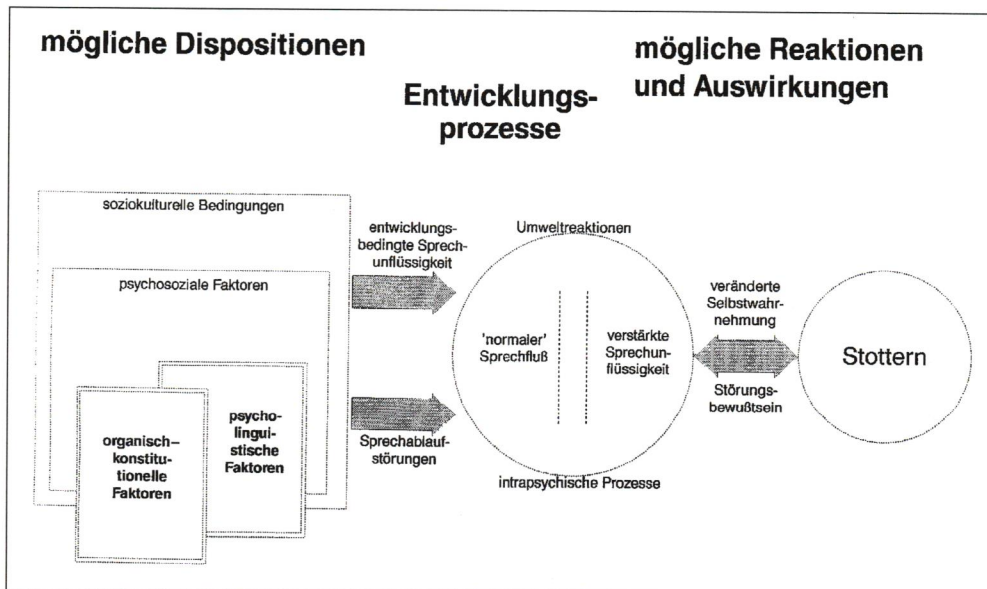


Abb. 1: Dynamisches Modell zur Entwicklung des Stotterns

ablauf notwendigen komplexen Koordinationsmechanismen führen können. Dabei dient die Vorstellung als Grundlage, daß sich beim Kind im Laufe seiner Sprachentwicklung zuerst ein auditives Feedbacksystem zur Kontrolle und Angleichung seiner Sprachproduktion ausbildet. Dieses auditive Feedbacksystem wird dann im Zuge der Weiterentwicklung von den propriozeptiven und kinästhetischen Rückmeldesystemen abgelöst. „Genau diese Übergangszeit von der akustischen Aussprachekontrolle zur kinästhetischen Autoregulation ist die Phase, in der die normalen Sprechunflüssigkeiten ... auftreten.“ (Fiedler 1992, S. 45) In dieser Phase kann es also aufgrund von regelgerecht verlaufenden Entwicklungsprozessen zu Interferenzen in der Steuerung des Redeflusses kommen.

Auf der anderen Seite sind als organisch-konstitutionelle Faktoren auch minimale Störungen oder Schädigungen des neuromuskulären Kontrollsystems denkbar, die die Sprechablaufsteuerung beeinträchtigen können. Graichen (1985) weist in einer umfassenden Studie darauf hin, daß sich bei der überwiegenden Anzahl von Stotterern organische Fehlregulationen im Bereich der Zeittaktsteuerung finden lassen, die er hirnorologisch im Zeitgeber (den sogenannten „Clocks“, Keidel 1977) der Thalamusregion repräsentiert sieht. Redeflußstörungen werden hier also vorrangig als hirnorologisch verursachte Störung der zeitlichen Feinkoordination von Respiration, Phonation und Artikulation erklärt.

Es ist davon auszugehen, daß im organisch-konstitutionellen Bereich sowohl innerhalb der ansonsten regelhaft verlaufenden Entwicklung (im Sinne von Reifungsverzögerungen oder Interferenzen im Verlauf der Wahrnehmungs- und Feedbacksystementwicklung) als auch durch Störungen in der neuropsychologischen Entwicklung Verunsicherungen in der Steuerung des Redeflusses auftreten können. Diese organisch bedingten Unflüssigkeiten bilden den Kern dessen, was sich unter Umständen (nämlich im Zusammenwirken mit den im folgenden zu beschreibenden Faktoren) zu einem Problemkomplex ausweiten kann.

Neben den organisch-konstitutionellen Dispositionen lassen sich auch innerhalb der psy-

cholinguischen Entwicklung bestimmte Bereiche ausmachen, die bei der Entstehung von Unflüssigkeiten eine zentrale Rolle spielen können. Eine Vielzahl von Studien, vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum (vgl. Schulze/Johannsen 1986a, S. 46ff), liefert Anhaltspunkte dafür, daß sich stotternde von nicht-stotternden Vorschulkindern in bezug auf ihre Sprachentwicklung unterscheiden. Besonders wird auf einen häufig verzögerten Sprechbeginn, häufigere und länger andauernde Artikulationsstörungen sowie auf vermehrte Schwierigkeiten beim Erwerb morphologisch-syntaktischer Strukturen hingewiesen. Sowohl die zeitliche Parallelität von Sprachentwicklungsprozessen und Unflüssigkeitsereignissen als auch das relativ häufige gemeinsame Auftreten von Unflüssigkeiten und Sprachentwicklungsstörungen legt die Vermutung nahe, daß bei den hier betroffenen Kindern auf eine „geringere linguistische Kompetenz“ (Schulze/Johannsen 1986a, S. 50) geschlossen werden könnte, deren Ursachen eventuell ebenfalls im organisch-konstitutionellen Bereich zu vermuten sind.

Als psychosoziale Faktoren, die unter Umständen mit den oben beschriebenen organischen Komponenten zusammentreffen können, sind z.B. Phasen geringer Selbstsicherheit oder geringer Frustrationstoleranz zu nennen (vgl. Motsch 1983), die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Sprechunflüssigkeiten erhöhen können. Diese Annahme wird von Starkweather (1988, in Schulze 1989) untermauert, der davon ausgeht, daß sich die Kompetenz für Sprechflüssigkeit im Laufe der kindlichen Entwicklung stetig erhöht und daß Störungen dann auftreten, wenn die Anforderungen und Erwartungen des Kindes (oder seiner Umwelt) unangemessen höher als die tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten zur flüssigen Sprachproduktion sind.

Sowohl die organisch-konstitutionellen als auch die psycholinguistischen und die psychosozialen Faktoren sind naturgemäß nicht isoliert zu betrachten, sondern beeinflussen sich wechselseitig und entwickeln sich in einem Bezugsrahmen von soziokulturellen Bedingungen. Auch innerhalb dieser 'Rahmenbedingungen' können Dispositionen für Sprechunflüssigkeiten liegen. So können z.B.

Partnerprobleme der Eltern, schlechte sozio-ökonomische Bedingungen, aber auch unangemessenes Erziehungsverhalten (wie Überbehütung oder restriktive Abwertung) oder sprachliche Überforderung dazu führen, daß für das Kind ein kommunikativer Streß entsteht, welcher die Steuerung des Sprechablaufs beeinträchtigen kann (vgl. Motsch 1992).

Aus allen hier dargestellten Bereichen der kindlichen (Sprach-)Entwicklung lassen sich denkbare Dispositionen für Störungen in der Sprechablaufsteuerung ableiten. Der Begriff der Disposition sollte dabei in dem Sinne verstanden werden, daß hier mögliche Verursachungsmomente vorliegen können, aber nicht müssen und daß auch bei der Annahme einer bestimmten Disposition diese nicht zwangsläufig in eine Störung münden muß, wie der hohe Anteil der Kinder, die ihre entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten wieder verlieren, zeigt. In dieser Sichtweise finden sich erste Hinweise auf diagnostische Konsequenzen, die darin bestehen sollten, die individuellen Dispositionen abzuklären, ohne daraus eine einseitige Kausalität der Entstehungsbedingungen herzuleiten.

Mit dem bisher dargestellten Teil der Modellvorstellung sind die Grundannahmen darüber beschrieben, wie die Unflüssigkeiten in den Mund des Kindes kommen. Im Zuge der individuell auf unterschiedlichen Voraussetzungen basierenden und ebenso unterschiedlich ablaufenden *Entwicklungsprozesse* kann es demnach zu *entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten* kommen, die als Ausdruck einer regelhaften Entwicklung zu sehen wären, und/oder zu *Sprechablaufstörungen*, die auf eine zugrundeliegende neurophysiologische Schädigung verweisen könnten. Im folgenden werden die *möglichen Reaktionen* und Auswirkungen geschildert, die aus diesen Unflüssigkeiten den Problembereich 'Stottern' entstehen lassen können. Diese Reaktionen können sich sowohl im Kind selbst als auch in seiner Umgebung vollziehen, d.h. es können sowohl *Umweltreaktionen* als auch *intrapsychische Prozesse* stattfinden. So könnten die Eltern evtl. durch überbesorgtes, einen Schonraum schaffendes oder durch restriktives, strafendes Verhalten im Sinne positiver oder negativer Verstärkung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Unflüssigkeiten er-

höhen. Als intrapsychischer Prozeß wäre z.B. das Bewußtwerden der abweichenden, den Erwartungen nicht gemäßen Sprechweise zu bezeichnen.

Es ist zu betonen, daß die o.g. intra- und interpsychischen Reaktionen nicht zwangsläufig zum Stottern führen müssen. Bei den Kindern, die lediglich entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten zeigen, ist davon auszugehen, daß sie trotz oder wegen der erfolgten Reaktionen zu einem erwartungsgemäßen Sprachfluß finden. Nach entsprechend langer Erfahrung wird fast jeder Sprachtherapeut, der sich mit Vorschulkindern befaßt, von Eltern berichten können, die massiv in die Sprechweise ihres Kindes eingreifen („Hol tief Luft, fang nochmal an, sprich langsam...“), so daß den Therapeuten ein sehr ungutes Gefühl überkommt – während das Kind die 'Hilfen' dankbar annimmt, tief Luft holt und seinen Satz langsam und problemlos wiederholt. Ebenso ist zu beobachten, daß Kinder, die bei der inhaltlichen Vorstrukturierung ihrer Aussagen ins Stocken geraten, häufig zu ähnlichen Hilfestellungen greifen, ohne von außen dazu gedrängt zu werden: auch sie beginnen nach einer 'Denkpause' von vorne. Damit ist eine positive Ausrichtung dieser Prozesse vorgezeichnet: intra- und interpsychische Reaktionen auf Unflüssigkeiten *können* als Hilfestellungen empfunden werden und somit zu 'normalem' Sprechfluß beitragen, indem sie eine bewußtere Steuerung des Sprechablaufs provozieren, die sich im weiteren Verlauf automatisieren kann. Es ist jedoch auch möglich (und eben diese Prozesse sind anzunehmen, wenn sich aus entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten chronifiziertes Stottern bildet), daß die intra- und interpsychischen Reaktionen die bestehenden Unflüssigkeiten verstärken. Dies wird vor allem dann der Fall sein, wenn mehrere der beschriebenen, möglicherweise Stottern verursachenden Faktoren zusammentreffen, also z.B. auf Hirnreifungsprozessen basierende entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten bei einem Kind, welches sich in seinen Ansprüchen ständig an älteren Geschwistern mißt und sein Sprechen in einer solchen Situation als unzulänglich empfindet. Denkbar wäre auch eine nachhaltige Auswirkung auf ein Kind, welches in einer Phase der Verunsicherung

und geringen Frustrationstoleranz die Hilfsversuche der Eltern als restriktive Behinderung seines Mitteilungsbedürfnisses wahrnehmen könnte.

Beim Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Faktoren kann es dazu kommen, daß sich die Selbstwahrnehmung des betroffenen Kindes dahingehend ändert, daß es sein Sprechen (und auch sich selbst als Ganzheit) als etwas Defektives, von seinen und den Erwartungen der Umwelt Abweichendes empfindet. Dieses Entstehen des *Störungsbewußtseins* über die *Änderung des Selbstkonzepts* markiert den Anfang des chronifizierten Stotterns. Nachdem sich ein Kind (aufgrund von Umwelteinflüssen oder eigener Einschätzung) als eine Person mit Problemen im Sprechablauf wahrnimmt, kann es zu den bekannten stotterspezifischen Phänomenen wie Erwartungsangst, Sprechangst, Vermeidungsverhalten etc. kommen. Dabei ist es gleichgültig, ob die bestehenden Schwierigkeiten zu diesem Zeitpunkt (im Sinne der diagenosen Theorie von Johnson 1959) bereits mit dem Begriff „Stottern“ belegt worden sind; von entscheidender Bedeutung ist vielmehr das Empfinden der Abweichung von einer Erwartungsnorm, der eigenen oder der der Umwelt. Daher soll das eingangs erwähnte Zitat von Baumgartner dahingehend erweitert werden, daß Stottern im Munde des Kindes entsteht und in den Ohren und Köpfen des Kindes und der Umwelt.

Stottern bei (Vor-)Schulkindern sollte jedoch nicht als fataler Endpunkt einer ungünstig verlaufenden Entwicklung betrachtet werden, sondern als Phänomen, das (wenn auch nicht in seinen Entstehungsfaktoren, so doch) in seinen aktuell bestehenden Bedingungen veränderbar ist. Voraussetzung dazu ist eine mehrdimensionale und umfassende Diagnostik, die in eine komplexe, individuell abgestimmte therapeutische Intervention münden kann.

Es ist nochmals zu betonen, daß die bisherige Darstellung eine **Modellvorstellung** beschreibt und keinesfalls einen Beweis für einen allgemeingültigen Entwicklungsverlauf des Stotterns führen soll. Eine solche *Modellvorstellung* über mögliche Einflußfaktoren hilft lediglich dabei, ein idiographisches Ver-

ständnis zum Problembereich Stottern zu entwickeln, welches im folgenden auf ein „Mehrdimensionales Diagnose- und Interventionsmodell“ übertragen werden soll (vgl. Abb. 2).

2. Diagnostisches Vorgehen

Die Befunderhebung als Beginn der therapeutischen Intervention sollte nicht als 'Einbahnstraße' verstanden werden, sondern im Sinne eines hypothesengeleiteten, oszillierenden (d.h. hin- und herschwingenden) Prozesses, dessen therapeutische Konsequenzen ständig überdacht und gegebenenfalls revidiert werden müssen.

Der angestrebten Bildung einer „Theorie des Individuums“ (Braun 1992, S. 157) mit der Zielsetzung eines individuellen Fallkonzepts liegt ein Menschenbild zugrunde, das jede Person als einzigartig ansieht. Diese Einzigartigkeit bezieht sich nicht nur auf die Außensicht des Menschen, sondern auch auf dessen Innensicht, seine Gedanken, Gefühle, Ursachenzuschreibungen, Ziel- und Wertvorstellungen, Sinngestaltungen etc., d.h. auf die Gesamtheit der subjektiven Theorien (vgl. Mutzeck 1988). Wird diese Innensicht, der eine handlungsleitende Funktion zuzuschreiben ist, im diagnostisch-therapeutischen Prozeß nicht berücksichtigt, dann wird eine Chance zur erfolgreichen Verhaltens- und Einstellungsänderung vergeben. Diagnostische Prozesse haben demnach auch die Aufgabe, subjektive Theorien aller Beteiligten miteinzubeziehen und bereits vorhandene intra- und interindividuelle Fertigkeiten und Fähigkeiten aufzudecken. Auf diese Weise werden die Betroffenen in die Lage versetzt, im Verlauf der Therapie handelnd an der Bewältigung ihres Problems mitzuwirken (vgl. Mutzeck/Hansen/Prüb 1991). In diesem Zusammenhang soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß die von Therapeuten gewonnenen Erkenntnisse nur Annäherungen an die Realität darstellen, da sich ihnen als Beteiligten die Strukturen des gesamten Bedingungs Hintergrundes, wenn überhaupt, nur schrittweise erschließen.

Die konkrete diagnostische Vorgehensweise wird von einigen offenen Fragestellungen geleitet, die sowohl auf den Bedingungs Hintergrund als auch auf die aktuell bestehende Problematik zielen. Dabei sind folgende Explorationsbereiche zu nennen:

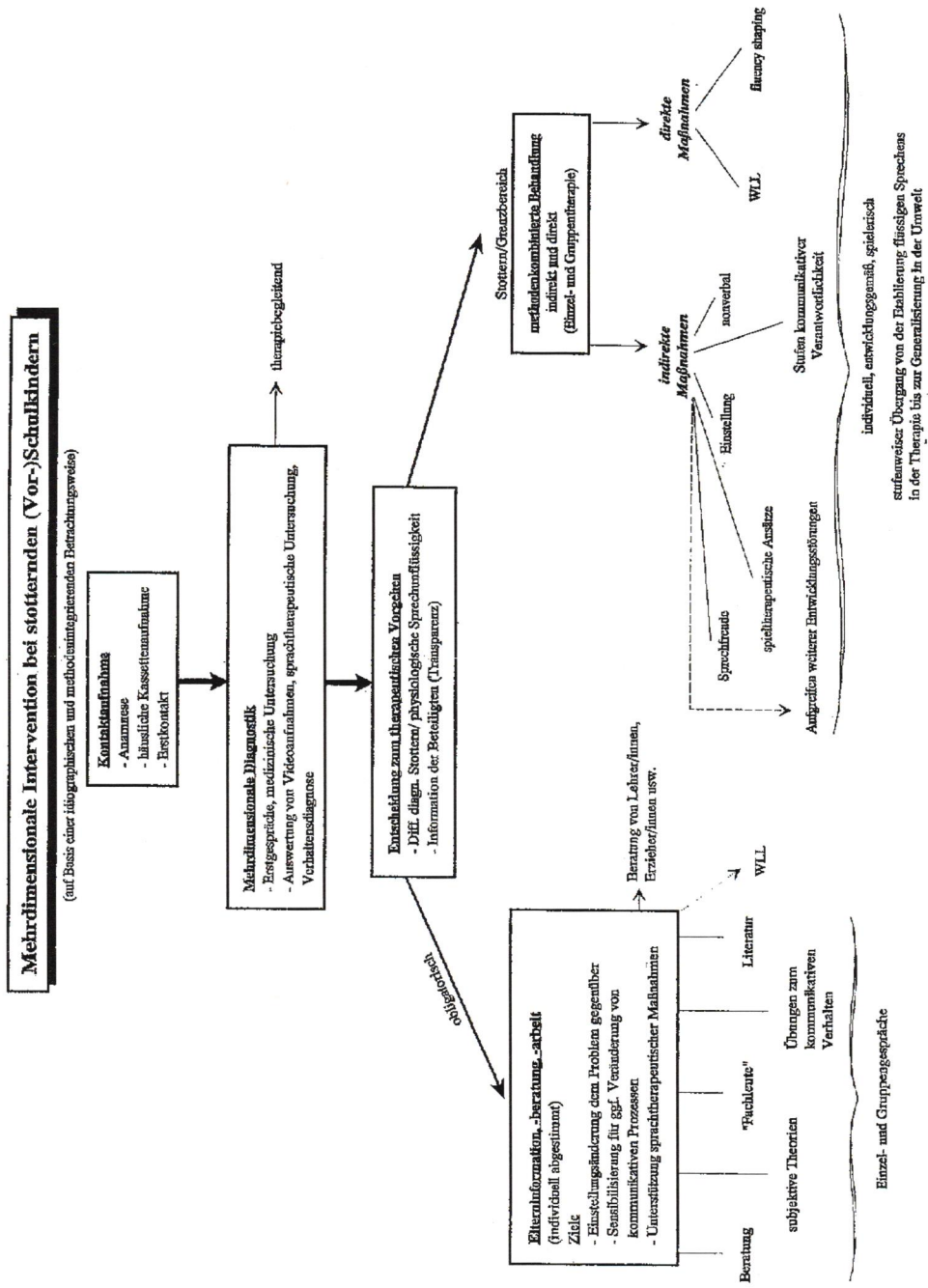


Abb. 2: Mehdimensionales Diagnose- und Interventionsmodell

- Welche Dispositionen könnten bei der Entstehung der Unflüssigkeiten eine tragende Rolle gespielt haben?
- Welche Entwicklungs- und speziell sprachliche Auffälligkeiten bestehen, und welche Veränderungen haben sich innerhalb dieser Prozesse ergeben?
- Gab es Reaktionen der Umwelt oder des Kindes? Wie stellt sich die jetzige Einstellung dem Stottern gegenüber dar?
- Welche Faktoren wirken aktuell (z.B. stabilisierend, verstärkend, chronifizierend, ausweitend)?
- Welche Voraussetzungen müssen vorhanden sein (und sind evtl. schon vorhanden), damit die Konzeptbildung „Ich bin ein Stotterer“ verhindert bzw. zurückgeführt werden kann und flüssiges Sprechen möglich wird?

