

Die Sprachheilarbeit

2/93

Auf ein Wort

Reiner Bahr

Hauptbeiträge

Hans-Jürgen Kellner, Hamburg

Evaluation der Stottertherapie nach Van Riper mit
Erwachsenen

63

Beate Kolonko, Martin Stahlmann, Freiburg (Schweiz)

Zur Anwendung der Konversationsanalyse
in der Aphasiediagnostik

74

Boris Hartmann, Köln

Zielsetzungen und immanente Fragestellungen einer
systemisch orientierten Sprach- bzw. Aphasitherapie

83

Magazin

Im Gespräch

Barbara Sporer, München

Doppelt benachteiligt: Sprachbehinderte Mädchen
in Mathematik und Naturwissenschaften

92

Einblicke

Ingeborg Vitzthum, Dresden

Therapie bei stotternden Kindern im Grundschulalter
(Klassen 1/2) nach dem Dresdner Modell

98

dgs-Nachrichten • Rezensionen • Buch- und Zeitschriften-
hinweise • Vorschau

38. Jahrgang/April 1993

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
D-4600 Dortmund 1 (ab 1. 7. 93 neue PLZ: 44139)
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: Løer 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:

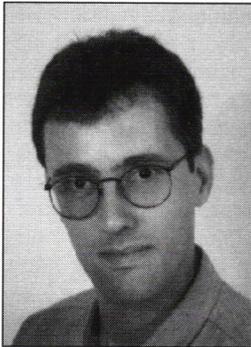
Jahresabonnement DM 68,00 einschl. Versandkosten und 7% MwSt.

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.



Reiner Bahr

Auf ein Wort

Verschwindende Kindheit?

Christoph, neun Jahre alt, sitzt mir gegenüber, seine Augen verschlafen klein, die Lernmotivation praktisch null. Es ist wieder einmal Montag, erste Stunde, Sprachtherapie. Aber Christoph hatte, wie so oft in den letzten Wochen zuvor, einige Tage gefehlt mit der Begründung, die Mutter habe verschlafen, so daß ihm der Schulbus weggefahren sei. Also keine Sprachtherapie, sondern Aufarbeitung des im Mathematikunterricht Versäumten, denn Christoph soll den Anschluß an den Stoff der zweiten Klasse nicht verlieren, damit er seine Chance zur Umschulung in die Regelgrundschule behält. Unvermittelt streut Christoph in die Erarbeitung der Zweierreihe Bemerkungen wie „Im Kabelkanal läuft jetzt 'BimBamBino'“ oder „Bud Spencer war gestern klasse!“ ein. Ich frage mich: Was ist mein sonderpädagogisches Bemühen gegen die Macht des Mediums Fernsehen? Und was sind wöchentlich 24 Stunden Schule gegen vermutlich 40 Stunden Fernsehkonsum?

Szenenwechsel. Der Puppenspieler und Puppenspielautor Friedrich *Arndt* gehörte zu den führenden Kräften, die in den siebziger Jahren Puppenspiele für das Fernsehen einrichteten. In einem Aufsatz aus dieser Zeit stellt er einige positive Aspekte, die sich aus der Ausstrahlung der Puppenspielsendungen ergaben, heraus. Kinder hätten zum Beispiel Spielszenen der Sendungen nachgeahmt, indem sie ähnliche Spielsituationen schufen. „Wir waren also mit unserem Spiel mitten in das kindliche Interesse vorgestoßen, hatten Schlummerndes geweckt und Anregungen zu eigenem Spiel gegeben, zu eigenem, denn eine sklavische Nachahmung des Fernsehspiels war ja nicht möglich, da weder der gleiche Raum noch die gleichen Requisiten vorhanden waren und jedes Kind sich nach den vorhandenen Umständen in dem eigenen Haus zu richten und sich mit ihnen in seinem Spiel einzurichten hatte. Die Phantasie der Kinder mußte also aus den anderen häuslichen und familiären Gegebenheiten eine neue, eigene Spielwelt aufbauen helfen.“ (In: Kontakt, Bd. 4 – Materialien zur Lehrerbildung und Lehrerfortbildung. Stuttgart 1975, 82.)