Die sich daraus ergebenden konkreten diagnostischen Schritte können hier nur im Überblick wiedergegeben werden:

- a) Im Rahmen der *Kontaktaufnahme* sollte eine Anamnese erfolgen, die neben den allgemeinen Entwicklungsdaten auch eine Checkliste zur Einstellungserhebung der Eltern gegenüber ihrem Kind umfaßt (vgl. Cooper/Cooper in Schulze/Johannsen 1986a). Daneben sollten die Eltern um die Anfertigung einer häuslichen Cassettenaufnahme gebeten werden, in der Spielsituationen des Kindes mit Eltern/Geschwistern/Freunden oder andere Alltagssituationen aufgenommen werden sollten. Mit einer solchen Aufnahme lassen sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt wichtige Informationen zum Kommunikationsverhalten des Kindes und auch innerhalb des weiteren Umfeldes gewinnen.
- b) In einem *Erstgespräch* mit den Bezugspersonen können weitere Informationen eingeholt werden. So sollten Fragen über den Grund der Kontaktaufnahme ebenso gestellt werden wie Fragen nach den personalen Gegebenheiten im Umfeld, der familiären Struktur und den Lebensbedingungen der Familie. Zusätzlich sollte auch nach der Unflüssigkeits- bzw. Stotterproblematik gefragt werden, also nach der

Entwicklung und Ausprägung der Symptome. Ein weiteres Thema innerhalb des Erstgesprächs könnten die Gefühle, das Verhalten und die soziale Einbindung des Kindes in der Familie und dem Umfeld darstellen sowie die Einstellung der Eltern zu ihrem Kind (Worüber ärgert sich Ihr Kind? Wovor hat es Angst? Wie reagiert es auf...? Wie geht das Kind mit Erfolg oder Mißerfolg um? Was mögen Sie an Ihrem Kind am meisten / am wenigsten?) Zur Aufdeckung der subjektiven Theorien ist es darüber hinaus erforderlich, die Eltern nach ihren Annahmen über das Stottern zu befragen (Was ist Stottern für Sie? Wie stellt es sich bei Ihrem Kind dar? Welche Ursachen könnte das Stottern Ihres Kindes haben? Was erwarten Sie in Zukunft für Ihr Kind? Was wäre anders, wenn das Stottern nicht da wäre? Wie helfen Sie Ihrem Kind, wenn es unflüssig spricht?).

- c) Als weitere wichtige Informationsquelle dient eine in der Praxis angefertigte *Videoaufnahme* des Kindes mit seinen wichtigsten Bezugspersonen. Bei der aufgezeichneten Spielsituation hat es sich als sinnvoll erwiesen, diese ohne den Therapeuten durchzuführen, da dann das Kommunikationsverhalten der Beteiligten den normalerweise gezeigten Verhaltensweisen eher entspricht als wenn außer der Kamera noch eine beobachtende Person im Raum ist. Die Auswertung dieser Aufnahme kann, wenn sie mit den Bezugspersonen gemeinsam erfolgt, weitere Anhaltspunkte für die vorliegenden subjektiven Theorien liefern, indem man gemeinsam beobachtet, wann Stottern auftritt und wie die Eltern und das Kind darauf reagieren. In der gemeinsamen Interpretation wird auch deutlich, was die Eltern überhaupt unter dem Stottern ihres Kindes verstehen. Unter Umständen zählen sie an Symptomen viel mehr dazu, als es aus therapeutischer Sicht gerechtfertigt erscheint, z.B. Dyslalie-Symptome oder einfache Wiederholungen im Zuge der inhaltlichen Strukturierung. Darüber hinaus liefert die Videoanalyse auch wichtige Hinweise zur Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion und des familiären

Deutsche
Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik e.V.



INFORMATIONSBÖRSE

Bücher Schriften Broschüren

Informationsblätter

audiovisuelle Medien

(Stand: Juni 1992)

Zusammengestellt von

Prof. Dr. Jürgen Teumer (Referent für besondere Aufgaben)



BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

BRUNNEN
BRUNNEN
BRUNNEN

HINWEISE

Die nachstehende Sammlung wurde für die konkrete sprachheilpädagogische Arbeit erstellt. Sie soll

- **informieren** über ein recht breit gefächertes Angebot an fachbezogenen Druckerzeugnissen und audiovisuellen Medien für die Informations- und Beratungstätigkeit,
- **anregen**, den eigenen Bestand an diesbezüglichen Materialien zu ergänzen bzw. zu aktualisieren,
- **helfen** und **Ideen vermitteln** für die Entwicklung und Gestaltung eigener Materialien für die speziellen regionalen oder individuellen Gegebenheiten,
- einen **raschen Zugriff gestatten**, wenn z. B. für bestimmte Zielgruppen oder Anlässe Informationshilfen benötigt werden.

In dem Verzeichnis sind nur solche Druckerzeugnisse und audiovisuelle Materialien enthalten, die aktuell und ohne Einschränkungen zu beziehen sind. "Hausgemachte" Materialien, z.B. hektographierte Blätter, selbst erstellte Tonbänder usw., werden nicht aufgelistet.

Über Preise werden generell keine Aussagen gemacht: Einige Materialien sind kostenlos, andere gegen eine geringe Gebühr zu beziehen, wieder andere müssen über den Buchhandel bestellt und gekauft werden. Die Interessenten sind also gehalten, bei Bedarf eigene Recherchen anzustellen.

Die Sammlung soll das Vorhandene möglichst vollständig und aktuell gültig abbilden. Diese Absicht ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden: Der Publikationssektor und der Markt an audiovisuellen Medien sind einem ständigen Wandel unterworfen. Insofern muß die Sammlung in bestimmten Abständen aktualisiert werden. Die Interessenten sollten deshalb das jeweils vermerkte Bezugsdatum beachten, gegebenenfalls eine aktualisierte Fassung anfordern.

Die Sammlung ist mehrfach unterteilt:

- Abschnitt 1 enthält Druckerzeugnisse allgemeinen und störungsübergreifenden Zuschnitts,
- Abschnitt 2 enthält Druckerzeugnisse mit störungsspezifischen Darstellungen,
- Abschnitt 3 enthält Druckerzeugnisse mit regionalem bzw. lokalem Bezug,
- Abschnitt 4 enthält die audiovisuellen Medien.

Die o. a. Systematik der Druckerzeugnisse (vgl. Abschnitte 1 bis 3) weist gewisse Unschärfen bzw. Überschneidungen auf: So ist es vom inhaltlichen Zuschnitt der Angebote her nicht ohne weiteres möglich, das Fachbuch vom Informationsbuch (für Nichtfachleute) zu trennen (vgl. Abschnitte 1 und 2). Dennoch bestand und besteht die Absicht, Fachbücher im engeren Sinne weitestgehend aus dieser Sammlung auszuklammern. Daneben gibt es selbstverständlich auch Druckerzeugnisse mit regionalem Bezug, die zugleich störungsorientierte Darstellungen enthalten (vgl. Abschnitte 2 und 3).

Die Sammlung müßte in einem bestimmten Turnus aktualisiert und ergänzt werden. Alle Bezieherinnen und Bezieher werden deshalb gebeten, diesbezügliche **Hinweise an den Verfasser** zu geben:

Prof. Dr. Jürgen Teumer
Institut für Behindertenpädagogik, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13

ABSCHNITT 1

BÜCHER SCHRIFTEN BROSCHÜREN INFORMATIONSBLÄTTER ALLGEMEIN und STÖRUNGSÜBERGREIFEND

Biesalski, P.: Ärztlicher Rat bei Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart (Thieme) 1978, 122 Seiten

Brüggeborgs, G.: So spricht mein Kind richtig. Entwicklungen und Störungen beim Sprechenlernen. Wie Eltern und Erzieher helfen können. Reinbek (Rowohlt) 1987, 155 Seiten

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg.): Gehörlose - Schwerhörige - Sprachbehinderte. Band 212 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Mönchgladbach 1987, 5. Aufl., 74 Seiten (Bezugsadresse: B. A. G. H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1) - z.Zt. vergriffen!

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)e.V.(Hrsg.): Wenn ein Kind nicht richtig spricht. Hinweise für die Eltern sprach- und stimmgeschädigter Kinder. Hamburg (Wartenberg) o.J., 8 Seiten (Bezugsadresse: Geschäftsstelle der dgs, p.A. Wolfgang Doub, Wartburgstraße 1, W-1000 Berlin 62) - nur noch Restbestände!

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) e.V. Hrsg.: Spricht Ihr Kind wie andere Kinder? Faltblatt, 4 Seiten (Bezugsadresse: Geschäftsstelle der dgs, p.A. Wolfgang Doub, Wartburgstraße 1, W-1000 Berlin 62) - dort auch entsprechendes Plakat.

Papst-Jürgensen, H.: Sprach- und Stimmstörungen im Vor- und Grundschulalter. Beiheft 2 der Fachzeitschrift "Die Sprachheilarbeit", herausgeg. von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) e.V., Hamburg (Wartenberg) 1978, 3. Aufl., 48 Seiten (Bezugsadresse: Geschäftsstelle der dgs, p.A. Wolfgang Doub, Wartburgstraße 1, W-1000 Berlin 62) - nur noch Restbestände!

Radigk, W.: Wie Andi das Sprechen lernt. Band 2 der Reihe "im Überblick", Königstein/Ts. (Scriptor) 1982, 72 Seiten (vom selben Autor sind in der angegebenen Reihe erschienen: Band 1: Andi entwickelt psychische Grundleistungen; Band 3: Andi erlernt das Lernen; Band 4: Andi erlernt das Lesen)

Richter, E.: So lernen Kinder sprechen. Die normale und die gestörte Sprachentwicklung. Band 9 der Reihe "Kinder sind Kinder", München/Basel (Reinhardt) 1984, 90 Seiten

Schwerin, A. von: Sprache haben - sprechen können. Hilfen für sprach- und sprechauffällige Kinder im Kindergarten. Freiburg/Basel/Wien (Herder) 1990, 3. Aufl., 142 Seiten

Sprachpraxis Dobro (Hrsg.): Sprachstörungen vorbeugen - erkennen - heilen. Kleiner Leitfaden für Eltern. 12 Seiten, (Bezugsadresse: Sprachpraxis Dobro, W-3139 Jameln)

Stengel, I.: Sprachschwierigkeiten bei Kindern. Früherkennung und Hilfe bei Sprachstörungen und verzögerter Entwicklung. Stuttgart (Klett-Cotta) 1982, 3. Aufl., 136 Seiten

ABSCHNITT 2

BÜCHER SCHRIFTEN BROSCHÜREN INFORMATIONSBLÄTTER STÖRUNGSSPEZIFISCH

☛ APHASIE

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg.): Aphasie. Band 240 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Mönchengladbach 1986, 3. Aufl., 116 Seiten (Bezugsadresse: B.A.G.H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1) - z.Zt. vergriffen!

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker (BRA) e.V. (Hrsg.): Aphasie - was ist das? Eine Informationsbroschüre. 22 Seiten (Bezugsadresse: BRA, Georgstraße 9, W-5047 Wesseling) - dort weitere Informationsschriften, u.a.: Ein Aphasiker im Krankenhaus und die damit verbundenen Probleme; Berufliche Rehabilitation von jungen Aphasikern in Berufsbildungswerken

Huber, W., Poeck, K. und Springer, L.: Sprachstörungen. Ursachen und Behandlung von Sprachstörungen (Aphasien) durch Schädigungen des zentralen Nervensystems. Reihe: Ratgeber und Sachbücher. Stuttgart (Thieme/Hippokrates/Enke) 1991, 100 Seiten

Jay, P. E.: Hilf dir selbst. Ratschläge für Hemiplegiker und ihre Angehörigen. Bern/Stuttgart (Huber) 1981, 2. Aufl., 241 Seiten

Kroker, I.: Sprachverlust nach Schlaganfall. Ein Leitfaden für Aphasiker und deren Angehörige. Heidelberg (Verlag für Medizin Dr. E. Fischer) 1989, 2. Aufl., 117 Seiten

Lutz, L.: Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Berlin (Springer) 1992, 432 Seiten

Mäurer, H.-Ch. (Hrsg.): Schlaganfall. Rehabilitation statt Resignation. Stuttgart (Thieme) 1989, 148 Seiten

Mäurer, H.-Ch. und Mäurer, R.: Der Schlaganfall. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Stuttgart (Thieme/Hippokrates/Enke) 1991, 171 Seiten

Mickeleit, B.: Ein Aphasiker erlebt seine Rehabilitation. Erfahrungen nach einer Hirntumor-Operation und Halbseitenlähmung. Bonn (Reha-Verlag) 1988, 3. Aufl., 176 Seiten

Taylor, M. L.: Mit Aphasikern leben. Informationen und Hilfen. München/Basel (Reinhardt) 1981, 44 Seiten

Taylor, M. L.: Zum Verständnis der Aphasie. Ein Leitfaden für Angehörige und Freunde von Aphasiepatienten. 1980, 47 Seiten (Bezugsadresse: Hardtwaldklinik, Hardtstraße, W-3584 Zwesten)

Tropp Erblad, I.: Katze fängt mit S an. Aphasie oder der Verlust der Wörter. Frankfurt/Main (Fischer Taschenbuch) 1985, 100 Seiten

☛ LESE-RECHTSCHREIB-SCHWIERIGKEITEN

Breuninger, H. und Beth, D.: Jedes Kind kann schreiben lernen. Ein Ratgeber für Lese-Rechtschreibschwäche. Weinheim/Basel (Beltz) 1982, 247 Seiten

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg.): Legasthenie und Dyskalkulie (Lese-/Rechtschreib- und Rechenschwäche). Band 227 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Viersen 1990, 7. Aufl., 64 Seiten (Bezugsadresse: B.A.G.H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1)

Bundesverband Legasthenie (BVL) e.V. (Hrsg.): Legasthenie. Definition mit Erläuterungen. 8 Seiten (Bezugsadresse: Bundesverband Legasthenie e.V., Gneisenastraße 2, W-3000 Hannover 1)

dort ebenfalls:

- Legasthenie. Schulische und außerschulische Förderung. 16 Seiten
- Unser Kind lernt lesen - lernt es lesen? 10 Seiten
- Legasthenie als bildungspolitisches Problem. 104 Seiten
- Legasthenieprobleme im Fremdsprachenunterricht. 28 Seiten

Grüttner, T.: Legasthenie ist ein Notsignal. Verstehen und wirksam helfen. Reinbek (Rowohlt) 1980, 92 Seiten

Kossow, H.-J.: Leitfaden zur Bekämpfung der Lese-Rechtschreibschwäche. Einführung und Kommentare. 2 Bände. Berlin (Deutscher Verlag der Wissenschaften) 1991, 2. Aufl., 324 Seiten

Lohmann, B.: Müssen Legastheniker Schulversager sein? Band 6 der Reihe "Kinder sind Kinder", München/Basel (Reinhardt) 1982, 94 Seiten

Naegele, I.M.: Schulversagen in Lesen und Rechtschreiben (LRS I). Ursachen, Auswirkungen, Abhilfen. Weinheim (Beltz) 1991, 144 Seiten

Naegele, I.M.: Häusliche Hilfen bei Lese- und Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS II). Ein Ratgeber für Eltern. Weinheim (Beltz) 1992, 180 Seiten

Radigk, W.: Andi erlernt das Lesen. Band 4 der Reihe "im Überblick", Königstein/Ts. (Scriptor) 1982, 78 Seiten

☛ OROFAZIALE STÖRUNGEN

Curschellas, C. (Hrsg.), Clausnitzer, R. und Clausnitzer, V.: Muskelfunktionsübungen im orofacialen Bereich. Reihe "aspekte", Heft 35. Luzern (Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik - SZH) 1990, 52 Seiten (Bezugsadresse: SZH, Obergrundstraße 61, CH-6003 Luzern)

☛ SCHWERHÖRIGKEIT

Böhme, G.: Das hörgeschädigte Kind. Reihe: Ärztliche Ratschläge. Stuttgart/New York (G. Fischer) 1980, 108 Seiten

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg.): Gehörlose - Schwerhörige - Sprachbehinderte. Band 212 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Mönchengladbach 1987, 5. Aufl., 74 Seiten (Bezugsadresse: B.A.G.H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1) - z.Zt. vergriffen!

Bundesgemeinschaft der Eltern und Freunde schwerhöriger Kinder e.V. (Hrsg.): Ratgeber für Eltern schwerhöriger Kinder. Hamburg 1991, 43 Seiten. (Bezugsadresse: Pirolkamp 18, W-2000 Hamburg 65)

Kommunikationshilfen für Schwerhörige. Schriftenreihe für den HNO-Arzt. 25 Seiten (Bezugsadresse: Kind + Sapper Hörgeräte GmbH, Postfach 1212, W-3006 Großburgwedel)

Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hrsg.): Wenn Kinder schlecht hören. Informationen für Erzieherinnen und Erzieher im Kindergarten. 1991, 23 Seiten (Bezugsadresse: Ständeplatz 6-10, W-3500 Kassel)

☛ SPRACHSTÖRUNGEN BEI LARYNGEKTOMIE

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V. (Hrsg.): Kehlkopfloose. Band 205 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Viersen 1989, 7. Aufl., 74 Seiten (Bezugsadresse: B.A.G.H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1) - z.Zt. vergriffen!

Deutsche Krebshilfe (Hrsg.): Rachen- und Kehlkopfkrebs. Ein Ratgeber nicht nur für Kehlkopfloose. 52 Seiten (Bezugsadresse: Deutsche Krebshilfe e.V., Thomas-Mann-Straße 40, W-5300 Bonn 1)
- in ähnlicher Textgestaltung erschien die o.a. Schrift auch unter dem Titel: Ratgeber für Kehlkopfloose. Hilfe zur Rückkehr in den Alltag. 50 Seiten (Bezugsadresse: s.o.)

Foertsch, J. und Weiße-Albrecht, A.: Wegweiser für Kehlkopfloose. Informationen und Anleitungen zum Sprechen. 78 Seiten (Bezugsadresse: Servox Medizintechnik GmbH, Olpener Straße 612, W-5000 Köln 91)

Hassheider, K.: Der Ratgeber für die praktische Rehabilitation nach Laryngektomie. Köln 1985, 82 Seiten (Bezugsadresse: Klaus Hassheider, An der Kemperwiese 3 a, W-5000 Köln 80)

Kürvers, A.: Sprechen ohne Kehlkopf. Der sprachtherapeutische Ratgeber. Köln 1985, 42 Seiten (Bezugsadresse: Klaus Hassheider, An der Kemperwiese 3 a, W-5000 Köln 80)

☛ SPRACHSTÖRUNGEN BEI LKG-SPALTE (PALATOLALIE)

Arbeitsgemeinschaft Spaltträgerrehabilitation Berlin (Hrsg.): Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. Leitfaden für Eltern. 20 Seiten (Bezugsadresse: Medizinische Fakultät - Charité - der Humboldt-Universität zu Berlin - Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Schumannstraße 20-21, O-1040 Berlin)

Eggeling, V.: Hinweise zur Entwicklungsförderung der Sprache in Verbindung mit einem Trainingsprogramm der Sprechorgane. Ratgeber für die Betreuung von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. 34 Seiten (Bezugsadresse: Institut für Stimm- und Sprachtherapie, Werler Straße 110, W-4700 Hamm/Westf.)

Gössel, J.: Lars - jetzt ein ganz normaler Junge. Konstanz (Schnetztor-Verlag) 1988, 48 Seiten

Rehabilitationszentrum für Spaltträger an der Universität Rostock (Hrsg.): Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten. Leitfaden für Eltern. Rostock 1991, 24 Seiten (Bezugsadresse: Rehabilitationszentrum für Spaltträger an der Universität Rostock, Stempelstraße 13, O-2500 Rostock 1)

Wolfgang Rosenthal Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Informationsreihe Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Segel-Spalten (5 Hefte)

- Heft 1: Informationen zur Erstbehandlung. 12 Seiten
 - Heft 2: Informationen zu den Ursachen und zur Verhütung. 16 Seiten
 - Heft 3: Informationen zu den Möglichkeiten von Korrekturoperationen. 22 Seiten
 - Heft 4: Geeignete Erstbehandlung der Hör- und Sprachstörungen bei Gaumenspalträgern. 12 Seiten
 - Heft 5: Informationen zur Sprachentwicklung und -behandlung. 22 Seiten
- (Bezugsadresse: Wolfgang Rosenthal Gesellschaft e.V., Geschäftsstelle, Paul-Schneider-Straße 12, W-6338 Hüttenberg)

☛ STIMMSTÖRUNGEN

Gundermann, H.: Heiserkeit und Stimmchwäche. Ein Leitfaden zur Selbsthilfe, wenn die Stimme versagt. Reihe: Ärztliche Ratschläge. Stuttgart/New York (G. Fischer) 1991, 3. Aufl., 155 Seiten

☛ STOTTERN

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (Hrsg.): Stottern. Band 244 der Reihe: Kommunikation zwischen Partnern. Mönchengladbach 1987, 80 Seiten (Bezugsadresse: B.A.G.H., Kirchfeldstraße 149, W-4000 Düsseldorf 1)

Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (Hrsg.): Verschiedene Informationsmaterialien und Ratgeber

- Wenn Ihr Kind stottert... Ein Eltern-Ratgeber. 1990, 9. Aufl., 14 Seiten
- Wenn Ihr Schüler stottert... Ein Ratgeber für Lehrer. 1990, 34 Seiten
- Stottern und Selbsthilfe. Ein Informationsheft. 1991, 7. Aufl., 58 Seiten
- Stotterer-Selbsthilfe in den neuen Bundesländern. 1991, 26 Seiten
- Therapieratgeber Stottern und gesamtes Therapeutenverzeichnis. 1988, 2. erg. Aufl., 64 Seiten (nur Therapieratgeber) bzw. 242 Seiten (Gesamtumfang)
- Hood, St. B. (Hrsg.): An einen Stotterer. 1978, 135 Seiten
- Hausdörfer, O.: Durch Nacht zum Licht. 1986, 144 Seiten (Erstauflage Breslau 1933)
- Fraser, M.: Selbsttherapie für Stotterer. 1987, 180 Seiten
- Hennen, E. (Hrsg.): Entmachtung des Stotterns. 1989, 197 Seiten
- Faltblätter:
 - Stottern - was kann ich tun?
 - Wie begegne ich einem stotternden Menschen?
 - Was machen Stotterer-Selbsthilfegruppen?
 - Wie ist die Stotterer-Selbsthilfe aufgebaut?
 - Stottern - unser Selbsthilfeverständnis!
 - Wenn Ihr Kind stottert...
 - Wenn Ihr/e SchülerIn stottert...
 - Ich bin Jugendlicher und stottere - was kann ich tun?

(Bezugsadresse: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V., Kasparstraße 4, W-5000 Köln 1)

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) e.V. (Hrsg.): Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes. Hamburg (Wartenberg) o.J., 4 Seiten (Bezugsadresse: Geschäftsstelle der dgs, p.A. Wolfgang Doub, Wartburgstraße 1, W-1000 Berlin 62) - nur noch Restbestände!

Hennig, W. und Ringsdorff, F.: Hinweise für Lehrer stotternder Kinder. München/Basel (Reinhardt) o.J., 16 Seiten

Irwin, A.: Mein Kind fängt an zu stottern. Ein Selbsthilfeprogramm für Eltern, die ihren Kindern helfen möchten, das Stottern zu überwinden. Stuttgart (Thieme/Hippokrates/Enke) 1990, 124 Seiten

Richter, E.: Wenn ein Kind anfängt zu stottern. Ratgeber für Eltern und Erzieher. Band 2 der Reihe "Kinder sind Kinder". München/Basel (Reinhardt) 1981, 94 Seiten

ABSCHNITT 3

BÜCHER SCHRIFTEN BROSCHÜREN INFORMATIONSBLÄTTER REGIONAL

☛ Baden-Württemberg

Gemeinschaft zur Förderung schwerhöriger und sprachgeschädigter Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.):

Mein Kind spricht noch nicht richtig. Informationen, Tips und Hinweise. 1991, 26 Seiten (Bezugsadresse: Supperstraße 3, W-7000 Stuttgart 80)

dort ebenfalls:

- Leitfaden für Eltern hörgeschädigter und sprachbehinderter Kinder. 1991, 7. Aufl., 34 Seiten
- Schule für Sprachbehinderte - was ist das? Einzelblatt
- Schule für Sprachbehinderte - Aufgaben und Ziele. Einzelblatt
- Lese-Rechtschreib-Störung. Faltblatt
- Richtiges Hören, gutes Sprechen. Plakat

☛ Bremen

Bundesverband Legasthenie, Landesverband Bremen/Bremerhaven e.V. (Hrsg.): LRS-Ratgeber. Diagnostische Einrichtungen und besondere Fördermöglichkeiten in Bremen, Bremerhaven und Umgebung. Bremen 1989, 50 Seiten (Bezugsadresse: p.A. Markus Matheja, Helmer 75, W-2800 Bremen 33)

☛ Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) e.V., Landesgruppe Hamburg (Hrsg.): Hamburger Sprachheilführer. Beratungs- und Therapieangebote bei Sprachstörungen in Hamburg und Umgebung. Hamburg 1988, 2. Aufl., 48 Seiten (Bezugsadresse: dgs, Landesgruppe Hamburg, p.A. Volker Plaß, Gryphiusstraße 3, W-2000 Hamburg 60) - z. Zt. vergriffen!

☛ Hessen

Hessisches Institut für Bildungsplanung und Schulentwicklung (HIBS) (Hrsg.): Wenn ein Kind nicht spricht wie andere Kinder...was tun? Sonderreihe, Heft 28. Wiesbaden 1989, 30 Seiten (Bezugsadresse: Bestellungen aus Hessen: HIBS, Postfach 3105, W-6200 Wiesbaden; andere Besteller: Verlag Moritz Diesterweg, Hochstraße 29-31, W-6000 Frankfurt/Main)

☛ Neue Bundesländer

Verschiedene Merkblätter:

- Merkblatt für Eltern stammelnder Kinder
- Merkblatt für Eltern stotternder Kinder
- Merkblatt für Eltern und Pädagogen zur Verhütung von Stimmschädigungen im Kindesalter (Bezugsadressen: Sprachheilschulen in den neuen Bundesländern)

☛ Nordrhein-Westfalen

Verschiedene Faltblätter:

- Jugendamt - Koordination der Behindertenhilfen/Sozialamt - Der Sprachheilbeauftragte (Hrsg.): Ein Wegweiser für Sprach- und Stimmgestörte in Düsseldorf. (Bezugsadresse: Beratungsstelle für Sprach- und Stimmgestörte der Landeshauptstadt Düsseldorf, Willi-Becker-Allee 10, W-4000 Düsseldorf 1)
- Kreis Mettmann (Hrsg.): Spricht Ihr Kind wie andere Kinder? Information für Eltern und Erzieher. (Bezugsadresse: Der Sprachheilbeauftragte des Kreises Mettmann, Düsseldorfer Straße 26, W-4020 Mettmann)
- Stadt Mönchengladbach (Hrsg.): Ratgeber für Sprachgestörte - Sprechgestörte - Stimmgestörte - Redegehemmte. Bezugsadresse: Gesundheitsamt - Hilfe für Sprachbehinderte, Am Steinberg 55, W-4050 Mönchengladbach 1)

☛ Saarland

Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (Hrsg.): Deutlich sprechen - verstanden werden. Faltblatt. (Bezugsadresse: u.a. Staatl. Gesundheitsamt, Malstatter Straße 17, W-6600 Saarbrücken)

Stadtverband Saarbrücken (Hrsg.):

- Beratungsstelle für Sprachheilbehandlung. Faltblatt
- Beobachtungsverfahren zur Feststellung von Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren. Mappe. 16 Seiten und Protokollblatt.
- 1966 - 1991: 25 Jahre Sprachheilambulanz. Informationen für Eltern und Fachkräfte zur Erkennung und Behandlung von Sprachproblemen im Kindesalter. Saarbrücken 1991, 76 Seiten (Bezugsadresse: Stadtverband Saarbrücken, Talstraße 8-10, W-6600 Saarbrücken)

☛ Schleswig-Holstein

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs) e.V., Landesgruppe Schleswig-Holstein (Hrsg.): Spricht Ihr Kind wie andere Kinder? Faltblatt (Bezugsadresse: dgs, Landesgruppe Schleswig-Holstein, p.A. Harald Schmalfeldt, Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte, Golfstraße 5, W-2057 Wentorf)

SCHWEIZ

☛ Aargau

Verein Aargauischer Logopäden (Hrsg.): Logopädischer Ratgeber. Sprachtherapie im Aargau. Lengnau 1989. 2. Aufl., 60 Seiten (Bezugsadresse: Sekretariat des Vereins Aargauer Logopäden VAL, p.A. Käthy Rutishauser, Rebbergstraße 76, CH-5400 Ennetbaden)

ABSCHNITT 4

AUDIOVISUELLE MEDIEN

☛ Verzeichnis wichtiger Bezugsadressen (darüber hinaus Einzelangaben)

FWU - Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht, Bavaria-Film-Platz 3, W-8022 Geiselgasteig/München

(Anmerkung: Das aktuelle Verzeichnis des FWU enthält die nachstehend unter FWU genannten audiovisuellen Medien nicht, da diese - wie dem Verfasser mitgeteilt wurde - nicht mehr im Lieferprogramm sind. Allerdings sei es durchaus möglich, daß die Landes-, Kreis- bzw. Stadtbildstellen diese Produktionen noch in ihrem Verleiharchiv führten. Insofern wird empfohlen, sich an diese Stellen zu wenden.)

IWF - Institut für den Wissenschaftlichen Film, Nonnenstieg 72, W-3400 Göttingen

☛ Medienarten (sowie gebrauchte Abkürzungen)

F - Film/V - Videoband/T - Tonband/C - Toncassette

☛ Beratung/Behandlung

Spracheilbehandlung bei Kindern

FWU - F - 1967 - 23 min - Best.Nr. 322028

Video-Sprech-Lehr-Programm "Stammlertherapie" (K. Schulte)

IWF - 31 V - 1981/82 - 5,5 bis 55,5 min - Best.Nr. W 1751-1781. Schriftliches Begleitmaterial bei IWF

Funktionsübungen bei nasaler Luftführung (Ch. Schlenker-Schulte/K. Schulte)

IWF - V - 1981/82 - 43 min - Best.Nr. W 1782

Therapieintegration im Deutschunterricht (Ch. Schlenker-Schulte/K. Schulte)

IWF - V - 1981/82 - 11 min - Best.Nr. W 1783

Spracheilchule 5. Jahrgang. Sprachtherapie in Unterricht und Gruppe.

FWU - F - 1977 - 27 min - Best.Nr. 332738

Dyslalia universalis bei einem Vierjährigen - Logopädische Therapie: Anbildung von S

ÖWF (Österr.Bundesinstitut f.d. Wiss. Film, Schönbrunnerstraße 56, A-1050 Wien) - F - 1972 - 12 min

☛ Gestörtes Sprechen

Sprachstörungen bei Schulkindern

FWU - T oder C - 39 min - Best.Nr. 202292 (T), 222292 (C)

StimmSchädigungen bei Kindern und Jugendlichen (J. Schulze)

T (Beispiele 1 - 7) - 1985 - 26:15 min - Best.Nr. Z-M 551

T (Beispiele 8 - 20) - 1985 - 29:30 min - Best.Nr. Z-M 552

Pädagogische Hochschule Erfurt/Mühlhausen

(Bezugsadresse: ZRL, Nordhäuser Straße 63, 0-5000 Erfurt)

SprachSchädigungen bei Kindern und Jugendlichen (J. Schulze)

T - 1985 - 27:40 min - Best.Nr. Z-M 553

T - 1985 - 27:10 min - Best.Nr. Z-M 554

Pädagogische Hochschule Erfurt/Mühlhausen

(Bezugsadresse: ZRL, Nordhäuser Straße 63, 0-5000 Erfurt)

Störungen der sprachlichen Kommunikation (G. Homburg/J. Teumer)

(Begleitcassette zu: Behinderungen & Schule, Band 4: Störungen der sprachlichen Kommunikation.

Deutsches Institut für Fernstudien, Postfach 1569, W-7400 Tübingen)

C - 1989 - 60 min - Best.Nr. 02604 (Buch und Cassette)

(dort ebenso: Cassette Gestörtes Hören - Best.Nr. 02611)

Funktionelle Dysphonien/Psychogene Dysphonien (P. Biesalski/Th. Brauer)

C - 1985 - 37 min - ISBN 3-13-686001-2

(Bezugsadresse: Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, W-7000 Stuttgart 30)

Organisch verursachte Dysphonien (P. Biesalski/Th. Brauer)

C - 1986 - ISBN 3-13-686101-9

(Bezugsadresse: Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, W-7000 Stuttgart 30)

Audiogene Sprachstörungen (P. Biesalski/Th. Brauer)

C - 1987 - ISBN 3-13-686201-5

(Bezugsadresse: Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, W-7000 Stuttgart 30)

Stottern und Poltern (P. Biesalski/Th. Brauer)

C - 1991 - ISBN 3-13-749101-0

(Bezugsadresse: Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, W-7000 Stuttgart 30)

Konstantin (Anm. d. Verf.: Thema "Stottern")

FWU - F - 1984 - 31 min Best.Nr. 32-03538

Die Stotterer-Symptomatik unter verzögerter Sprach-Rückkopplung (Lee-Effekt)

IWF - F - 1962 - 18,5 min - Best.Nr. B 854

Stotter-Therapie - Verhaltenstherapeutische Behandlung unter Verwendung von GSR-Biofeedback
(GSR = galvanic skin response)

IWF - F - 1980 - 53 min - Best.Nr. C 1361

Gestörtes Sprechen: Stottern

FWU - V - 28 min - Best.Nr. 42 0414

Gestörtes Sprechen: Verzögerte Sprachentwicklung
FWU - V - 28 min - Best.Nr. 42 0415

Gestörtes Sprechen: Stammeln
FWU - V - 28 min - Best. Nr.

Stammeln. Sprachstörungen im Vorschulalter.
FWU - F - 1981 - 27 min - Best.Nr. 32-03347

Gestörtes Sprechen: Stimmstörungen
FWU - V - 28 min - Best.Nr. 42 0416

Gestörtes Sprechen: Hörstörungen
FWU - V - 28 min - Best.Nr.

Gestörtes Sprechen: Verlust der Sprache (Aphasie)
FWU - V - 28 min - Best.Nr. 42 0417

Aphasie
Schweiz. Arbeitsgem. f. Aphasie, Postfach 3117, CH-3000 Bern 7

Robert. Dokumente über ein Kind, das nicht sprechen wollte. (Anm. d. Verf.: Thema "Mutismus")
FWU - F - 1973 - 47 min - Best.Nr. 32-02424

☛ Sprachentwicklung

Präverbale Sprachentwicklung
IWF - F - 1980 - 15 min - Best.Nr. C 1367

Dokumente zur Sprachentwicklung
IWF - F - 1982 - 24 min - Best.Nr. D 1471

Frühkindliche Sprachentwicklung
FWU - T oder C - 1979 - 52 min - Best.Nr. 20 2632 oder 22 2632

Gestörtes Sprechen: Sprache wird gelernt (Sprachentwicklung I)
FWU - V - 28 min - Best.Nr.

Gestörtes Sprechen: Sprache wird angewendet (Sprachentwicklung II)
FWU - V - 28 min - Best.Nr.

Häusliche Förderung der kindlichen Sprachentwicklung. Übungen des Tastsinnes, der visuellen und der auditiven Wahrnehmung
FWU - V - 1987 - 25 min - Best.Nr. 42-70170

☛ Sonstiges

Phonembestimmtes Manualsystem (PMS) (K. Schulte u.a.)
IWF - V - 1980 - 38 min - Best.Nr. D 1370

Video-Sprech-Lehr-Programm "Artikulation Hörgeschädigter" (K. Schulte u.a.)
IWF - div. V - 1979-1982 - 4,5 bis 47,5 min - Best.Nr. W 1670-1690, W 1692-1694 und W 1789-1820

40 Sprechspiele mit hörgeschädigten Kindern (Ch. Schlenker-Schulte u.a.)
IWF - 6 V - 1982/83 - 27 bis 54,5 min - Best.Nr. W 1841-1846

Sensomotorische Entwicklungsdiagnostik und Übungstherapie (E.J. Kiphard)
V - 1973 - 64 min (Bezugsadresse: verlag modernes lernen, Hohe Straße 39, W-4600 Dortmund 1)

Wahrnehmungsschulung durch Bewegung (K. Mertens)
V - 1983 - 60 min (Bezugsadresse: verlag modernes lernen, Hohe Straße 39, W-4600 Dortmund 1)

Sounds of Stotterers. 2. Internationale Konferenz der Stotterer-Selbsthilfe
FWU - V - 1989 - 39 min - Best.Nr. 42-40414

Interaktionsstils. In die Beobachtung können z.B. das Sprechtempo, das Sprecherwechselverhalten, das Verhalten bei Themenwechseln, die Äußerungslängen der Gesprächsteilnehmer, der Grad der emotionalen Beteiligung, das Pausenverhalten, das nonverbale Verhalten, die Aufrechterhaltung des Blickkontaktes, das elterliche Erziehungsverhalten etc. eingehen.

- d) Neben den angeführten Beobachtungskriterien sollte eine allgemeine *sprachtherapeutische Befunderhebung* erfolgen. Dazu sollten, wenn möglich, mehrere Sprechproben des Kindes im Therapie- und in gewohnter Umgebung eingeholt werden, was durch die Cassetten- und Videoaufnahmen bereits eingeleitet wurde. Zur Begutachtung der allgemeinen Sprachentwicklung und der aktuellen Symptomatik sollten mit dem Kind fünf Sprechleistungsstufen erprobt werden: Monolog, Dialog, Nacherzählen, Freies Spiel, Einbringen von Stressoren (vgl. „The Preschool Fluency Baseline Record“ von Culp, in Schulze/Johannsen 1986a, S. 192ff). Anhand dieser Beurteilungsgrundlage kann der sprachliche Entwicklungsstand in expressiver und impressiver Hinsicht erfaßt werden und eine qualitative und quantitative Beschreibung der Symptome erfolgen. Darüber hinaus sollten eine Befunderhebung der Mundmotorik und der Sprechstimme stattfinden und gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen der sensorischen, motorischen und kognitiven Entwicklung einbezogen werden.

Das beschriebene diagnostische Vorgehen ist sehr umfangreich und stellt in gewissem Sinne eine Maximalforderung dar. Das heißt, daß nicht alle der dargestellten Schritte bei jedem Kind/jeder Familie erforderlich sind und daß ein nicht unerheblicher Teil der beschriebenen Untersuchungen in den Therapieprozeß eingebettet werden kann. Trotzdem bleibt darauf hinzuweisen, daß ein so umfassender diagnostischer Rahmen notwendig und sinnvoll erscheint, um möglichst viele Kriterien zur Erstellung einer *Differentialdiagnose* erfüllen zu können und um eine individuelle Therapiegestaltung zu gewährlei-

sten, die den Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen des einzelnen Kindes Rechnung trägt.