Man stelle sich das heute, noch keine zwanzig Jahre später, vor: Das Fernsehen liefert die Anregung zu kreativer, phantasievoller Spieltätigkeit. Sicher, es gibt die 'Sendung mit der Maus' und die 'Sesamstraße' (ja, immer noch!), zwei Programme, die Aspekte des Kindgemäßen aufweisen und durchaus lern- und phantasieanregend sein können. Aber haben Sie schon erlebt, daß Schulkinder sich danach „eigene Spielwelten“ im *Arndtschen* Sinne einrichteten bzw. überhaupt gesteigertes Interesse gerade an diesen Sendungen hatten? Ich nicht.

Auf meine Frage, was sie am liebsten spielten, antworteten acht- bis zehnjährige Schüler und Schülerinnen aus zwei zweiten Klassen einer Schule für Sprachbehinderte regelmäßig „Mario“, „Supermario“ und „Tetris“, zwar nicht repräsentativ, aber in dieser Gruppe doch überzufällig häufig. Bei den genannten Spielen handelt es sich sämtlich um Computerspiele, die an kleinen, sogenannten LCD-Bildschirmen stattfinden. Nun mag man anmerken, daß der Computer eine heute nicht mehr wegzudenkende Zeiterscheinung ist, und

ich gebe gerne zu, daß ich diesen Text hier selber auf einem Computer geschrieben habe. Jedoch kann m.E. der Umgang mit dem Computerspiel und seinem meist kleinen, im Einzelfall auch noch nachgewiesenermaßen gesundheitsschädlichen Bildschirm in keiner Weise geeignet sein, auf eine spätere, sinnvolle Arbeit mit dem Computer vorzubereiten. Im Gegenteil: Die kleinen (und immer häufiger auch großen) Nintendo-GameBoy-Spieler sind Sklaven des Gerätes, während Computerarbeiter sich das Gerät zum nützlichen Helfer, eben zum Sklaven, machen.

Zurück zu Christoph. In einer anderen Stunde möchte ich die erarbeiteten Einmaleins-Reihen in spielerischer Form mit ihm und zwei seiner Klassenkameraden trainieren. Dazu biete ich den Schülern das „Grapsch“-Spiel von Klaus *Ferger* an, ein Würfelspiel, bei dem während des Parcours über das Spielfeld entsprechende Rechenaufgaben zu lösen sind, wodurch Lösungskärtchen erworben werden, welche von den Mitspielern gegenseitig „weggrapscht“ werden können, sofern sie eine entsprechende Aufgabe lösen. Alle drei Kinder haben mit diesem Regelspiel große Mühe. Dabei meine ich hier nicht Schwierigkeiten mit den Rechenaufgaben – die sollen sie ja erst üben –, sondern ich meine hier das Beherrschen und Einhalten so einfacher Regeln wie das Abwarten-Können, bis man dran ist, korrektes Zählen der Felder auf dem Spielplan, Ertragen-Können, daß Kärtchen verloren werden etc. Was ist mit diesen Kindern los?

Diese in ihrer Sprachentwicklung beeinträchtigten Kinder haben überdies ganz offenbar auch Rückstände in ihrer Spielentwicklung. Obwohl bereits acht, neun oder zehn Jahre alt, fällt ihnen das Regelspiel, welches in der Ontogenese des Spiels dem Funktions-, Konstruktions- und Rollenspiel folgt, noch sehr schwer. Sie haben das Regelspielen noch nicht gelernt, so daß eine Instrumentalisierung dieser Spielart zum Zwecke der Sprachtherapie oder der didaktisch motivierten Übung nur sehr eingeschränkt möglich ist, denn wer das Spielen erst lernt, der spielt noch gar nicht – ein wohl wahrer, hier im Sinne nach wiedergegebener Satz des berühmten Spieltheoretikers Hans *Scheuerl*.

Neben einer Elternberatung, die in jeder Hinsicht auch „Medienberatung“ zu sein hat, ergibt sich aus den Beobachtungen die Konsequenz, sich ein Bild über den Spielentwicklungsstand jedes einzelnen Kindes, sei es in der Ambulanz, in der Schule oder jeder anderen Einrichtung, zu machen. Je jünger die Kinder sind, umso stärker werden im Einzelfalle die Ausfälle auf früheren Stufen der kindlichen Spielentwicklung sein, ja, es ist nach meiner Erfahrung damit zu rechnen, daß es sechsjährige, gerade eingeschulte Kinder gibt, die noch nicht einen Baustein auf den anderen setzen können.

Neil *Postman*, der berühmte amerikanische Medienökologe, postulierte zu Beginn der achtziger Jahre das „Verschwinden der Kindheit“, und er hat seither immer wieder vor allem vor den Auswirkungen des Fernsehens und hier insbesondere der Werbespots gewarnt. Erstaunlicherweise war nun kürzlich in einem Interview zu lesen, daß *Postman* Computerspiele für nicht so bedenklich halte, weil die Schriftkultur dem doch wohl einiges entgegenzusetzen habe. Er sagte: „Bleistift, Papier und Bücher sind das Schießpulver des Geistes. Das Nintendo-Kind macht mir keine Sorgen. Wenn es in der Schule ist, gebe ich ihm Bleistift, Papier und Bücher. Durch sie lernen wir denken.“ (In: *Focus* Nr. 4 vom 25.01.1993, 117.) Diese durchaus optimistische Einschätzung vermag ich zumindest mit Blick auf sprachentwicklungsgestörte Kinder nicht zu teilen, denn ihnen ist ja der Erwerb der Schriftsprache ohnehin in aller Regel erschwert, und er dürfte durch Fixierung auf das elektronische Spiel noch mühevoller werden. Uns stellt sich m.E. vordringlich die Aufgabe, dem Computerspiel andere Spielformen entgegenzusetzen, nämlich jene, die unsere Schülerinnen und Schüler in ihrer Entwicklung „übersprungen“ haben.

Reiner Bahr

(*Reiner Bahr arbeitete mehrere Jahre als Sprachheillehrer in Wuppertal; er ist z.Zt. als Lehrer für Sonderpädagogik im Hochschuldienst am Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln tätig.*)

HAUPTBEITRÄGE



Hans-Jürgen Kellner, Hamburg

Evaluation der Stottertherapie nach *Van Riper* mit Erwachsenen

Zusammenfassung

66 Patienten wurden vom gleichen Therapeuten in 7 aufeinander folgenden Gruppen nach *Van Riper* (1986) behandelt. Das vierphasige Programm dauerte durchschnittlich 18 Monate bzw. 96 Gruppensitzungen. Zur Erfassung der subjektiven Beschwerden wurden Fragebögen von *Erickson*, *Lanyon* und *Woolf* an 6 Zeitpunkten vorgegeben: 7 Monate vor und unmittelbar vor Therapiebeginn, zweimal im Therapieverlauf sowie 8,5 und 26 Monate nach beendeter (bzw. abgebrochener) Therapie. In der Wartezeit veränderten sich die Meßwerte nur um sehr kleine Beträge. Über die gesamte Therapiezeit, bis zur ersten Nachuntersuchung, ließen sich erhebliche Besserungen nachweisen. Diese blieben bis zur zweiten Nachuntersuchung konstant. 35 Prozent der Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab. Wenn der Abbruch früh im Therapieverlauf erfolgte, waren signifikant geringere Besserungen festzustellen als nach spätem Abbruch oder vollständiger Therapie. 23 Prozent der Patienten begannen innerhalb der überprüften Folgezeiten eine zusätzliche Therapie. Die Quote individuell gesicherter Besserungen betrug 26 Monate nach Therapieende bzw. Therapieabbruch, je nach Meßinstrument, mindestens 47 Prozent und höchstens 60 Prozent der Patienten.