3. Therapeutische Möglichkeiten

Aus den Erkenntnissen der Befunderhebung und den daraus abgeleiteten Hypothesen zum Bedingungs-hintergrund erwachsen die Entscheidungen zum therapeutischen Vorgehen.

Ist aufgrund der diagnostischen Erkenntnisse von einer entwicklungsbedingten Unflüssigkeit auszugehen, so ist die Information und Beratung der Bezugspersonen die Methode der Wahl. Dabei könnten z.B. folgende Themenbereiche aufgegriffen werden: Schuldgefühle der Bezugspersonen bezüglich der Entstehung der Unflüssigkeiten; Zukunftsängste, falls die Unflüssigkeiten bestehen bleiben sollten; subjektive Theorien zur Entstehung und Entwicklung von Unflüssigkeiten und Stottern; mögliche Reaktionen auf die (Un-) Flüssigkeit; individuell erarbeitete Hinweise zur Unterstützung von Sprechflüssigkeit und zum Abbau von und Umgang mit umfeldbedingten Stressoren. Darüber hinaus sollte das Kind weiter beobachtet werden, um negative Entwicklungen auffangen zu können.

Die differentialdiagnostische Feststellung 'Stottern' oder 'beginnendes Stottern' führt zu einem umfangreichen Feld methodischer Entscheidungen. Die Behandlung des Kindes ist dabei geprägt von einer individuell ausgerichteten Kombination direkter und indirekter Maßnahmen, die im Rahmen der Therapie in Einzel- und/oder Gruppensitzungen (mit Eltern, Geschwistern, Freunden und u.U. anderen stotternden Kindern) verwirklicht werden.

Direkte Maßnahmen setzen entweder unmittelbar am Sprechmuster an (in Abb. 2 durch den Begriff WLL, d.h. weiches, leichtes und langes Sprechen, gekennzeichnet), zielen auf eine systematische Erweiterung der flüssigen Sprechanteile (vgl. Schulze/Johannsen 1986a) oder sollen dem Abbau des unflüssigen Sprechens dadurch dienen, daß versucht wird, die Stottersymptomatik direkt zu verändern. Dabei muß das Kind in der Lage sein, über sein Stottern zu reflektieren, weshalb dieser letzte Interventionsbereich eher bei älteren Schulkindern mit deutlich ausgepräg-

tem Störungsbewußtsein einbezogen werden könnte.

Als indirekt werden solche Methoden bezeichnet, die sich „auf die therapeutische Arbeit mit Bezugspersonen und/oder auf die Beeinflussung psychophysiologischer, psycholinguistischer und psychosozialer Variablen beim Kind beziehen“ (Schoor 1992, S. 108). Indirekte Vorgehensweisen wie z.B. das Wecken der Sprechfreude des Kindes, spieltherapeutische Ansätze, die Erweiterung der Dialogfähigkeit des Kindes, Förderung sprachlich-kommunikativer Fähigkeiten, schrittweise Erweiterung der Übernahme kommunikativer Verantwortlichkeit, Abbau negativer Einstellungen, Beachtung psycholinguistischer Faktoren, Unterstützung basaler Kompetenzen wie Sensorik und Motorik sind in der Literatur bereits mehrfach beschrieben worden (vgl. u.a. Katz-Bernstein 1982, 1986; Van Riper 1986). Daher beschränkt sich die folgende Darstellung vorrangig auf die Möglichkeiten direkter Therapie bei (Vor-)Schulkindern, wobei zu betonen bleibt, daß auch bei einer solchen Art des Vorgehens die soeben genannten indirekten Maßnahmen gleichberechtigt einbezogen werden können und müssen.

Die Diskussion darüber, ob direktes therapeutisches Vorgehen bei stotternden (Vor-)Schulkindern überhaupt sinnvoll ist, wird nach wie vor energisch geführt (dazu u.a. Schulze/Johannsen 1986a; Schoor 1992). Die Erfahrungen im Rahmen ambulanter Sprachtherapie haben gezeigt, daß Sprechtechniken, auf das Nötigste reduziert, in Kombination mit Sprechflüssigkeitshierarchien und systematischer Entlastung des Kindes im Bereich kommunikativer Verantwortlichkeit kindgemäß zu vermitteln sind. Diese Vermittlung geschieht im Rahmen von Sprech- und Sprachspielhandlungen wie z.B. „Im Schneckenland“, „Die Zeitlupen-Bande“ oder „Bei den kleinen Zwergen“. In diese Spielhandlungen wird der Aufbau eines weichen, leichten und langen Sprechens (WLL) neben den indirekten Maßnahmen sinnvoll integriert. Das Kind richtet hierbei seine Aufmerksamkeit auf die Spielidee und nicht mehr auf das Stottern. Alle Handlungen innerhalb des Spiels werden durch Sprache begleitet. Die Zielsetzung ist dabei nicht, Stottern bewußt zu verhindern,

Stottern ist im Gegenteil nach wie vor erlaubt. Ziel ist vielmehr, im Rahmen der Erlebniswelt des Kindes (und Spielen repräsentiert eine ganz wesentliche Erfahrungsmöglichkeit) Sprech- und Sprachsituationen zu schaffen, in denen die Kinder Vertrauen in ihre eigenen Kompetenzen und in die Reaktionen ihres Umfeldes entwickeln können. Das beinhaltet auch, daß das Therapeutenverhalten sowohl für das Kind als auch für die Bezugspersonen Modellcharakter gewinnt.

Im Laufe der Sitzungen werden den Kindern verschiedene Möglichkeiten zum Aufbau eines weichen, leichten und langen Sprechens angeboten. „Weich“ steht dabei für die Erarbeitung des weichen Stimmeinsatzes, um dem Kind zu Anfang der Sprechplanung einen flüssigen Beginn zu ermöglichen. „Leicht“ steht für ein anstrengungsfreies, entspanntes und somit stotterinkompatibles Sprechen. „Lang“ steht für die Dehnung der Vokale im Wort (Prolongation), um so eine Temporeduktion zu erreichen und die weitere Sprechplanung zu erleichtern. Mit Hilfe dieser sprechtechnischen Komponenten wird versucht, neuromotorische Prozesse zu regulieren und den Aspekt der körperlichen Anstrengung zu reduzieren.

Die folgende Auflistung einer Auswahl der therapeutischen Medien macht deutlich, daß die zu vermittelnde Sprechtechnik dem Kind im Rahmen von Spielhandlungen über alle Sinneskanäle nahegebracht werden soll:

- Flüstertüten, Schleuderhörner (weicher Stimmeinsatz), verschieden lange Papprollen, Gummibänder, Zauberschnüre (Dehnung)
- symbolischer Einsatz von Gegenständen und Bildern: Nebelhorn, Schildkröten, Schnecken, Zeitlupensprache, Ziehharmonika, Schlafmützen, Federn, Watte etc. machen die Begriffe „weich, leicht und lang“ auf vielen Ebenen erfahrbar
- Kuschtiere und Handpuppen mit Modellcharakter, die für das Kind gleichzeitig Identifikationsfiguren darstellen und es durch die Therapie hindurch begleiten.

Die Etablierung des flüssigen Sprechens (mit oder ohne WLL-Technik, die nicht bei jedem Kind obligatorisch eingesetzt werden muß)

erfolgt nach hierarchisch gegliederten Prinzipien im Sinne der Reduktion des Komplexitätsgrades der kindlichen Äußerungen (Einwort-Ebene, Ergänzungssatz-Ebene, Nacherzählung, Monolog, Dialog, Alltagsübungen). Am Beginn steht dabei jeweils der Aufbau der Diskriminationsfähigkeit zwischen weich und hart, lang und kurz, leicht und schwer. Diese Adjektive sind in therapeutischer Hinsicht nicht nur als stimm- und sprechtechnische Charakteristika anzusehen, sondern als gesamtkörperlich erfahrbare Qualitäten, so wie auch das Stottern seinen gesamtkörperlichen Ausdruck findet. Die Auswahl der Maßnahmen und die Erweiterung der flüssigen Sprechanteile erfolgt dabei immer unter Berücksichtigung des sprachlichen Niveaus des Kindes. Für das Kind soll (sprachliche) Leistung erfahrbar werden, aber die Therapie soll immer auch Spaß machen. Der Therapeut muß sich also in der Auswahl der vorgeschlagenen Methoden im Spannungsfeld zwischen der kindlichen Spontaneität und der Notwendigkeit der therapeutischen Strukturierung bewegen können.

Was spricht nun für eine solche direkte Vorgehensweise und was bedeutet flüssiges Sprechen für das Kind? Auf diese Frage ergeben sich verschiedene Antworten.

1. Das Stottern erweist sich bei Kindern als nicht so habitualisiert wie bei Erwachsenen.
2. Kinder sind eher bereit, mit den eigenen Sprechmöglichkeiten zu spielen und ihr Sprechmuster spielerisch zu variieren.
3. Transfer und Generalisierung, wichtige Kriterien für den Erfolg der Therapie, finden daher häufig spontan statt (vgl. *Schulze/Johannsen 1986a*).
4. Für das Kind wird die direkte Art des Vorgehens innerhalb der Spielhandlungen oft zur indirekten Art. So wird z.B. das WLL-Sprechen nicht als Ersatz für etwas „Schlimmes“, nämlich das Stottern, empfunden, sondern als spieltragend angesehen. Das Kind kann so nach langer Zeit wieder emotional entspannt mit seinem Sprechen umgehen und erfährt so einen Gegenpol zu seinen bisher entwickelten Lösungsmöglichkeiten, nämlich mit Span-

nung, Druck oder Vermeidung das Stottern verhindern zu wollen.

5. Häufig wird vergessen, daß Stottern, unabhängig von den damit verbundenen Einstellungen, Erwartungen und Ängsten, auch mit körperlicher Arbeit und Anstrengung einhergeht. Auch unter diesem Gesichtspunkt sorgt flüssigeres Sprechen für Entlastung. Das Stottern bleibt in der Therapie und außerhalb zwar erlaubt, aber die Blickrichtung aller Beteiligten wird offensiv auf vorhandene Kompetenzen, flüssiges Sprechen und Eigensteuerung gelenkt.

Die in Abb. 2 beschriebene mehrdimensionale Intervention führt dazu, daß das Thema 'Unflüssigkeit/Stottern' enttabuisiert wird und in der Familie und auch in der Therapie ansprechbar bleibt. Bei Kindern, deren Störungsbewußtsein und Leidensdruck besonders ausgeprägt erscheint, muß u.U. dadurch weitere Entlastung geschaffen werden, daß neue Zugänge zum Stottern eröffnet werden. Dies kann u.a. dadurch geschehen, daß die Unflüssigkeiten aus einem anderen Blickwinkel oder Erfahrungsbereich dargestellt werden, indem das eigene Stottern z.B. gemalt, geknetet oder pantomimisch umgesetzt oder einer Handpuppe 'beigebracht' wird.

Von großer Bedeutung für den Therapieerfolg erweist sich die Ausgestaltung des Transfers der Maßnahmen in den Alltag. Dazu wird in der beschriebenen Therapieform schrittweise vorgegangen, so daß die In-Vivo-Anteile immer größeren Raum einnehmen, d.h. es werden vermehrt Übungen aus der Erwachsenentherapie einbezogen wie z.B. Telefonieren, Einkaufen, Therapie gemeinsam mit Freunden, Reportagen etc.

Von ebenso großer Bedeutung ist es, daß die Bezugspersonen des Kindes seine Therapie unterstützen und mittragen. Dazu ist es sehr wichtig, die Bezugspersonen aus den herrschenden Vorurteilen zu entlassen und zur Mitarbeit zu motivieren. Ein Schritt in diese Richtung könnte es sein, den Eltern zu vermitteln, daß man ihre bisherigen Verhaltensweisen gegenüber ihrem (stotternden) Kind als ihre individuell entwickelten Hilfsangebote an das Kind respektiert, so daß nicht der Eindruck entsteht, daß die Eltern bisher falsch

gehandelt haben und nun vom Therapeuten die richtigen Verhaltensweisen 'verordnet' bekommen. Es kann sicherlich als Grundvoraussetzung für die Zusammenarbeit gelten, daß die Eltern in ihrem Verhalten angenommen werden, damit sie sich darauf einlassen können, für sich Handlungsalternativen zu erarbeiten. Diese Handlungsalternativen können sich ergeben, wenn die Eltern weitgehend über die Stotterproblematik informiert und somit zu 'Fachleuten' in eigener Sache werden und aufgrund dieser veränderten Ausgangslage ihr eigenes und das Verhalten des Kindes anders beobachten und einschätzen können. In diesem Zusammenhang können auch Veränderungen von umfeldbedingten Belastungen unter Einbezug der subjektiven Theorien angestrebt werden, z.B. mit Hilfe von Problemlöseverfahren (vgl. *Mutzeck/Hansen/Prüß* 1989). Diesem Vorgehen liegt die Ansicht zugrunde, daß das elterliche Verhalten und das familiäre Kommunikationsgefüge zuerst beobachtet und als (mehr oder weniger befriedigend) funktionierend akzeptiert werden müssen und daß sich ein Therapeut nicht das Recht nehmen darf, mit vorgefertigten Konzepten in ein bestehendes Erziehungssystem einzugreifen. Auf einer respektierenden und akzeptierenden Basis gelingt es sicher eher, in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten alternative Vorgehensweisen (z.B. durch Übungen zum korrektiven Feedback oder zum aktiven Zuhören, durch Erlernen der Sprechtechnik und gemeinsames Gestalten der Transferübungen) zu entwickeln und zu erproben.

4. Erfolg in der Therapie mit (Vor-) Schulkindern: Kommunikative Sicherheit

Der Erfolg jeglicher Therapie ist davon abhängig, ob die gesetzten Ziele, sofern sie realistisch formuliert wurden, erreicht worden sind. Dafür bestehen gute Voraussetzungen, wenn die Therapieziele von Therapeut und Klient gemeinsam erarbeitet wurden. Für die Therapie mit Kindern bedeutet dies, daß die individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen der Kinder respektiert und akzeptiert werden und in die Therapiestruktur eingehen sollten. Dieser Forderung liegt ein Menschenbild zugrunde, das jede Person (gleichgültig, welchen Alters) als einzigartiges, reflexives Sub-

jekt begreift und somit von deren individuellen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten ausgeht. Als übergreifende Zielsetzung und Erfolgskriterium kann daher die Aktivierung und (gegebenenfalls) Erweiterung dieser persönlichen Ressourcen formuliert werden, womit das Erreichen größtmöglicher kommunikativer Sicherheit angestrebt wird.

Als mögliche Planungs- und Handlungsschritte, die zur Verwirklichung dieses Therapieziels führen können, werden folgende Teilaspekte angesehen:

- Aufdeckung der individuellen Fähigkeiten/Fertigkeiten und des vermuteten Bedingungs Hintergrundes im Rahmen einer förderdiagnostischen Konzeption.
- Erweiterung der kommunikativen Kompetenz, indem alternative Kommunikations- und Sprechmöglichkeiten erarbeitet werden, so daß daraus eine größere eigen-gesteuerte Wahl- und Handlungsfreiheit erwachsen kann. Dies kann innerhalb der Therapie durch das Angebot direkter und/oder indirekter Maßnahmen erfolgen.
- Konzentration *aller* am therapeutischen Prozeß Beteiligten auf schon vorhandene und neu hinzugewonnene flüssige Sprechanteile.

Aus der bisherigen Darstellung ergibt sich als Zielsetzung die *Abwandlung des Selbstkonzepts* „Ich bin ein Stotterer“ hin zu einer Konzeptbildung „Ich bin ein flüssig Sprechender“. In diesem Sinne läßt sich auch an eine präventive Zielsetzung denken, in der über die Konzentration auf die flüssigen Sprechanteile und eine entsprechende Umfeldberatung eine negative Selbstkonzeptbildung möglicherweise verhindert werden kann.

Umfassende und jederzeit verfügbare, 'normale' Sprechflüssigkeit wird nicht für alle Kinder erreichbar sein, so daß im Einzelfall und in Abhängigkeit vom individuell vermuteten Bedingungs Hintergrund eine veränderte Gewichtung therapeutischer Teilziele erfolgen muß. Die im Therapieprozeß mitentwickelte Akzeptanz der individuellen Sprechweise erfährt bei manchen Kindern eine zusätzliche Akzentuierung. Die bisherigen Erfahrungen mit den dargestellten diagnostischen und therapeutischen Schritten zeigen jedoch, daß mit

einer einzelfallorientierten Therapie, wie sie hier beschrieben wurde, Stottern im (Vor-) Schulalter in den meisten Fällen soweit zu beeinflussen ist, daß eine individuell geprägte 'normale' Sprechflüssigkeit, was normale Unflüssigkeiten miteinschließt, und die dazugehörige kommunikative Sicherheit verwirklicht werden können.

Literatur

- Baumgartner, S.:* Die Behandlung des kindlichen Stotterns in Anlehnung an *van Riper*: Gedanken und Erfahrungen eines Sprachheilpädagogen. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.* (Hrsg.): *Behinderung – Pädagogik – Sprache*. Gießen 1991, S. 18-42.
- Braun, O.:* Stottern im Schulalter. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, S. 135-163.
- Fiedler, P.:* Neuropsychologische Grundlagen des Stotterns. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, S. 43-60.
- Fiedler, P./Standop, R.:* Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. München/Weinheim 1986.
- Graichen, J.:* Organismische Fehlregulationen als direkte Ursache von Redeflußstörungen (Stottern) in neuropsychologischer Differentialdiagnostik. *Sprache – Stimme – Gehör* 9(1985), S. 34-40.
- Johannsen, H.S./Schulze, H.:* Abgrenzungsphänomene: Prävention und Prognose. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, S. 61-82.
- Johnson, W.:* *The Onset of Stuttering*. Minneapolis 1959.
- Katz-Bernstein, N.:* Eine kombinierte Spieltherapie und logopädische Übungstherapie für stotternde Kinder. (Schulamt) Zürich 1982.
- Katz-Bernstein, N.:* Aufbau der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit bei redeflußgestörten Kindern. Luzern 1986.
- Keidel, W.-D.:* Biokybernetische Aspekte bei Hör-, Sprach- und Stimmstörungen. *Sprache – Stimme – Gehör* (1977), S. 6-17.
- Motsch, H.-J.:* Stottern. In: *Aschenbrenner, H./Rieder, K.* (Hrsg.): *Sprachheilpädagogische Praxis*. Wien 1983, S. 88-134.
- Motsch, H.-J.:* Die idiographische Betrachtungsweise - Metatheorie des Stotterns. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, S. 20-42.
- Mutzeck, W.:* Von der Absicht zum Handeln. Rekonstruktion und Analyse Subjektiver Theorien zum Transfer von Fortbildungsinhalten in den Berufsalltag. Weinheim 1988.
- Mutzeck, W./Hansen, B./Prüb, H.:* Schwierige Situationen im Schulalltag und Wege der Bewältigung – Ein Fortbildungskurs für Lehrerinnen und Lehrer zur Prävention und Intervention von Verhaltensstörungen in der Schule. In: *Neukäter, H./Goetze, H.* (Hrsg.): *Disziplin Konflikte und Verhaltensstörungen in der Schule*. Oldenburg 1991, S. 126-129.
- Ryan, B.P./van Kirk, B.A.:* Monterey Sprechtrainingsprogramm. Palo Alto 1982.
- Schoor, U.:* Stottern im Vorschulalter. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 5: Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992, S. 105-134.
- Schulze, H.:* Stottern und Interaktion. Ulm 1989.
- Schulze, H./Johannsen, H.S.:* Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Theorie-Diagnostik-Therapie. Ulm 1986a.
- Schulze, H./Johannsen, H.S.:* Stottern im Vorschulalter. Stand der Diskussion zur Theorie, zur Diagnostik und zur Therapie. Forschungsbericht Nr. 11, Ulm 1986b.
- Shine, R.E.:* Assessment and fluency training with the young stutterer. In: *Peins, M.* (Hrsg.): *Contemporary approaches in stuttering therapy*. Boston 1984, S. 173-216.
- Van Riper, Ch.:* Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986.

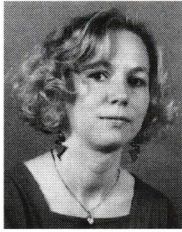
Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Päd. Bernd Hansen
Königsweg 20
2300 Kiel

Dipl.-Päd. Claudia Iven
Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät
Klosterstr. 79b
5000 Köln 41

Herr Dipl.-Päd. Bernd Hansen arbeitet als Sprachtherapeut in eigener Praxis und als Lehrbeauftragter am Heilpädagogischen Institut der Pädagogischen Hochschule Kiel.

Frau Dipl.-Päd. Claudia Iven ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.



Kerstin Weikert, Köln

Stottern im Erwachsenenalter

Sprechkontrollierungsverfahren und ihr Stellenwert in der Stottertherapie

Zusammenfassung

Innerhalb der Geschichte der Stottertherapie gehören Sprechkontrollierungsverfahren sicherlich zu den ältesten Therapieansätzen. Die Tatsache, daß stotternde Menschen „nur“ ihre Sprechweise zu verändern brauchen, um Stottersymptome auszuschalten bzw. zu unterdrücken, fasziniert immer wieder die Betroffenen selber wie auch die Therapeuten. Trotzdem ist das Problem Stottern, wie man aus vielen Erfahrungsberichten weiß, durch den alleinigen Einsatz dieser Verfahren meist nicht zu lösen. Mit Sprechkontrollierungsverfahren läßt sich nur ein Teilbereich der Stotterproblematik erfassen. Nicht erfaßt werden hierdurch die oft mit dem Stottern verbundenen psychosozialen Probleme der Betroffenen. Aus diesem Grund ist in der Stottertherapie eine Kombination verschiedener Therapieelemente, die sich gegenseitig ergänzen und auf die Bedürfnisse und Probleme der einzelnen Menschen ausgerichtet sind, notwendig und sinnvoll. Die Stottersymptomatik ist durch verschiedene Therapiemethoden in hohem Maße veränderbar bzw. reduzierbar. Neben einer Reduzierung der Stottersymptomatik sollte der selbstbewußte Umgang mit den vorhandenen sprachlichen Auffälligkeiten vorrangiges Ziel in der Stottertherapie sein.

1. Einleitung

Thema und auch Ziel meines Beitrages ist es, eine Einschätzung zum Stellenwert von Sprechkontrollierungsverfahren in der Stottertherapie zu geben. Dieses Thema ist eingebettet in die übergeordnete Frage nach den Therapiezielen bzw. in die Frage, welche Ziele in der Therapie stotternder Erwachsener realistisch und sinnvoll sind und wie sie erreicht werden können.

Mit Sprechtechniken, Sprechhilfen, Sprechtrainings-, Sprechübungs-, Sprechkontrollierungsverfahren etc. sind eine ganze Reihe von direkten sprachtherapeutischen Methoden gemeint, deren Gemeinsamkeit in einer veränderten Sprechweise besteht, was in aller Regel eine Reduzierung der Stottersymptomatik zur Folge hat.

Innerhalb der Geschichte der Stottertherapie gehören solche symptomorientierte Verfahren sicherlich zu den ältesten Therapieansätzen. Es erscheint auch erst einmal sehr logisch, daß in der Therapie dort angesetzt wird, wo sich das Symptom zeigt, nämlich am Sprechvorgang selber. Diese Verfahren gibt es wahrscheinlich schon so lange, wie es das Phänomen Stottern gibt bzw. so lange, wie es den Wunsch gibt, Stottern zu verändern. In diesem Zusammenhang ist mir das Beispiel von *Demosthenes* eingefallen, von dem berichtet wird, daß er mit Kieselsteinen im Mund gegen die Brandung ansprach, um seiner Sprechschwierigkeiten „Herr zu werden“.

Die Erreichung des Ziels, des völlig symptomfreien flüssigen Sprechens, hat immer wieder die verschiedensten Menschen aus den unterschiedlichsten Motiven dazu angeregt, an dem Wettlauf um die besten und effektivsten Therapiemethoden teilzunehmen. Bezüglich der schnellen und effektiven Symptomreduzierung rangieren die direkten sprachtherapeutischen Methoden auf Platz 1 der Rangskala. Diese Tatsache, daß Stotternde „nur“ ihre Sprechweise zu verändern brauchen, um Stottersymptome auszuschalten bzw. zu unterdrücken, fasziniert immer wieder die Betroffenen selber wie auch die Therapeuten. Man könnte sagen, daß mit dem Einsatz dieser Verfahren in der Stottertherapie die Qual der (Therapie-)Wahl aufgehoben ist, da das Ziel des flüssigen Sprechens mit diesen Methoden auf direktem Weg erreicht werden kann. Trotzdem ist das Problem Stottern, wie man aus vielen Erfahrungsberichten weiß, durch den alleinigen Einsatz solcher Verfahren meist nicht zu lösen. Das Problem liegt, wie man heute immer mehr erkennt, in dem Transfer, der Generalisierung und der Aufrechterhaltung solcher meist kurzfristigen Er-

folge. Mit Sprechtechniken läßt sich nur ein Teilbereich der Stotterproblematik erfassen. Nicht erfaßt werden hierdurch die meist mit dem Stottern verbundenen psychischen und sozialen Probleme der Betroffenen.

Hieraus ergibt sich eine der zentralen Fragen in der Stottertherapie, nämlich, auf welchem Weg ein langfristiger und zufriedenstellender Therapieerfolg für die Betroffenen gesichert werden kann.

2. Stottern: Begriffsbestimmung

Bevor dieser Sachverhalt weiter vertieft werden soll, möchte ich noch einmal kurz darauf eingehen, was Stottern ist bzw. wie sich das Phänomen Stottern begreifen läßt.

2.1 Kennzeichen und Erscheinungsbild

Der Beginn des Stotterns fällt charakteristischerweise in die Phase der kindlichen Sprachentwicklung. Zwar gibt es auch Menschen, bei denen das Stottern erst später auftritt. Dies ist aber eher die Ausnahme. Die meisten Kinder verlieren ihr Stottern wieder, nur in den wenigsten Fällen chronifiziert sich das Stottern und bleibt dann in der Regel ein Leben lang bestehen.

Heute kann davon ausgegangen werden, daß an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns Faktoren aus dem physiologischen, linguistischen und psychosozialen Bereich beteiligt sind (Schulze/Johannsen 1986; Schulze 1989). Deren Zusammensetzung und Gewichtung kann von Person zu Person variieren. Allerdings scheint physiologischen und linguistischen Faktoren eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die Entstehungsbedingungen zuzukommen.

Eines der bekanntesten Vorurteile über Stottern ist, daß die Ursachen rein psychisch bedingt sind. Diese These kann heute nicht mehr aufrechterhalten werden.

Dennoch spielen psychische Faktoren bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Stotterns eine wichtige Rolle. Sie können den Entwicklungsverlauf und die Auftretenswahrscheinlichkeit des Stotterns begünstigen.

Es ist unmöglich, alle Einflüsse, die auf einen Menschen einwirken, zu erfassen. Welche möglichen Bedingungen das Stottern bei ei-

nem Menschen mitbeeinflussen, kann nur im Einzelfall geklärt werden. Oftmals können hierüber nur Vermutungen angestellt werden, da jeder Mensch auf innere und äußere Einflüsse anders reagiert. So ist nicht immer einsichtig, warum ein Mensch in der einen Situation stottert und in der anderen nicht oder warum familiär belastende Ereignisse auf das eine Kind einen nachhaltigeren Einfluß ausüben als auf das andere.

Aus diesen Gründen ist gerade zur Bestimmung der Faktoren, die das Stottern ausprägen und aufrechterhalten, die aktive Mitarbeit der Klienten Voraussetzung, d.h. Diagnose und Analyse dieser Faktoren sowie die anschließende Planung der einzelnen Therapieschritte sollten ein gemeinsamer Prozeß von Therapeut und Klient sein. In diesem Prozeß stellt der Therapeut sein Fachwissen über Stottern und dessen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung und der Klient bringt sein Fachwissen über seine eigene Person ein.

Im Gegensatz zu Kindern haben stotternde Jugendliche und Erwachsene eine viel längere Lerngeschichte im Umgang mit ihren Sprechauffälligkeiten hinter sich. Sie haben meist schon vielfach erfahren müssen, was es heißt, anders zu sein als die anderen bzw. anders zu sprechen als der Hauptteil der Bevölkerung. Das Bewußtsein über die eigenen Auffälligkeiten sowie die vielfach erfahrenen oder auch vermuteten negativen Reaktionen von Gesprächspartnern haben bei vielen dazu geführt, daß sie sich nichts sehnlicher wünschen, als unauffällig zu sein und so zu sprechen wie die anderen. Aus diesem Grund versuchen sie alles, um die vorhandenen Stottersymptome zu unterdrücken oder zu verbergen. Dies bedeutet, daß Stottern im Jugendlichen- und Erwachsenenalter zu einem großen Teil aus Flucht- und Vermeidungsverhalten besteht – also aus all den Verhaltensweisen, die der einzelne bewußt oder unbewußt einsetzt, um das Stottern gar nicht erst auftreten zu lassen.

In seiner Gesamtheit besteht Stottern demnach aus vielen einzelnen Komponenten. Die wichtigsten sind: die Sprechunflüssigkeiten; die Selbsthilfeversuche, um über das Stottern hinwegzukommen; das Flucht- und Vermeidungsverhalten; die Selbsteinschätzung über

die eigene Person und die mit dem Stottern verbundenen negativen Emotionen und Kognitionen. Welche Anteile überwiegen, ist individuell unterschiedlich.

Stottern kann also zu einem Problem werden, das einen Menschen in seiner gesamten Lebensgestaltung beeinflusst. Deshalb ist es sehr wichtig zu erkennen, wo und in welcher Weise Stottern einen Menschen behindert, das zu tun, was er eigentlich gerne möchte.

Eines der Hauptprobleme, das stotternde Menschen häufig haben, ist, daß sie sich ihrem Stottern hilflos ausgeliefert fühlen. Es passiert etwas mit ihnen und zwar vornehmlich in ihrem Sprechablauf, was sie nicht mehr voll und ganz kontrollieren können. Die Aussage: „Das Stottern macht etwas mit mir“ ist hierfür typisch.

Die Frage, die sich nun stellt, ist, welche therapeutischen Möglichkeiten es gibt, damit Betroffene lernen, ihr Sprechen bzw. ihr Stottern positiv zu beeinflussen. Hierbei gilt es zwei wesentliche Erkenntnisse/Aussagen über das, was Stottern ist, zu berücksichtigen. Zum einen: Stottern bzw. die Sprechunflüssigkeiten sind im Kern ein sprachliches Problem; und zum anderen: ist Stottern in seiner chronischen Form fast immer verbunden mit Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich. Diese beiden Bereiche stehen natürlich in enger Wechselwirkung miteinander und können sich gegenseitig beeinflussen. Dies kann z.B. bedeuten, daß verstärkt auftretende Sprechunflüssigkeiten Verunsicherungen im psychosozialen Bereich nach sich ziehen und diese wiederum verstärkend auf die Stotterympptomatik wirken. Diese Wechselwirkungen und gegenseitigen Einflußnahmen können im Laufe der Zeit eine Eigendynamik entwickeln, so daß gesagt werden kann, daß Stottern im Jugendlichen- und Erwachsenenalter zum größten Teil aus erlerntem Verhalten besteht.

2.2 Konsequenzen für die Therapie

Ausgehend von den bisherigen Überlegungen können verschiedene Schlußfolgerungen gezogen werden, wie die Stotterympptomatik zu beeinflussen ist und wie es zu einer Reduzierung der Symptomatik kommen kann.

1. Einsatz direkter Therapiemethoden:

Die direkte Beeinflussung und Veränderung des Sprechvorgangs. Die Annahme ist hierbei, daß eine direkte Beeinflussung des Sprechmusters sich positiv bzw. ausgleichend auf die Störquellen im Bereich der Sprachproduktion auswirkt.

2. Einsatz indirekter Therapiemethoden:

Die Beeinflussung und Veränderung der Faktoren, die an der Ausprägung und Aufrechterhaltung des Stotterns beteiligt sind. Hier sind vor allem psychische und soziale Faktoren zu nennen.

In der Gestaltpsychologie gibt es einen bekannten Satz, der auch auf das Stottern übertragen werden kann. Er heißt: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“. In bezug auf das Stottern heißt dies, daß Stottern in seiner Ausprägung und dem, was es für den einzelnen Menschen bedeutet, mehr ist als die Summe seiner Einzelteile. Bei der Therapie des Stotterns geht es nicht nur um die Beeinflussung einzelner Faktoren, wie z.B. die Beeinflussung der Sprechflüssigkeit, sondern um eine sinnvolle Kombination von Therapieelementen, die sich gegenseitig ergänzen und die dem, was Stottern im Kern ist, sowie den Bedürfnissen und Problemen des einzelnen gerecht werden.

Hieraus wird schon ersichtlich, daß mit direkten sprachtherapeutischen Methoden nur ein Teilbereich des Problems Stottern erfaßt werden kann.

Auf den sicher sehr wichtigen Bereich der psychischen und sozialen Probleme möchte ich nicht weiter eingehen. Ich werde mich im folgenden schwerpunktmäßig auf die Möglichkeiten konzentrieren, mit denen direkt Einfluß auf den Sprechvorgang genommen werden kann.

3. Direkte Therapiemethoden – Zum Stellenwert von Sprechkontrollierungsverfahren

Sprachtherapeutische Methoden, die direkt auf den Sprechvorgang einwirken und auf diese Weise eine Reduzierung der Stotterympptomatik zur Folge haben, werden in der Sprachtherapie und Logopädie schon seit

langem eingesetzt. Ausgangsbasis ist die Beobachtung, daß Stotterer unter bestimmten sprechspezifischen Bedingungen nicht stottern. Prinzipiell geht es bei allen Verfahren immer um die Veränderung bestimmter Modalitäten während des Sprechvorgangs.

Untersuchungen und Erfahrungen (Andrews et al. 1983; Kuhr 1991) haben ergeben, daß sich folgende symptomreduzierende Techniken am günstigsten und effektivsten auswirken:

- Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit;
- Dehnung der Vokale;
- weicher Stimmeinsatz bei Vokalen, leichter Kontakt bei Konsonanten;
- Kontrolle der Atmung;
- rhythmisches Sprechen;
- geringe Spannung bei der Phonation;
- Veränderung der Lautstärke und Tonhöhe.

Die Fragen, die sich hieran anschließen, sind: Wie können diese Erkenntnisse für die Therapie genutzt werden und wie kann man sie den Klienten so vermitteln, daß sie darin auch eine Hilfe sehen? Welche Form der Vermittlung ist am effektivsten? Bei welchem Klienten ist welche Methode angebracht? Wie sieht ein einzelfallorientiertes Vorgehen in bezug auf den Einsatz von Sprechkontrollierungsverfahren aus?

Für die Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Therapie gibt es verschiedene Modelle. Einige dieser Verfahren möchte ich nur kurz aufzählen.

3.1 Sprechhilfen

Zu den sogenannten Sprechhilfen zähle ich Verfahren, die durch Hilfen von außen besondere Bedingungen während des Sprechens herbeiführen und mit denen unmittelbar eine Symptomreduzierung erreicht werden kann. Zu nennen sind hier folgende Formen:

- Simultan- und Schattensprechen (am bekanntesten ist sicher die Unisonomethode nach Liebmann);
- das Sprechen unter Maskierung;
- das Sprechen unter VAR (Verzögerte Auditive Rückkopplung);

- das metrische Sprechen mit Hilfe von Tischmetronom, Haptometronom und Mikronom;
- Rhythmussprechen mit Hilfe motorischer Bewegungen (z.B. Handschwung).

Sprechhilfen haben den Nachteil, daß die Person, die sie anwendet, an ein Hilfsmittel gebunden ist. Außer als Einstiegsverfahren und in einigen wenigen Ausnahmefällen scheinen mir diese Verfahren für die Stottertherapie nicht geeignet zu sein.

3.2 Exkurs: Selbsthilferversuche

Die meisten stotternden Menschen haben ganz unabhängig von therapeutischen Einflüssen im Laufe der Zeit selber Möglichkeiten entdeckt, wie sie durch bestimmte Verhaltensweisen oder sprachliche Veränderungen ihr Stottern positiv beeinflussen können, z.B. durch eine Veränderung des Sprechtempos oder der Sprechmelodie. Allerdings haben diese selbstentdeckten Beeinflussungsmöglichkeiten oftmals nicht nur einen positiven Effekt, sondern können auch sehr negative Nebeneffekte haben. So haben z.B. Mitbewegungen des Körpers oder das Atemvorschieben ehemals dazu gedient, über Unflüssigkeiten im Sprechablauf hinwegzuhelfen. Viele dieser Hilfen verlieren nach einiger Zeit wieder an Wirkung, bleiben aber als Überreste bzw. erlernte Fehlverhaltensweisen bestehen, ohne noch einen Nutzen zu bringen. Auf diese Weise integrieren sie sich im Laufe der Zeit als sogenannte mißlungene Selbsthilferversuche in die Stottersymptomatik bzw. Sekundärsymptomatik. Diese Art von Sekundärsymptomatik kann allerdings nicht nur durch selbstkreierte Hilfsmaßnahmen entstehen, sie kann auch Überrest von durch Therapeuten vermittelte Sprechhilfen sein.

Aus diesen Beobachtungen läßt sich ableiten, daß es adäquate und nicht adäquate sprechtechnische Hilfsmittel gibt. Kennzeichen nicht adäquater Mittel sind z.B. Mitbewegungen des Körpers und im Bereich der Sprachproduktion (Respiration, Phonation, Artikulation) alle Hilfsmaßnahmen, die durch Anstrengung oder Anspannung gekennzeichnet sind. Die Frage, die sich in bezug auf die positiven Selbsthilferversuche stellt, ist, ob und wie diese für die Therapie zu nutzen sind.

3.3 Sprechkontrollierungsverfahren

Im weiteren werde ich Verfahren beschreiben, die ich als Grundlage für Stottertherapien als sinnvoll erachte. Diese Verfahren habe ich unter dem Oberbegriff Sprechkontrollierungsverfahren zusammengefaßt.

Hierunter verstehe ich sprechtechnische Verfahren, die

- von Betroffenen bewußt und selbständig eingesetzt werden können,
- direkt den Sprechvorgang beeinflussen,
- eine Veränderung des Sprech- bzw. Stottermusters bewirken.

Ziel sollte es sein, durch den Einsatz solcher Verfahren Kontrolle über den Sprechvorgang bzw. das Stottern zu erlangen, um bei dem Auftreten von Stottersymptomen diesen durch das Anwenden solcher Techniken entgegenzuwirken oder sie von vornherein bestmöglichst auszuschalten. Die Techniken sollten von Anfang an in Kommunikations- und Alltagssituationen geübt und angewandt werden. Entscheidend ist, sie so zu vermitteln, daß sie für die betreffenden Personen ein geeignetes Mittel darstellen, sich in Problemsituationen selber helfen zu können. Der Aufbau der einzelnen Therapieschritte sollte für die Klienten einsichtig und nachvollziehbar sein.

Es gibt zwei therapeutische Richtungen, die in unterschiedlicher Art und Weise diesen Ansprüchen gerecht werden.

Zum einen gibt es die Therapieansätze, deren Ziel es ist, durch eine Änderung der gesamten Sprechweise ein flüssiges Sprechmuster aufzubauen. Dies wird vor allem in den Fluency-shaping-Ansätzen versucht. Zum anderen gibt es die Gruppe der Non-avoidance-Ansätze, in denen Sprechkontrollierungstechniken nur partiell eingesetzt werden und deren Ziel es ist, durch eine Veränderung des Stottermusters flüssigeres Sprechen aufzubauen.