1. Einführung

Zur Überprüfung der Wirksamkeit von Nichtvermeidungsansätzen der Stottertherapie nach *Sheehan* bzw. *Van Riper* wurden in der Phoniatriischen Abteilung des Hamburger Universitätskrankenhauses bereits verschiedene Untersuchungen durchgeführt (*Heidemann* et al. 1975; *Boll* et al. 1978; *Horbach* et al. 1978; *Spehr* et al. 1978; *Frischmuth* 1978). In diesen Arbeiten konnten zwar regelmäßig gewisse Besserungen nachgewiesen werden, aber es wurden jeweils nur die ersten Abschnitte von wesentlich längeren Thera-

prien überprüft. Die Wirkung des vollständigen Therapieprogramms wurde bisher noch nicht untersucht. In einer katamnästischen Befragung ehemaliger Patienten wurden rückblickende Bewertungen von Patienten per Post erfaßt, von denen viele mit Nichtvermeidungstherapien behandelt worden waren (vgl. *Klasen* 1986). Die berichteten Besserungen übertrafen zwar signifikant diejenigen von Patienten, die keine Therapie erhalten hatten. Für die Bewertung der Wirksamkeit der Therapie nach *Van Riper* war diese Befragung jedoch unbefriedigend, weil (a) die Bedingungen der Therapiedurchführung sehr unterschiedlich waren und (b) nur weniger als die Hälfte aller angeschriebenen Patienten den Fragebogen beantwortet hatten. Die zufriedenen Therapieteilnehmer könnten überrepräsentiert gewesen sein.

In der vorliegenden Untersuchung sollte die Wirksamkeit von vollständig absolvierten und nach einem einheitlichen Konzept durchgeführten Therapien an einer Stichprobe unausgelesener Patienten überprüft werden. Da in langfristigen ambulanten Therapien Abbrüche relativ häufig vorkommen, sollte außerdem die Wirkung unvollständiger Therapieteilnahme mituntersucht werden.

2. Beschreibung der Therapie

Kennzeichnend für die Therapie nach *Van Riper* (1986) ist die Modifikation der unflüssigen Bestandteile des Sprechens; auf die Veränderung der gesamten Sprechweise (durch eine Sprechhilfe) wird also verzichtet. Das Therapieprogramm bestand aus einer Serie

von verschiedenen verhaltens- und sprachtherapeutischen Techniken. In der ersten Hälfte der Therapiezeit wurden überwiegend die emotionalen, kognitiven und interpersonellen Modalitäten und in der zweiten Hälfte überwiegend die sensorischen und motorischen Modalitäten des Stotterns behandelt. Die Therapie wird vom Verfasser als multimodale Verhaltenstherapie (vgl. Lazarus 1978) interpretiert.

Die Durchführung der Therapie umfaßte durchschnittlich 96 Gruppensitzungen in 18 Monaten (davon ca. 3 Monate Pausen). Im überwiegenden Teil der Zeit wurden zwei Termine pro Woche (je 2 Zeitstunden), in den letzten 3 bis 4 Monaten nur noch ein Termin pro Woche realisiert. Zusätzlich wurden bei Bedarf einige Einzeltermine zur Bearbeitung individueller Besonderheiten der Störung angeboten. Das Programm war nach Arbeitsschwerpunkten in 4 Phasen gegliedert. (Die folgenden Zeitangaben sind Mittelwerte):

1. Phase: Gruppenbildung und Identifikation (20 Sitzungen in 1,5 Monaten)

Am Beginn wurde ein viertägiges Seminar (12 Sitzungen) mit gruppenspezifischen Übungen durchgeführt, um möglichst rasch ein Mindestmaß an Offenheit, Vertrauen und Hilfsbereitschaft zwischen den Patienten zu erreichen. Zur Anfangsphase gehörten außerdem Wahrnehmungsübungen zur Identifikation der vielfältigen psychischen und motorischen Bestandteile des Stotterns.