3.3.1 Veränderung des gesamten Sprechmusters

Zu den Verfahren, deren Ansatz es ist, die gesamte Sprechweise zu verändern, gehören unter anderem die Legato- und Hausdörfer-

methode, welche vor allem in der Stotterer-Selbsthilfe sehr bekannt sind, prolongiertes Sprechen und die sprechtechnischen Verfahren, die in den Fluency-shaping-Ansätzen eingesetzt werden.

Kennzeichen sind:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Verlangsamung des Sprechtempos b) Dehnung der Vokale c) Weicher Stimmeinsatz bei Vokalen d) Sanfter Kontakt bei Konsonanten e) Halten des Sprechflusses (Atmung) | } | im gesamten Sprechablauf |
|---|---|--------------------------|

Diese einzelnen Elemente finden sich bei den einzelnen Verfahren unterschiedlich gewichtet bzw. unterschiedlich zusammengestellt. Grundprinzip ist hier, die stotternde Sprechweise durch eine andere, flüssigere Sprechweise zu ersetzen. Es wird davon ausgegangen, daß das alte Sprechmuster durch ein neues überlernt werden kann und sich dieses mit der Zeit automatisiert. Dahinter stehen zwei Annahmen: zum einen, daß das Stottern zum größten Teil aus erlernten Fehlverhaltenweisen besteht, welche auch wieder erlernt bzw. überlernt werden können; zum anderen, daß es stotterinkompatible Sprechmuster gibt, d.h. werden beim Sprechen bestimmte Prinzipien, wie z.B. langsames und gedehntes Sprechen eingehalten, ist das Auftreten von Stottern nahezu ausgeschlossen.

Diese Erkenntnisse und Verfahrensweisen sind im Prinzip nicht neu. Was vor allem in den fluency-shaping-Verfahren heutzutage gemacht wird, ist, das flüssige Sprechmuster systematisch, Schritt für Schritt, vom einfachen zum komplexen aufzubauen. Die bekanntesten Fluency-shaping-Ansätze sind die von *Boberg* und *Kully* (*Boberg/Kully* 1985) und von *Webster* (*Fiedler/Standop* 1986; *Kuhr* 1991) in den USA, das Monterey-Sprechtrainingsprogramm (*Schweppe/Jehle* 1985) und das Smooth-Motion-Speech-Konzept von *Andrews* et al. (*Von Gudenberg* 1988). Neben dem sukzessiven Aufbau eines flüssigen Sprechmusters werden in den Ansätzen auch verhaltenstherapeutische bzw. lerntheoretische Erkenntnisse genutzt, so

wird mit Hilfe sozialtherapeutischer Maßnahmen flüssiges Sprechen systematisch verstärkt. Da davon ausgegangen wird, daß psychische und soziale Probleme als Folge des Stotterns entstanden sind, wird angenommen, daß sich diese mit der nun geänderten – flüssigen – Sprechweise auch ändern. Dies bedeutet, daß dieser Bereich in diesen Ansätzen wenig Beachtung findet. Der Stellenwert der Sprechkontrollierungsverfahren ist demgegenüber sehr hoch, sie bilden das Kernstück der Therapie.

3.3.2 Veränderungen des Stottermusters

Von den Vertretern des non-avoidance-Ansatzes, vor allem zu nennen sind *Van Riper* (1986) und *Wendlandt* (1987a, 1987b), wird Symptomfreiheit als unrealistisches Ziel angenommen. Ihr Ziel ist flüssiges Stottern, eine andere Form des Stotterns ohne die gelernten Vermeidungs- und Anstrengungsreaktionen.

Sie streben eine Veränderung der Stotter-symptomatik an; dabei geht es um die direkte Arbeit an den Stottermustern. Ziel ist die bewußte Wahrnehmung der einzelnen Stotter-symptome, ihre Identifizierung und anschließende Modifizierung. Hiermit sind eine ganze Reihe von Modifikationstechniken gemeint, wie z.B. das willentliche Stottern (Pseudostottern), pull out, cancellation (*Van Riper* 1986). Grundprinzip ist es, die meist unangemessenen bzw. gelernten Stotterreaktionen, z.B. Anstrengungsreaktionen, durch angemessene Reaktionen zu ersetzen. Mit Hilfe dieser Techniken soll die Form des Stotterns dahingehend verändert werden, daß Stotter-symptome in einer leichten Form, ohne Anspannung und Anstrengung produziert bzw. zugelassen werden. Diese Techniken werden nur dann eingesetzt, wenn sich Stotter-symptome bemerkbar machen.

Kennzeichen sind:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Verlangsamung des Sprechtempos b) Dehnung der Vokale c) Sanfter Kontakt bei Konsonanten d) Bewußte Koartikulation | } | <p>nur bei einzelnen Passagen</p> |
|---|---|-----------------------------------|

Der Stellenwert der Sprechkontrollierungstechniken in diesen Ansätzen ist ein untergeordneter. Die Modifikationstechniken sind ein Mittel, um Stotter-symptome bewußt auf sprechtechnischem Weg kontrollieren und verändern zu können. Der Hauptschwerpunkt dieser Konzepte liegt in der Auseinandersetzung mit dem Problem Stottern, der Akzeptanz des Stotterns und dem Abbau des Flucht- und Vermeidungsverhaltens sowie den mit dem Stottern verbundenen negativen Emotionen und Kognitionen.

3.3.3 Zum Zeitpunkt des Einsatzes von Sprechkontrollierungsverfahren in der Therapie

Sprechkontrollierungsverfahren werden in den non-avoidance-Ansätzen erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der Therapie eingesetzt. *Van Riper* (1986) und *Wendlandt* (1987a; 1987b) setzen diese Verfahren erst nach einer Phase der intensiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Stottern und den damit verbundenen Problemen sowie einer Phase der Desensibilisierung ein. Aus meinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen kann ich sagen, daß ich diese Vorgehensweise für ausgesprochen sinnvoll halte. Vorstellbar ist, daß auch in Fluency-shaping-Ansätzen bzw. Therapieverfahren, die eine Veränderung des gesamten Sprechmusters anstreben, Sprechkontrollierungsverfahren erst dann eingesetzt werden, wenn vorher eine Auseinandersetzung mit dem „Ist-Zustand“ stattgefunden hat, d.h. mit der eigenen Problematik, der Analyse des Sprech-, Flucht- und Vermeidungsverhaltens sowie dem Abbau der mit dem Stottern verbundenen negativen Emotionen (z.B. Ängsten und Frustrationen) und Kognitionen (z.B. Einstellungen und Gedanken). Die Bearbeitung dieser Bereiche scheint eine wichtige Voraussetzung zu sein, um Therapieerfolge langfristig aufrechtzuerhalten. Ansonsten kann es sehr leicht geschehen, daß nach einer euphorischen Phase der Sprechflüssigkeit bzw. Symptomfreiheit bei dem ersten Auftreten von Stotter-symptomen wieder die alten Ängste, Schamgefühle, Einstellungen u.ä. hervortreten. Es kann eine Überflutung der mit dem Stottern verbundenen negativen Emotionen und Kognitionen stattfinden, was zu einem

Einbruch oder auch Zusammenbruch des bisherigen Erfolges führen kann. Viele Betroffene schaffen es dann nicht, sich aus dieser Krise zu befreien, denn sie haben meist nicht gelernt bzw. erfahren, ihr Stottern anders als bisher zu bewerten. So z.B., daß das Auftreten von Stottersymptomen kein „Unheil“ bedeuten muß oder daß Kommunikation trotz Stottern sehr erfolgreich verlaufen kann. Aus diesen Gründen sollte gerade zu Beginn einer Therapie auf die mit dem Stottern verbundenen Probleme eingegangen werden. Das Anstreben einer Einstellungsänderung und Akzeptanzhaltung gegenüber dem eigenen Stottern ist bedeutsam.

3.4 Wirkungsweisen und -ebenen von Sprechkontrollierungsverfahren

Zur Thematik, warum und wie Sprechkontrollierungsverfahren wirken, gibt es zum jetzigen Zeitpunkt mehr Fragen als Antworten. Die verschiedenen Theorien und Hypothesen zu diesem Gebiet sind oftmals Erklärungen innerhalb verschiedener Theoriesysteme und richten sich danach, welche Ursachenerklärung dem jeweiligen Ansatz zugrunde liegt.

Die bekannteste Erklärung ist, daß es sich beim Stottern um eine Koordinationsstörung der an der Sprachproduktion beteiligten Subsysteme handelt. Sprechkontrollierungstechniken helfen demzufolge, den Prozeß der Sprachproduktion zu koordinieren.

Auch wenn die Fragen, wie und warum Sprechkontrollierungsverfahren wirken, noch nicht genau beantwortet werden können, scheinen mir folgende Überlegungen und Beobachtungen wesentlich zu sein:

— Die positive Wirkung von Sprechkontrollierungsverfahren läßt vermuten, daß diese Methoden eine Hilfe sind, den Prozeß der Sprachproduktion flüssig zu gestalten. Ihre Wirkung ist eine kompensatorische. Kommt es zu Unflüssigkeiten im Sprechablauf, so kann die Anwendung dieser Verfahren eine ausgleichende/kontrollierende/stabilisierende Wirkung haben. Diese ausgleichende Wirkung kann entweder absolut sein, so daß Stottersymptome völlig ausgeschaltet oder aufgehoben werden können, oder die Wirkung ist nur teilweise gegeben. Dies bedeu-

tet, daß noch Unflüssigkeiten im Sprechablauf auftreten, aber in veränderter, abgewandelter oder abgeschwächter Form. *Sheehan* hat dies einmal so ausgedrückt: „Wie man stottert, ist furchtbar wichtig. Man hat nicht die Wahl, ob man stottert, aber man hat die Wahl, wie man stottert“ (*Sheehan* 1987, 19). Stottern ist demnach in der einen oder anderen Form veränderbar.

Da stotternde Erwachsene immer wieder berichten, daß sie trotz jahrelanger Anwendung von Sprechkontrollierungstechniken hin und wieder Stottersymptome haben, kann davon ausgegangen werden, daß Stottern nur veränderbar und in aller Regel verringert ist. Auch scheint die völlige Automatisierung einer Technik, wie dies vor allem von Vertretern der fluency-shaping-Ansätze angenommen wird, nicht vollständig einzutreten. Betroffene berichten, daß die Anwendung solcher Verfahren nur zum Teil unbewußt oder automatisch abläuft und sie immer wieder bewußt auf die Technik zurückgreifen müssen, insbesondere dann, wenn sie Unsicherheiten im Sprechablauf bemerken.

— Die Reduzierung der Unflüssigkeiten gelingt scheinbar nur bis zu einer individuell festgelegten Grenze. Diese Grenze ist keine statische, sondern eine dynamische und durch verschiedene Faktoren beeinflussbar. Theoretisch vorstellbar ist, daß die Symptomreduktion bis zu dieser (zwar hypothetischen) individuellen Grenze durch die geeigneten Therapietechniken recht gut gelingt. Alle Versuche, über diese Grenze hinauszukommen, sind für die Betroffenen ungleich mühevoller. Viele stotternde Erwachsene berichten, daß es ihnen große Anstrengung bereiten würde, ihre Restsymptomatik noch durch Sprechtechniken zu eliminieren, obwohl sie es durchaus könnten. In dieser Situation wird sicher von vielen Betroffenen eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt; oder anders ausgedrückt, es wird abgewogen, was man für den Mehraufwand der Kontrollierung bekommt.

Dieses Problem der individuellen Grenze berührt den Bereich der Erwartungen an den Therapieerfolg bzw. den Bereich der Vorhersage über die zu erlangende Sprechflüssigkeit. Wie flüssig ein Klient nach der Therapie spricht, ist folglich nicht nur eine Frage der

Wahl der Sprechtechnik, sondern auch eine Frage der vorhandenen individuellen Grenzen und Möglichkeiten.

Wie oben schon erwähnt, können bis jetzt keine genauen Aussagen darüber gemacht werden, auf welche Art und Weise Sprechkontrollierungsverfahren wirken. Vorstellbar ist aber, daß jeder Mensch unterschiedliche physiologische bzw. neurophysiologische Voraussetzungen mitbringt. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen könnten unterschiedliche Bedingungen für das Wirken von Sprechkontrollierungsverfahren schaffen. Das kann bedeuten, daß es der einen Person schon allein aufgrund dieser Bedingungen leichter bzw. schwerer fällt als einer anderen, Sprechkontrollierungsverfahren erfolgreich einzusetzen.

Diese Aussage deckt sich mit der Erfahrung vieler Betroffener und der Beobachtung vieler Therapeuten, daß zum einen die Anwendung der Sprechkontrollierungstechnik ein und derselben Person nicht immer gleich gut gelingt (Gründe hierfür können z.B. physischer, linguistischer und psychischer Streß sein) und zum anderen, daß es Unterschiede in der Anwendung zwischen verschiedenen Personen gibt, die das gleiche Verfahren anwenden. Es gibt sowohl intrapersonelle als auch interpersonelle Unterschiede in der Anwendung von Sprechkontrollierungsverfahren. Den einen gelingt eine fast vollständige Reduzierung ihrer Unflüssigkeiten, während andere große Mühe haben, ihre Sprechflüssigkeit aufrechtzuerhalten, und dies, obgleich sie die Sprechtechnik immer wieder bewußt üben. Sie müssen also immer wieder mit Hilfe der Sprechkontrollierungstechnik ihren Stottersymptomen gegensteuern, um sie auszugleichen.

— Das Üben einer Sprechkontrollierungstechnik ist wichtige Voraussetzung, um eine Sprechtechnik wirklich zu beherrschen und souverän im Alltag einsetzen zu können. Fachleute schätzen, daß ca. 100 Stunden benötigt werden, um die Technik so sicher zu beherrschen, daß sie langfristig erfolgreich eingesetzt werden kann (*Fiedler 1988*).

Allerdings scheint das Üben allein nicht der einzige Grund für den erfolgreichen Einsatz von Sprechkontrollierungsverfahren zu sein.

Da davon auszugehen ist, daß an der Entstehung, Aufrechterhaltung und Ausprägung des Stotterns sowohl physiologische als auch linguistische und psychosoziale Faktoren beteiligt sind, kann davon ausgegangen werden, daß diese Faktoren möglicherweise auch die Wirkungsebenen von Sprechkontrollierungsverfahren beeinflussen bzw. stören können. Vorstellbar ist, daß diese Faktoren wie Stressoren wirken:

— *linguistische Faktoren*

Über die Rolle der linguistischen Faktoren kann bisher nur wenig ausgesagt werden. Hier fehlen zur Zeit noch theoretische Überlegungen und vor allem Forschungsstudien.

Es scheint so zu sein, daß in dem linguistischen Komplexitätsgrad von Äußerungen eine Beeinflussungsgröße zu sehen ist. Je komplexer die Äußerung ist, desto schwieriger wird es den einzelnen Personen fallen, die Sprechtechnik von Anfang bis Ende einer Äußerung einzuhalten. Hierauf wird auch in den meisten Therapien Rücksicht genommen. Dies bedeutet, daß das Prinzip vom Einfachen zum Komplexen beim Erlernen einer Sprechtechnik eingehalten werden sollte.

— *physiologische Faktoren*

Auch physische Faktoren wie Krankheit, Müdigkeit und Abgespanntheit scheinen die Sprechflüssigkeit zu bedingen. Sie haben Einfluß auf die Stottersymptomatik und somit auch Auswirkung auf den Einsatz von Sprechkontrollierungsverfahren.

Diese möglichen Störquellen für den erfolgreichen Einsatz von Sprechkontrollierungsverfahren sind m.E. bisher viel zu wenig diskutiert worden.

— *psychosoziale Faktoren*

Eine wesentliche Einflußgröße scheint zu sein, ob eine Person die ihr angebotene Sprechtechnik annehmen kann, oder ob sie sie als störend empfindet. Wenn eine Person sich mit einer Sprechtechnik identifizieren kann, wird es ihr leichter fallen, sie anzuwenden. Es scheint wesentlich zu sein, ob jemand findet, daß eine bestimmte, (z.B. eine verlangsamte) Sprechweise zu ihm paßt, oder ob er findet, daß sie nicht zu seiner Persönlichkeit paßt. Einige Betroffene empfinden

z.B. Sprechtechniken, bei denen die gesamte Sprechweise verändert wird, für sich als Befreiung, weil sie damit flüssig sprechen können. Andere wiederum stört es, daß sie ständig ihren Sprechfluß kontrollieren müssen, und fühlen sich dadurch eingeengt. Manche empfinden die Sprechtechnik auffallender als die Stotterersymptomatik, andere empfinden es wiederum genau umgekehrt.

Möglicherweise ist es auch eine Frage der Persönlichkeit, wer mit welchem sprachtherapeutischen Ansatz besser zurechtkommt bzw. wer sich eher mit einer Veränderung des Stottermusters oder eher mit einer Veränderung des gesamten Sprechablaufs identifizieren kann. Dies bedeutet, daß vor einer Therapie eine intensive Beratung über die vorhandenen Möglichkeiten stattfinden sollte.

Wie jemand für sich eine Sprechkontrollierungstechnik beurteilt, scheint auch mit der Art der Stotterersymptomatik zusammenzuhängen, die er vorher hatte. So ist es gut verständlich, daß jemand, der starke Symptome hatte und sich kaum mitteilen konnte, eine langsame, aber flüssige Sprechweise für sich anders einschätzen wird als jemand, der fast keine Symptome hatte. Die Sprechtechnik hat für ihn einen ganz anderen Gebrauchswert.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal auf den Faktor der Übung zurückkommen. Häufig wird von Betroffenen wie auch von Therapeuten die Meinung vertreten, daß noch nicht genug geübt wurde und deshalb der Einsatz der Sprechtechnik noch nicht vollständig gelingt. Diese Ansicht kann zwar in bestimmten Fällen zutreffen, sollte aber Klienten gegenüber nicht unreflektiert geäußert werden, da sie die Gefahr der einseitigen Schuldzuweisung an den Klienten beinhaltet. Zum einen ist nochmals darauf zu verweisen, daß es hierfür verschiedene Gründe geben kann, und zum anderen kann niemand von sich oder anderen ständig Höchstleistungen erwarten. Wenn der Therapieerfolg beständig an dem Punkt der Übung scheitert, dann sind hierfür höchstwahrscheinlich andere Gründe verantwortlich.

Aus meinen Gesprächen mit Betroffenen über ihre Erfahrungen im Umgang mit

Sprechkontrollierungsverfahren wurden mir immer wieder eine ganze Reihe ähnlicher Erkenntnisse berichtet. Die wichtigsten Aussagen habe ich im folgenden zusammengestellt:

— Für viele Betroffene ist die Akzeptanz des Stotterns eine wichtige Voraussetzung für den souveränen Umgang mit der Sprechtechnik. Sie meinen, dadurch weniger gegen ihr Stottern anzukämpfen und lockerer damit umgehen zu können.

— Eine wichtige Erfahrung im Hinblick auf eine positive Änderung war für viele die Selbstaktivität und die positiven Alltagserfahrungen mit der Sprechtechnik.

— Viele konnten sich von Anfang an voll und ganz mit der Sprechtechnik identifizieren.

— Es tritt keine vollständige Automatisierung ein. Die meisten berichten von Phasen, in denen sie die Technik bewußt einsetzen, wenn sich Stotterersymptome bemerkbar machen oder wenn sie mehr Sicherheit im Sprechen erlangen wollen.

4. Ausblick

Zum Schluß möchte ich noch einmal zusammenfassend die nach meiner Meinung wichtigsten Kriterien von Stottertherapien darlegen:

(1) Psychosoziale Unterstützung

Hiermit sind der Aufbau und die Erweiterung der psychosozialen Kompetenz, welche die kommunikative Kompetenz beinhaltet, gemeint; die Unterstützung bei psychosozialen Problemen und das Aufzeigen von Problemlösungsstrategien; die Änderung der Einstellung zum Stottern bzw. das Anstreben einer Akzeptanzhaltung gegenüber dem Stottern.

(2) Arbeit am Sprechmuster bzw. Stottermuster

Durch den Einsatz von Sprechkontrollierungsverfahren sollte sowohl die Reduzierung der Stotterersymptome als auch die Kontrolle über den Sprechablauf angestrebt werden, um dadurch das Gefühl der Hilflosigkeit bei Auftreten von Stotterersymptomen zu verringern.

(3) Ausbau und Erweiterung der Selbsthilfekompetenz

Die aktive Mitarbeit der Klienten sollte Teil des therapeutischen Prozesses sein. Voraussetzung hierfür ist die Transparenz über die einzelnen Therapieschritte, denn dadurch kann eine Anleitung zur Selbsthilfe erfolgen. Erfolg in der Stottertherapie kann wahrscheinlich nur dann gegeben sein, wenn langfristig geplant wird.

Zu Beginn meines Beitrages habe ich schon einmal auf *Demosthenes* hingewiesen, und auf ihn möchte ich jetzt noch einmal zurückgreifen. Aus heutiger Sicht könnte man sagen, daß *Demosthenes* wesentliche Prinzipien bei der Therapie von Stottern beherzigt

hat. Zum einen hat er eine direkte Beeinflussung seines Sprechvorgangs vorgenommen. Man kann sich sicher leicht vorstellen, daß Kieselsteine, die während des Sprechens im Mund behalten werden, eine Änderung der Sprechweise zur Folge haben. Zum anderen hat *Demosthenes* sich von seinen Problemen beim Sprechen nicht entmutigen lassen. Immerhin ist er ein bedeutender Redner der Antike gewesen. Auch wenn heute nicht mehr genau gesagt werden kann, worin die sprachlichen Auffälligkeiten des *Demosthenes* bestanden, so scheint doch wesentlich an der Überlieferung der Geschichte zu sein, daß er sich trotz seiner Sprachprobleme nicht davon abhalten ließ zu reden.

Literatur:

- Andrews, G. et al.: Stuttering: A review of research, findings and theories. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 48 (1983), S. 226-246.
- Boberg, E., Kully, D.: Comprehensive stuttering program. San Diego 1985.
- Fiedler, P.: Kombination sprech- und sozialtherapeutischer Maßnahmen in der Behandlung erwachsener Stotternder. *Die Sprachheilarbeit* 26 (1981), S. 81-90.
- Fiedler, P.: Sprech-Stunde oder Psychotherapie? Wege und Umwege in der erfolgreichen Behandlung erwachsener Stotternder. In: *Hinteregger, F., Meixner, F.* (Hrsg.): Stottern aus der Sicht der Betroffenen und Therapeuten. Wien 1988, S. 51-60.
- Fiedler, P., Standop, R.: Stottern. München, Weinheim 1986.
- Graichen, J.: Organismische Fehlregulation als direkte Ursache von Redeflußstörungen (Stottern) in neuropsychologischer Differentialdiagnostik. *Sprache-Stimme-Gehör* 9 (1985), S. 34-40.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. *Handbuch der Sprachtherapie*, Bd. 5. Berlin 1992.
- Hausdörfer, O.: Durch Nacht zum Licht. Solingen 1986.
- Jehle, P., Boberg, E.: Intensivbehandlung für jugendliche und erwachsene Stotternde von *Boberg* und *Kully*. *Folia Phoniatria* 39 (1987), S. 256-268.
- Jehle, P., Boberg, E., Manz, L.: Umfassende Therapie des Stotterns von *Boberg* und *Kully*: Prinzipien und allgemeine Charakteristika der Behandlung, Ergebnisse und Probleme der Evaluation. *Sprache-Stimme-Gehör* 13 (1989), S. 153-202.
- Kuhr, A.: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns. Berlin, Heidelberg, New York 1991.
- Nadler, I., Mühe, S.: Stottern – Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum. *Die Sprachheilarbeit* 30 (1985), S. 209-217.
- Orthmann, W., Scholz, H.-J.: Stottern. Berlin 1983.
- Schulze, H.: Stottern und Interaktion. Ulm 1989.
- Schulze, H., Johannsen, H.: Stottern bei Kindern im Vorschulalter. Ulm 1986.
- Schweppe, D., Jehle, P.: Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis. *Die Sprachheilarbeit* 30 (1985), S. 217-224.
- Sheehan, J.G.: Botschaft an einen Stotterer. In: *Hood, St.B.* (Hrsg.): An einen Stotterer. Solingen 1987, S. 17-22.
- Van Riper, Ch.: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986.
- Von Gudenberg, A.W.: Stottertherapie im deutschsprachigen Raum und in den USA. Hannover 1988. Unveröffentlichte Dissertation.
- Wendlandt, W.: Zum Beispiel Stottern. München 1984.
- Wendlandt, W.: Nicht vermeiden – Stottern zeigen! Teil 1: Grundsätzliches zum Non-avoidance-Konzept in der Behandlung des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 32 (1987a), S. 145-153.
- Wendlandt, W.: Nicht vermeiden - Stottern zeigen! Teil 2: Symptomorientierte Behandlungsbausteine im Rahmen meiner Nicht-Vermeidungs-Therapien bei Stotternden. *Die Sprachheilarbeit* 32 (1987b), S. 193-205.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Päd. Kerstin Weikert
Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät
Klosterstr. 79 b
5000 Köln 41

Frau Dipl.-Päd. Kerstin Weikert ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln.

MAGAZIN

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildungsangebot der Landesgruppe Baden-Württemberg

1. Tagung vom 18. - 19. November 1992

Thema: „Ganzheitliche Erfahrungen im Bereich der Schule für Sprachbehinderte – Einsatz kinesiologischer, suggestopädischer und gestaltpädagogischer Methoden in der sprachtherapeutischen Förderung.“

Referentinnen: Ute Abrecht, SL; Kinesiologin Stefanie Frey, SL, Dipl.Päd., Gestaltpäd., Suggestopädin.

Ort: Evangelische Tagungsstätte Löwenstein-Altenhau.

2. Tagung vom 15. - 16. Januar 1993

Thema: „Wahrnehmungsstörungen, Sprachstörungen, Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten – diagnostische Hilfen und therapeutische Fördermöglichkeiten.“

Referenten: Dr. Herbert Günther und evtl. Dr. Willi Günther.

Ort: Pädagogisch-kulturelles Zentrum Freudental.

3. Tagung vom 11. - 12. Juni 1993

Thema: „Neuere Untersuchungsergebnisse zum kindlichen Dysgrammatismus – mögliche Konsequenzen für die sprachheilpädagogische Praxis.“

Referenten: Prof. Dr. Hermann Schöler, Dozent PH Heidelberg (und zwei weitere Referenten).

Ort: Pädagogisch-kulturelles Zentrum Freudental.

Der Preis beträgt pro Veranstaltung, inclusive einer Übernachtung und Verpflegung für zwei Tage, 170,00 DM für dgs-Mitglieder, für Nichtmitglieder 230,00 DM. Anmeldung und nähere Information erfolgt über die Landesgruppe Baden-Württemberg, Schillerstr. 3 - 7, 7100 Heilbronn, Tel. 0 71 31/56 24 71 (Frau Traub).

10. MFT-Kongreß in Lüneburg

Der 10. Europäische Kongreß für Myofunktionelle Therapie findet am 13./14. November 1992 in D-2120 Lüneburg, Hotel Seminaris statt. Tagungsthema:

Orofaciale Funktion/Dysfunktion im Spektrum von Kieferorthopädie und Sprachtherapie.

Interdisziplinäre Tagung für die Fachgebiete Zahnmedizin, Kieferorthopädie, Pädiatrie, HNO-Medizin, Logopädie, Sprachheilpädagogik und angrenzende Bereiche.

Tagungssprache ist Englisch und Deutsch. Veranstalter: Arbeitskreis für Myofunktionelle Therapie e.V. Auskunft und Anmeldung: Praxis Zahnarzt P. Helms, Eppendorfer Landstraße 108, D - 2000 Hamburg 20; Tel. 0 40 / 48 16 31; Fax 0 40 / 4 60 49 17.

Echo

Betr.: „Die Sprachheilarbeit“ 3/92, Beitrag von Erwin Breitenbach: Strukturwandel in der Schülerschaft an Sprachheilschulen – Tatsache oder Einbildung

Bezug: Zitat Mühlhausen aus „Die Sprachheilarbeit“ 31 (1986), S. 37-38.

Die beiden Erfolgsprozentzahlen von 99,4 % (1973) und 97,5 % (1983) finden sich nicht in meinem Beitrag. Sie lassen sich auch aus meinen Zahlenangaben nicht ermitteln.

Um der Prägnanz willen und der Kürze wegen habe ich 1986 nur Anfang und Ende eines immerhin zehn Jahre währenden Beobachtungszeitraumes zahlenmäßig dargestellt und, so hoffe ich, mit einem der Problematik angemessenen vorsichtigen Kommentar begleitet.

Das Recht zu diesem Kommentar resultiert aus der Tatsache, daß ich die sprachbehinderten Kinder, von denen ich berichte, alle kannte, auch ihre Eltern bzw. Mütter und derzeitige Freunde. Auch habe ich die Entwicklung dieser Kinder – wie man so sagt – hautnah verfolgen können.

Da schmerzt es schon, wenn 1992 der Ausdruck „angeblich“ verwendet und veröffentlicht wird.

Viel schlimmer aber scheint mir die Tatsache, daß sich der Strukturwandel – wie der Beitrag von Breitenbach zeigt und wie ich es selbst an meiner Schule miterlebt habe – in seiner Tendenz bis heute fortgesetzt hat.

Ich möchte wünschen, daß diese Entwicklung nicht nur schulpolitisch oder schulorganisatorisch – wie Breitenbach sie darstellt – beobachtet wird, sondern daß ihr gesellschaftspolitisch nachgegangen wird.

Gerd Mühlhausen

Erwiderung zum Leserbrief von Herrn Mühlhausen

Die von Herrn Mühlhausen angezweifelte Prozentzahlen ergeben sich, setzt man die Anzahl der Kinder, die Herr Mühlhausen in seinem Artikel (Die Sprachheilarbeit 31, 1986, S. 38) unter der Rubrik „nach vier Jahren Sprachheilgrundschule nicht ‘geheilt‘“ anführt, mit der Gesamtzahl der Schulanfänger in Beziehung. Dies war nötig, da Herr Mühlhausen keine weiteren Bezugsdaten nennt. Dies erschien mir jedoch auch sinnvoll, da mein Ziel das Verdeutlichen

einer Veränderung war und nicht die Berechnung einer Erfolgsstatistik der Sprachheilschule Flensburg. Um den Eindruck zu vermeiden, daß es sich bei den von mir angeführten Prozenträngen eben um eine solche echte Erfolgsquote handelt, wurde der Begriff Erfolgsquote von mir bewußt in Anführungszeichen gesetzt.

Die Vokabel „angeblich“, die von mir auf Seite 113 benutzt wurde, sollte nicht die Angaben von Herrn Mühlhausen in Zweifel ziehen, sondern lediglich zum Ausdruck bringen, daß es sich bei diesen Informationen um eigene Angaben von Herrn Mühlhausen handelt, die nicht weiter belegt werden.

Erwin Breitenbach

Materialien und Medien

Birgit Puller, Jürgen Steiner, Ursula Worms: Lesetexte für Sprachbehinderte. Themenbezogenes Üben in der Aphasietherapie. Edition Marhold, Berlin 1992. 59 Seiten sowie 15 Bild- und Schriftkarten. 48 DM.

Daß die Sprachbehindertenpädagogik nicht zu einer Sprechbehindertenpädagogik regredieren darf, ist oft genug postuliert worden; die Realität – exemplarisch aufgezeigt im Bereich der Schriftsprache – ist häufig dadurch gekennzeichnet, daß nur sehr selten Diagnose- und Therapiematerialien einem Kreis von Lehrern und Therapeuten zugänglich gemacht werden.

Daher ist es positiv einzuschätzen, daß nunmehr Lesetexte veröffentlicht werden, die nicht nur für aphasiebehinderte Menschen, sondern auch für dysgrammatisch sprechende Schulkinder und für erwachsene Analphabeten einsetzbar sind.

Nach Angaben der Autoren ist es ihr Ziel, semantisch geschlossene, kurze Texte mit Bildern anzubieten, die ein themen-, patienten- und alltagsbezogenes Üben ermöglichen.

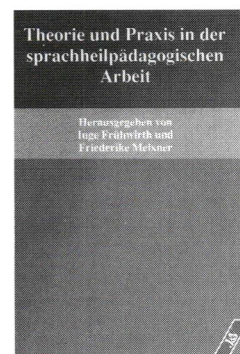
Die Lesetexte, die aus zerschneidbaren und kopierbaren Einzelteilen zusammengesetzt sind, umfassen 15 thematische Felder mit je vier Arbeitsblättern, die der Alltags- und Lebenswelt von Aphasie betroffenen Individuen entsprechen. Eine logische Handlungsfolge, die in sechs Schriftblocks mit je zwei Sätzen gegliedert ist, liegt jedem einzelnen Text zugrunde; in grammatischer Hinsicht überwiegen einfache SPO-Formen, bei denen der Handlungsträger am Beginn des Satzes steht. Zu jedem Text gibt es sechs Bilder, die zu dem nebenstehenden Schriftblock passen, und eine Wortfeldtafel gibt Übersicht über die im Text verwendeten Schlüsselwörter.

Hervorzuheben sind noch die drei Beispiele einer Übungsabfolge, die einen Eindruck von der vielfältigen Verwendbarkeit des Materials vermitteln.

Abschließend sind die Lesetexte denjenigen zu empfehlen, die auch die Arbeit mit im Lesen behinderten Personen für eine bedeutende sprachbehindertenpädagogische Maßnahme halten.

Uwe Förster

Rezensionen



Inge Frühwirth und Friederike Meixner (Hrsg.): Theorie und Praxis in der sprachheilpädagogischen Arbeit. Verlag Jugend und Volk, Wien 1992. 115 Seiten, 42 DM.

Der Band „Theorie und Praxis in der sprachheilpädagogischen Arbeit“ bietet eine sehr umfangreiche Sammlung sowohl theoretischer als auch praktischer Darstellungen zum Thema.

Siebenundzwanzig Autoren aus Österreich und Deutschland sprechen in sieben theoretischen und elf praktischen Arbeiten viele Fragestellungen der sprachheilpädagogischen Arbeit aus unterschiedlicher Sicht an.

Die Vielfalt der theoretischen Ansätze zeigt sich in den unterschiedlichen Themen wie auch in dem Umfang der beteiligten Nachbardisziplinen. Die sprachheilpädagogische Theorie wird mit Ergebnissen der Lernforschung, Sprachwissenschaft, Phonetik, Phonologie, Psychomotorik und Wahrnehmungspsychologie verknüpft. Dabei findet schon in den meisten theoretischen Arbeiten eine intensive Verschränkung mit der Praxis statt.

Die praktischen Beiträge – größtenteils ganzheitlich oder mehrdimensional – berücksichtigen wechselseitige Einflüsse von Sprache, Wahrnehmung, Bewegung, Empfinden und Denken.

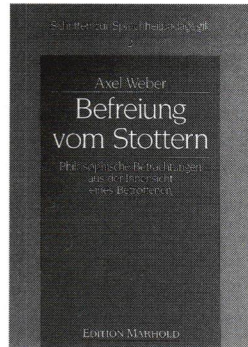
Thematisch geht es um die Diagnose und Therapie unterschiedlicher Sprachstörungen, wobei *Wendlandt* sogar Anleihen bei dem griechischen Rhetoriker *Demosthenes* macht. Außerdem werden neue Formen der Unterrichtsarbeit an der Wiener Sprachheilschule sowie die integrierte Förderung hörgeschädigter Kinder in Wien beschrieben.

Das vorliegende Kompendium gibt einen umfangreichen Eindruck über Praxis und Theorie der sprachheilpädagogischen Praxis im deutschsprachigen Raum, wobei eine gewisse Breite des Themenbereichs bereits durch die Auswahl der Autoren garantiert ist.

Der Schwerpunkt des Buches liegt im Bereich der sprachheilpädagogischen Praxis.

Insgesamt ist das Werk klar gegliedert und übersichtlich gestaltet. Es ist gut zu lesen und bietet den Vorteil der didaktisch-praktischen Verwertbarkeit.

Rita Zellerhoff



Axel Weber: Befreiung vom Stottern. Philosophische Betrachtungen aus der Innensicht eines Betroffenen. Edition Marhold, Berlin 1991. 104 Seiten. 24,80 DM.

Es gibt wohl kaum ein sprachheilpädagogischen Thema, über das so viel geschrieben worden ist, wie über das Stottern. Wissenschaftler unterschiedlicher Provenienz, Therapeuten, Betroffene, Personen des sozialen Umfeldes – die Reihe derjenigen, die sich mit dieser scheinbar unerschöpflichen Problematik (publikatorisch) auseinandergesetzt haben, wäre noch fortzusetzen. Nun kommt noch, so könnte man meinen, ein weiteres Buch hinzu, das einer kritischen Betrachtung, was es denn „Neues“ zu bieten habe, standhalten muß. Um es vorweg zu sagen – es ist kein Lehrbuch im klassischen Sinne, aber auch keine autobiographische Darstellung eines vom Stottern Betroffenen. Vielleicht steckt von beidem ein wenig darin, kurzum: Es ist schwer in die konventionellen Kategorien einzuordnen. Es ist eine Arbeit, die buchstäblich „aus dem Rahmen“ fällt und daher das Interesse einer heterogenen Leserschaft finden sollte. Zumal diese Arbeit all jenen Menschen gewidmet ist, „die vor den Wagnissen ihres Lebens nicht zurückschrecken“. Wer sollte sich also davon nicht angesprochen fühlen, da die meisten von uns dieses für sich in Anspruch nehmen dürften: Es ist sicherlich nicht übertrieben, daß die Arbeit mit stotternden Menschen allzu oft als therapeutisches Wagnis angesehen wird. Ob dieses Buch dazu beiträgt, derartige Wagnisse berechenbarer zu machen, muß dem Urteil des Lesers vorbehalten bleiben.

Wie der Autor hervorhebt, ist er mit seiner Arbeit das Wagnis eingegangen, theoretische Elemente mit praktischen, konkreten Lebenssituationen, die zum Teil autobiographischen Charakter haben, zu konfrontieren. *Weber* betrachtet seine Ausführungen als das Ergebnis eines Klärungsprozesses von der philosophischen und historischen Pluralität hin zu dem Versuch, Probleme zu reflektieren und Begriffe wie „Spre-

chen“, „Stottern“, oder „Therapie“ transparent zu machen und zu verstehen. Dieser Klärungsprozeß mündet ein in den Versuch, den genannten Begriffen einen – neuen, subjektiven – Inhalt zu geben. Dieses terminologische Disputieren verliert aber nie die Menschen, um die es vor allem geht, aus den Augen.

Zum Aufbau der Arbeit:

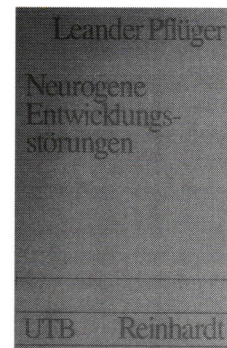
Im ersten Kapitel beschäftigt sich der Autor mit dem „Mißlingen von Sprechen“ durch „Stottern“ und versucht, einen „Vorgang“ zu beschreiben, der den klaren Gedanken im Kopf des Stotterers in Unordnung geraten läßt und aus „Sprechen“ „Stottern“ macht (S. 14).

Anschließend setzt sich *Weber* mit dem (Nicht-Gelingen von) Sprechen auseinander und versucht diesen Begriff zu operationalisieren. Im letzten Kapitel geht es um Therapie „als das Ermöglichen von Sprechen“; hier versucht der Autor, einen Weg vom „Stottern“ in das „Sprechen“ zu rekonstruieren.