2. Phase: Desensibilisierung (28 Sitzungen in 6 Monaten)

In der 2. Phase wurden die negativen Emotionen und irrationalen Kognitionen, die mit dem Stottern zusammenhängen (Furcht vor Wörtern und Sprechsituationen, Zeitnot beim Sprechen, Selbstvorwürfe und Minderwertigkeitsgedanken), so weitgehend vermindert bzw. umstrukturiert, daß die Gewohnheiten zum sprachlichen und situativen Vermeiden des Stotterns eingeschränkt werden konnten. Angewendet wurden folgende Techniken: Blickkontakt beim Stottern, Überprüfen von negativen Erwartungen in Alltagssituationen, Toleranz für Pausen und Unterbrechungen beim Sprechen sowie Pseudostottern. Außerdem wurden zwei kognitive Techniken, die

Van Riper nicht erwähnt hat, verwendet: die Veränderung von unrealistischen Denkgewohnheiten und ein Schema zur Lösung von emotionalen Problemen. Wenn einzelne Patienten sehr auffällige Anstrengungsreaktionen (Grimassen, Herauspressen der Zunge, Mitbewegungen) zeigten, wurde daran in zusätzlichen Einzelsitzungen mit progressiver Muskelentspannung, Variation der Anstrengungen und Verhinderung der motorischen Fluchtimpulse gearbeitet.

3. Phase: Modifikation der Unflüssigkeiten (33 Sitzungen in 7 Monaten)

Zunächst wurde die kinästhetische Überwachung der Sprechmotorik trainiert. Dabei wurden Kenntnisse über die Unterschiede zwischen den motorischen Fehlreaktionen und der normalen Artikulation erarbeitet. Es folgten drei Übungen zur Verflüssigung des Stotterns: (a) die Berichtigung der Sprechmotorik *nach* dem Stottern (jedes unflüssigen Wortes), (b) die Berichtigung *während* des Stotterns (Befreiung aus dem Block) und (c) die Berichtigung *vor* dem Stottern (vorbereitende Einstellung der Mundposition).

4. Phase: Stabilisierung (15 Sitzungen in 3,5 Monaten)

In der letzten Phase wurden unerledigte Reste aus der 2. und 3. Phase aufgearbeitet und einige bis dahin wenig berücksichtigte Fähigkeiten geübt (z.B. Sprechen ohne Planung und Sprechen vor Publikum). Außerdem wurde durch die Art der Bearbeitung der restlichen Probleme die Selbständigkeit der Patienten gefördert. Die Therapie wurde zu einem langfristig geplanten Zeitpunkt offiziell beendet. Jeder Gruppe wurde empfohlen, danach noch einige Zeit ohne den Therapeuten als Selbsthilfegruppe zusammenzubleiben.

Transfer:

Im gesamten Therapieverlauf wurden regelmäßig Aufgaben und Hilfestellungen gegeben, um die verschiedenen Techniken aus dem Therapieraum in die Alltagssituationen zu übertragen. Als Arbeitsmethoden wurden angewendet: die Planung eines täglichen Pensums der aktuellen Übung; die Hierarchisierung von Alltagssituationen nach Schwierigkeitsgrad; Probehandeln in der Phantasie; Training im Rollenspiel und Üben in Beglei-

tung eines anderen Patienten (bzw. des Therapeuten) in Realsituationen.¹

3. Die Untersuchung

3.1 Die Stichprobe

In dieser Untersuchung wurden die Daten von 7 aufeinander folgenden Gruppen der Jahre 1979 bis 1988 mit insgesamt 66 Patienten verwendet. Es waren 47 Männer und 19 Frauen im Alter von 16 bis 44 Jahren. Das durchschnittliche Alter der Männer betrug 27,9 und das der Frauen 25,4 Jahre.

In allen Fällen handelte es sich um chronisches Stottern seit der Kindheit, das schon mehrfach behandelt worden war. Der Schweregrad der motorischen Symptome (Länge und Häufigkeit) war in der Erstuntersuchung vom Verfasser bei 22 (33 Prozent) Patienten als „schwer“, bei 32 (48 Prozent) als „mittelgradig“ und bei 12 (18 Prozent) als „leicht“ beurteilt worden. Es waren vier Fälle mit Polterkomponente und zwei mit verinnerlichtem Stottern dabei.

Hinsichtlich der schulischen Bildung war die Stichprobe folgendermaßen zusammengesetzt: 18 Patienten (27 Prozent) hatten die Hauptschule (überwiegend mit Abschluß), 26 (39 Prozent) die Mittel- oder Handelsschule (überwiegend mit Abschluß) oder das Gymnasium ohne Abitur besucht und 22 (33 Prozent) hatten das Abitur (bzw. Fachhochschulreife), teils mit, teils ohne anschließendes Studium (bzw. Fachhochschule).

3.2 Die Meßmethoden

Als Meßinstrumente wurden störungsspezifische Fragebögen verwendet. Es handelte sich um Übersetzungen und inhaltlich modifizierte Fassungen der S-Skala von *Erickson* (1969), der SS-Skala von *Lanyon* (1967) und des PSI-Fragebogens von *Woolf* (1967). Es sind Listen, die ein breites und klinisch relevantes Spektrum der üblichen psychischen und körperlichen Symptome aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abdecken. Die Items werden vom Patienten alternativ (trifft zu / trifft nicht zu) beantwortet.

¹ Eine ausführliche Beschreibung des Therapieprogramms ist im vollständigen Bericht über dieses Projekt dargestellt (vgl. *Kellner* 1993).

Auf die Auszählung von sprachlichen und motorischen Stottersymptomen in einer Standardsprechsituation wurde verzichtet. Denn es ist anzuzweifeln, ob eine einzelne Prüfsituation für die Vielfalt aller Sprechbedingungen, die therapierelevant sein können, genügend repräsentativ ist. Andererseits war es im Vergleich zu Fragebögen zu unökonomisch, eine Serie von verschiedenen Sprechsituationen als Prüfung zu verwenden und wortweise auszuwerten.

3.2.1 Der S-36 Fragebogen, die Einstellung zum eigenen Sprechen

Die Übersetzung der S-Skala von *Erickson* (1969) (in der gekürzten Fassung von *Andrews/Cutler* 1974) und eine konzeptgemäße Verlängerung der Skala durch zusätzliche eigene Items erfolgten durch *Boll, Kellner* und *Ritter*, die den „Sprechfragebogen“ in dieser Fassung erprobten (vgl. *Boll et al.* 1978). Eine Itemanalyse und anschließende Kürzung führte *Frischmuth* (1978) durch. Die endgültige Skala besteht aus 36 Aussagen über das eigene Sprechen, die Meinungen und Gedanken, erlebte Gefühle beim Sprechen und sprachliche Vermeidungsgewohnheiten beschreiben.

Beispiele: Ich frage mich oft, wie fremde Leute über mein Sprechen denken. (stimmt) Wenn ich in einer Schlange stehe, werde ich selten aufgeregt, bevor ich drankomme und etwas sagen muß. (stimmt nicht) Ich rufe ungern jemanden an, den ich nicht gut kenne. (stimmt) Ich sehe meinen Gesprächspartner beim Sprechen meistens an, auch wenn ich Sprechschwierigkeiten habe. (stimmt nicht)

Die Schlüsselrichtung ist, um eventuellen Ja-sage-Tendenzen vorzubeugen, für 19 Items negativ gepolt. Das gemessene Merkmal ist die Einstellung zum eigenen Sprechen. Je höher der Meßwert, desto ausgeprägter ist diese Einstellung negativ.

3.2.2 Der SS-62 Fragebogen, die Stotter-Schweregrad-Skala

Die Übersetzung des Fragebogens von *Lanyon* (1967), die inhaltliche Bearbeitung, Itemanalyse und Kürzung erfolgten durch *Frischmuth* (1978). Der Fragebogen besteht aus 62 Aussagen, die diverse motorische Symptome, sprachliches und situatives Vermeidungsverhalten und emotionale Reaktionen auf das Stottern beschreiben.

Beispiele: Ich stelle mich ungern mit Namen vor. Meine Bauchmuskeln verspannen sich manchmal sehr, wenn ich versuche zu sprechen. Ich habe gelegentlich eine Blockierung, die so schlimm ist, daß ich aufgeben muß. Ich zögere und wiederhole beim Sprechen ziemlich viel. In manchen Situationen bringt mich mein Stottern fast zur Verzweiflung. Meine Sprachstörung behindert mich in meinem beruflichen Weiterkommen.