„Befreiung vom Stottern“ ist kein „leichtes“ Buch – das Buch hält also, was der Titel in dieser Hinsicht verspricht. Es ergänzt aber die bereits erwähnten mannigfachen Publikationen um zumindest eine wichtige Dimension: Der Autor vermag aus seiner Betroffenheit heraus unerwartete Fragen zu stellen, eine mögliche Beantwortung anzudeuten und somit eine weitere Beschäftigung mit dieser vielgestaltigen Problematik zu ermöglichen.

Mögen sich hoffentlich viele Kolleginnen und Kollegen dieser noch offenen Fragen in Theorie und Praxis annehmen.

Uwe Förster



Leander Pflüger: Neurogene Entwicklungsstörungen. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1991. 297 Seiten. 32,80 DM.

Das vorliegende Buch versteht sich als Einführung für Sonder- und Heilpädagogen, die sich mit neurogenen Entwicklungsstörungen auseinandersetzen haben.

Bevor im Praxisteil entwicklungsbezogene Strukturierungsmerkmale bei der Frühförderung erarbeitet werden, macht der Autor deutlich, daß sich ZNS-bedingte Störungen im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprache, der sozialen Interaktion, der emotionalen Entwicklung und in der Organisation von kognitiven Strukturen niederschlagen können.

Auf der Grundlage der Pädagogischen Anthropologie, der Sonderpädagogik, der Neurophysiologie und -psychologie sowie der Entwicklungspsychologie werden sämtliche Förderansätze im interdisziplinären Rahmen theoretisch fundiert. Die 36-seitige Bibliographie gibt Auskunft über eine systematische Zusammenstellung der einschlägigen Literatur, so daß das Buch den Charakter eines Nachschlagewerkes erhält.

Die Sprachbehindertenpädagogen besonders interessierenden Ausführungen über Entwicklungsstörungen der Sprache bzw. des Sprechens basieren allerdings auf überwiegend älteren Publikationen, aktuellere Forschungsergebnisse werden leider kaum berücksichtigt. Ansonsten imponiert das exakte terminologische Vorgehen, das die Transparenz der Darstellung maximiert.

Wenn im Vorwort davon die Rede ist, daß wir im Jahrzehnt des Gehirns leben, dann ist *Pflügers* Arbeit Bestätigung für diesen Sachverhalt. Daß dieses Jahrzehnt noch recht jung ist, können wir an dem ablesen, was über das Gehirn noch nicht bekannt ist. Wer aber nicht auf den Jahrtausendwechsel mit hoffentlich weitgehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über das cerebrum warten möchte, dem sei dieses Buch empfohlen.

Uwe Förster

Vorschau

B. Ahrbeck/K.D. Schuck/A. Welling: Aspekte der Professionalisierung der Sprachbehindertenpädagogik in integrativen Praxisfeldern.

F. Bertz: Das Competition Model – ein brauchbares Sprachverarbeitungsmodell für die Sprachbehindertenpädagogik?

R. Clausnitzer/V. Clausnitzer: Altersabhängige Häufigkeitsverteilung von Dysfunktionen bei Kindern mit Gebißanomalien und Kindern mit normalen Gebissen.

W. Lehmann: Sprachheilpädagogische Therapie bei geriatrischen Aphasiepatienten nach einem zerebrovaskulären Insult.

O.K. Romanenko: Gruppengestalttherapie von Erwachsenen mit dauerhaften Formen des Stotterns.

J. Teumer: 80 Jahre Sprachheilklassen in Hamburg – Entwicklungslinien schulischer Maßnahmen für Sprachbehinderte in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

B. Kolonko/M. Stahlmann: Zur Anwendung der Konversationsanalyse in der Aphasiediagnostik.

H.-J. Kellner: Evaluation der Stottertherapie nach *Van Riper* mit Erwachsenen.

Kurse in „Myofunktionelle Therapie“

Kurs in: 7400 Tübingen (12./13.2.93)

Leitung: Anita Kittel, Logopädin

Anmeldungen unter Angabe des Berufes und Telefon (dienstlich und privat):

**Anita M. Kittel,
Hornschnuchstr. 12, 7400 Tübingen**

Diplomsprachheilpädagogin

(26 J.) sucht Stelle im Großraum Düsseldorf zum 1.3. oder 1.4.93.

Chiffre: SP 59200

Wer möchte tauschen?

Ich habe derzeit eine Stelle in einer „**Sprachheilklasse**“, Nähe Frankfurt und suche ebensolche im Kreis Gießen/Wetzlar

**B. Klocke-Weinel
Steinberger Straße 8, 6301 Pohlheim 5**

Die Stadt Bonn
sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für ihre heilpädagogischen Kindergärten

**bo
nn**

eine Logopädin oder einen Logopäden

– Vergütungsgruppe V c/V b BAT –

zur Vertretung für eine bis zum 05.06.1993 beurlaubte Mitarbeiterin. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer/eines Vollbeschäftigten; das sind zur Zeit 19 Stunden und 15 Minuten.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften **unbedingt unter der Angabe der Kennziffer 50-5** an den **Oberstadtdirektor - Personalamt - Stadthaus, Berliner Platz 2, 5300 Bonn 1.**

Die Stadt Bonn ist um die berufliche Förderung von Frauen bemüht. Daher werden Bewerbungen von Frauen begrüßt.

Der Hedwig-Wachenheim-Kindergarten der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Oberberg e.V., sucht zum frühestmöglichen Zeitpunkt

eine(n) Logopäden(in)

In unserer Einrichtung werden behinderte und nichtbehinderte Kinder im Vorschulalter betreut und gefördert. Wir erwarten Interesse an der Arbeit mit den Kindern und intensive Zusammenarbeit mit den übrigen Fachkräften.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BMT/AW.

Bewerbungen (Lebenslauf, Lichtbild, Übersicht über den beruflichen Werdegang und Zeugnisse) werden erbeten an:

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Oberberg e.V., Kreisgeschäftsstelle, Hüttenstraße 27, 5250 Engelskirchen-Ründeroth, Telefon (0 22 63) 7 04 47, (0 22 63) 7 05 42 oder (0 22 62) 20 21.

Suche ab Januar 1993 Mitarbeiter/in

in meiner sprachtherapeutischen Praxis im Rhein.Berg.Kreis ((zwischen Köln und Düsseldorf) für zunächst ca. 20 Wochenstunden als Honorarkraft.

Die Stelle ist auch für Anfänger geeignet.

Behandlungsschwerpunkt: kindliche Sprach- und Sprechstörungen.

Bewerbungen an:

**Sprachtherapeutische Praxis
A. Herweg, Bahnhofstr. 31 b,
5653 Leichlingen 1, Tel.: 02 17 15 / 54 33**

Wir suchen nette

Logopädin/en Sprachheilpädagogin/en

für unsere freie Praxis in Northeim (bei Göttingen) als freie Mitarbeiterin oder Angestellte. Teilzeit möglich.

**Sprachtherapeutische Praxis
Thomas Döhlinger/Claudia Schnitt
Schillerstr. 3, 3410 Northeim
0 55 51 / 6 27 57**

Für unsere staatlich anerkannte private Schule für Körperbehinderte und Sprachbehinderte (200 Schüler) suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine(n)

Logopädin(en)

Das Aufgabengebiet umfaßt die Betreuung und Förderung von körper- und sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen im Schulbereich. Mehrjährige Berufserfahrung ist wünschenswert.

Arbeitsbedingungen, Vergütung und Sozialleistungen richten sich nach AVR-Diakonie bzw. nach landesrechtlichen Bestimmungen.

Bewerbungen richten Sie bitte an



**Bathildisheim e.V.
Rehabilitationszentrum
Postfach 15 20,
3548 Arolsen**

Für unseren Sonnenschein-Kindergarten in 4534 Recke-Espel (3 Sonderkindergartengruppen mit je 8 Kindern und 1 integrative Gruppe mit 15 Kindern) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Sprachtherapeutin/en Vollzeitbeschäftigung möglich

Wir bieten Vergütung und sonstige soziale Leistungen nach den AVR (analog BAT), Fortbildung ist selbstverständlich. Recke-Espel liegt im nördlichen Münsterland zwischen Osnabrück und Rheine.

Bewerbungen bitte an den



**Caritasverband
Tecklenburger Land e.V.**



Klosterstraße 19
4530 Ibbenbüren,
Tel. 0 54 51/5 00 20



Wir haben unseren seit 1984 bestehenden Sprachheilkindergarten in 2838 Sulingen um 2 Gruppen auf nunmehr 40 Plätze erweitert.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt möchten wir eine weitere

Logopädin oder Sprachtherapeutin

auf Dauer einstellen.

In Zusammenarbeit mit pädagogischen Fachkräften, Motopäden und Psychologen engagieren wir uns für unsere gemeinsamen Aufgaben, halten uns aber auch gern für neue Impulse offen.

Gerne beantworten wir unter **0 42 71/ 40 61, Herr Lensing**, weitere Fragen. Noch lieber wäre uns ein baldiges Vorstellungsgespräch, auf das wir uns freuen.

Der DRK-Kreisverband Bonn e.V.

hat in seiner heilpädagogischen Tagesstätte für körper- und mehrfachbehinderte Kinder zum 1. Oktober 1992 oder später eine Stelle für

eine/n Logopädin/en oder Sprachheilpädagogin/en

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BAT Bund/Länder.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit aussagefähigen Unterlagen an:

**DRK-Kreisverband Bonn e.V.
Heilpädagogische Tagesstätte
für körperbehinderte Kinder
z.Hd. Frau Wenniges
Am Kümpel 2, 5300 Bonn 1**

Suche ab Januar '93

Sprachheilpädagogin Sprachheillehrerin

für Schwangerschaftsvertretung evtl. auch für langfristige Mitarbeit bzw. Praxisbeteiligung.

**Praxis für Sprachheiltherapie
Hildegard Tegethoff
Am Markt 5, 2370 Büdelsdorf
Tel.: (0 43 31) 3 82 72**

Für unseren Sonderkindergarten suchen wir zum 1.10.1992 oder später eine/n

Logopäde/in oder Sprachtherapeuten/in oder Sprachheilpädagoge/in in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung.

Wir bieten Ihnen selbständige Arbeit, Unterstützung bei der beruflichen Fortbildung, angenehme Arbeitsatmosphäre in freundlich ausgestatteten Arbeitsräumen sowie Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung. Ihre Fragen zu unserer Arbeit beantworten wir Ihnen gerne, bitte rufen Sie uns an.

**Sprachheil Einrichtung CRANEY, Bissendorfer
Straße 14, 3006 Burgwedel 1 (bei Hannover)
Tel. (0 51 39) 23 53**

**Lateralisationsgerät zum Training
der akustischen Wahrnehmung
und Hemisphärenintegration**
- frei wählbare Wechselzeiten

- je 2 Kopfhörer- und Mikrofonanschlüsse
- Erfolge bei:
 - Sprachentwicklungsverzögerung
 - Artikulationsstörungen
 - Myofunktionellen Störungen
 - Legasthenie
 - Lernstörungen (Teilleistungsstörungen)
 - Akustische Wahrnehmungsstörungen
 - Stimmstörungen, Redeflußstörungen
 - Aphasie, Autismus
 - Zentralbedingte Störungen wie:
 - Parkinson, MS, Dysarthrien
 - Motorische Störungen
 - Lateralitätsstörungen
- Nach langjährigen Erfahrungen des Sprachheilpädagogen Herrn Friedrich Pelz
- Zu beziehen bei: Electronic Concept
Uwe Minning, Baslerstraße 46
7850 Lörrach, Tel: 07621/84559 Fax: 12878

Ab 590,- DM

In einem medizinischen Versorgungszentrum in 2990 Papenburg soll eine selbständige Sprachheilpraxis eingerichtet werden, für die ein/e

Logopäde/in oder Sprachheilpädagoge/in

gesucht wird. In dem Komplex befinden sich bereits 10 Arztpraxen u.a. ein Kinderarzt, HNO-Arzt und ein Neurologe, sowie ein Optiker, Hörgeräteakustiker und eine Apotheke. Weitere Kinderärzte sind in unmittelbarer Nähe. Der Bedarf an Sprachheilarbeit ist sehr groß.

Interessenten, die die Niederlassungsvoraussetzungen für eine solche Praxis erfüllen, wenden sich bitte an

Theo Jasper
Hauptkanal links 78
2990 Papenburg
Tel.: (0 49 61) 40 18

Sprachtherapeutische Praxis

Hede M. Baum

Rathausstraße 20
5000 Köln 90 (Porz)

sucht ab 1/93

Sprachtherapeut/in

als freie/n Mitarbeiter/in.

Suche

Sprachtherapeut/in

als freie/n Mitarbeiter/in

Sprachtherapeutische Praxis

Monika Kruljac

Dieselstraße 13
5010 Bergheim/Erft,
Tel.: (0 22 71) 6 47 65



Diakonie-Krankenhaus Schwäbisch Hall
(Akad. Lehrkrankenhaus der
Universität Heidelberg)
im Evang. Diakoniewerk Schwäbisch Hall e.V.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt **eine/n weitere/n engagierte/n Logopädin/en** für den Einsatz im gesamten Krankenhausbereich und zur Betreuung ambulanter Patienten. Die schwerpunktmäßig stationären Aufgaben erstrecken sich vor allem auf die Untersuchung und Behandlung von

Aphasien
Dysarthrien/Sprechpraxien
Laryngektomie
organisch bedingte Stimmstörungen

sowie die Beratung von Patienten und deren Angehörigen.

Das vielseitig und interessante Arbeitsfeld, das sich auch auf die Betreuung von Kindern und deren Eltern in der sozial- und neuropädiatrischen Abteilung bezieht, fordert Flexibilität und Freude am selbständigen Arbeiten.

Die Bereitschaft zum fachlichen Austausch mit den unterschiedlichsten Abteilungen des Krankenhauses und anderen externen Stellen wird vorausgesetzt.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an die
Krankenhausverwaltung
Diakoniestraße 10, 7170 Schwäbisch Hall

Bergedorfer Kopiervorlagen

„Lesenlernen mit Hand und Fuß“ —
der Leselehrgang für Sprachheil- und Sonderschulen von Ulrike Marx und Gabriele Steffen. Jetzt neu: Die **Mitmach-Texte**, das Textbuch zum Leselehrgang.

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

Lehrmittelservice: Gollwitz-Titel, Lernpuzzles, Sensory-Programm u. v. m., **Info** anfordern:



Verlag Sigrid Persen

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

Suche ab November 1992 oder später

Sprachheilpädagogin/ Sprachheilpädagoge

für 20 Stunden oder mehr als freier Mitarbeiter in meiner Praxis.

Sprachheilpädagogische Praxis
B. Palm-Bauer
Hohenzollernstraße 188
4050 Mönchengladbach 1
Tel. (0 21 61) 20 66 23

NEUERSCHEINUNGEN FRÜHJAHR/SOMMER 1992

Herbert Steiner

Gemeinsam gestalten – Arbeitsbuch zur integrativen Kreativitätsförderung

1992, 220 S., 125 s/w Abb., 8 Farbabb., Format 16x23cm, br, ISBN 3-86145-027-5

Bestell-Nr. 8600 DM 48,00

Bernhard Roggmann

Rheuma in Stichworten

Handbuch für Therapeuten und Patienten

1992, 164 S., Format DIN A 5, kt, ISBN 3-8080-0279-4

Bestell-Nr. 1019 DM 29,80

Anneliese Budjuhn

**Die psycho-somatischen Verfahren
Konzentrierte Bewegungstherapie und
Gestaltungstherapie in der Praxis**

1992, 280 Seiten, 109 Abb., davon 46 farb., Format 16x23cm, br, ISBN 3-8080-0272-7

Bestell-Nr. 1018 DM 48,00

Michael Baumgartner/Gisela Färber/Franz Michels
SpikS

Spielekartei für Sonder- und Heilpädagogik

1992, 180 Karteikarten (DIN A 6) mit Begleitheft i. Ordner, ISBN 3-8080-0263-8

Bestell-Nr. 1141 DM 39,80

Michael Kalde

Vom spielerischen zum sprachlichen Dialog mit behinderten Kindern

Ein Buch zur handlungsorientierten Spiel- und Sprachmotivation

1992, 180 S., Format 16x23cm, br

ISBN 3-8080-0264-6 **Bestell-Nr. 1460, DM 38,00**

Waltraud Meusel/Krista Mertens

**Allerlei Bewegung
Spielen, Tanzen, Musizieren**

30 ausgewählte Gegenstände können alleine, mit einem Partner und in einer Gruppe spielerisch, gymnastisch und rhythmisch bewegt werden. Alle Übungsbeispiele, Lieder und Spiele wurden in der Praxis getestet. Eine Musikkassette (s.u.) rundet das Angebot ab.

1992, 292 S., Format 16x23cm, br

ISBN 3-8080-0240-9 **Bestell-Nr. 1138, DM 52,00**

Dazu lieferbar:

Waltraud Meusel

Allerlei Bewegung

Musikkassette, 32 Minuten Laufzeit,

ISBN 3-8080-0234-4 **Bestell-Nr. 7109, DM 29,80**

Gesamtausgabe:

Buch und Cassette „Allerlei Bewegung“

ISBN 3-8080-0241-7 **Bestell-Nr. 1139, DM 69,80**

Uwe Hofele

Der Dunkelraum als Abenteuerspielplatz der Sinne

Praktische Beispiele zur Wahrnehmungsförderung – 29 Themenkreise

(praxis psychomotorik, Band 3)

1992, 80 S., Format DIN A 5, kt

ISBN 3-8080-0299-9 **Bestell-Nr. 1162, DM 24,00**

Michael Heuermann

Musik-Bewegung-Gestaltung

Zwölf Stundenbilder

1992, 40 S., Format DIN A 5, geh

ISBN 3-8080-0277-8 **Bestell-Nr. 1161, DM 16,80**



verlag modernes lernen - Dortmund

borgmann publishing GmbH

Hohe Straße 39 · P.O.Box 10 05 55 · D - 4600 Dortmund 1 · ☎ 12 80 08
FAX (02 31) 12 56 40

sprache 5/92

**Anzeigenschluß
für Heft 6/92 (Dezember)
ist der 10.11.92**

L 11772 F
Die Sprachheilarbeit

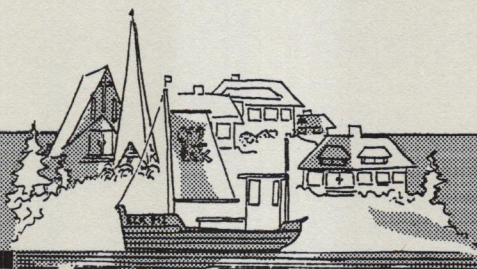
verlag modernes lernen
P.O.Box 10 05 55 • 4600 Dortmund 1

002 006 110621

Kurt Bielfeld

Leonberger Ring 1

1000 Berlin 47



DAS HEILPÄDAGOGIUM an der Ostsee

Heilpädagogische Einrichtungen für Jugendhilfe, Rehabilitation und Eingliederungshilfe

Heilpädagogische Erziehung und therapeutische Förderung für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige zur Behandlung von Entwicklungsstörungen und Behinderungen

Zur **logopädischen Grundförderung und Sprachheiltherapie** für verhaltensgestörte, neurotisch-ferlentwickelte und grenz-debile Kinder und Jugendliche suchen wir eine/n

LOGOPÄDIN/-EN

oder **SPRACHHEILTHERAPEUTIN/-EN**

Wenn Sie an einer dauerhaften Mitwirkung unserer heilpädagogischen Arbeit interessiert sind, rufen Sie uns bitte an oder bewerben Sie sich schriftlich mit Ihren vollständigen Bewerbungsunterlagen.

Telefonische Auskünfte erteilt 0 43 51 / 9 00 90 oder 3181.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

DAS HEILPÄDAGOGIUM an der Ostsee
Stiftungen für christlich-soziale Dienste
Brennofenweg 4 • 2330 Eckernförde