Die Schlüsselrichtung ist bei fast allen Items positiv. Das gemessene Merkmal ist der subjektiv empfundene Schweregrad des Stotterns. Hohe Meßwerte bedeuten einen hohen Schweregrad.

3.2.3 Der PSI-55-Fragebogen, das Inventar des wahrgenommenen Stotterns

Die Übersetzung des Fragebogens von *Woolf* (1967), die inhaltliche Bearbeitung, Itemanalyse und Kürzung wurden von *Frischmuth* (1978) durchgeführt. Der Fragebogen besteht aus drei Unterskalen, die folgende Merkmale messen: Anstrengungen (PSI-A), Erwartungsreaktionen (PSI-E) und Vermeiden (PSI-V). Da diese Skalen positiv miteinander korrelieren, kann man außerdem einen Gesamtwert (PSI-55) bilden. Alle Items sind positiv gepolt. Hohe Meßwerte bedeuten auf jeder Skala eine starke Ausprägung des gemessenen Merkmals.

Die Skala „Anstrengungen“ (PSI-A) besteht aus 16 Items, die muskuläre Anspannungen beim Sprechen, Mitbewegungen und gestörte Atmung beschreiben.

Beispiele: Ich bringe manche Wörter und Sätze nur mit großer Anstrengung hervor. Wenn ich versuche zu sprechen, mache ich ruckartige oder anstrengende Bewegungen (z.B. Fäuste ballen, den Kopf zur Seite werfen, die Arme bewegen). Ich gerate beim Sprechen außer Atem. Ich presse Laute mit Gewalt heraus.

Die Skala „Erwartungsreaktionen“ (PSI-E) besteht aus 21 Items. Diese beschreiben Reaktionen auf die Erwartung motorischer Stotternsymptome: sprachliche Tricks (Synonyme, Nebensätze) zum Vermeiden gefürchteter Wörter, vegetative Reaktionen und eine aufmerksame Überwachung des Sprechvorgangs.

Beispiele: Ich füge überflüssige Laute, Wörter oder Redensarten hinzu, um mir beim Sprechen den Anfang zu erleichtern. Um schwierige Wörter oder Laute zu umgehen, überlege ich oft neu, was ich

eigentlich sagen wollte. Beim Sprechen schwitze ich viel mehr als gewöhnlich. (Ich fühle z.B., wie meine Handflächen klebrig werden.) Ich achte besonders auf die Wörter, die ich sagen will (z.B. wie schwierig ein Wort auszusprechen ist oder auf die Stellung eines Wortes in einem Satz).

Die Skala „Vermeidung“ (PSI-V) besteht aus 18 Items, die überwiegend alltägliche Sprechsituationen beschreiben, die gefürchtet werden. Das Sprechen wird in diesen Situationen entweder eingeschränkt, oder die Situation wird ganz gemieden. Diese Skala erfaßt überwiegend passives Vermeiden.

Beispiele: Es fällt mir schwer, Einkäufe in Geschäften zu machen, in denen ich meine Wünsche sagen muß. In einer schwierigen Situation lasse ich möglichst eine andere Person für mich sprechen. (Ich lasse z.B. andere für mich telefonieren oder in einem Restaurant für mich bestellen.) Wenn ich gefragt werde, antworte ich meistens kurz und benutze so wenige Wörter wie möglich. Es ist mir unangenehm, vor vielen Zuhörern zu sprechen, und ich gehe solchen Situationen möglichst aus dem Weg.

3.3 Der Plan der Untersuchung

Die Patienten wurden im Normalfall an sechs Zeitpunkten diagnostisch untersucht, zu denen die drei Fragebögen beantwortet und anschließend Untersuchungsgespräche geführt wurden. In diesen Interviews wurden Einzelheiten der Beschwerden (negative Gefühle, Vermeidungsverhalten, Anstrengungsreaktionen, schwierige Sprechsituationen) und, zur Kontrolle des Therapieverlaufs, das Gelingen bzw. Mißlingen der intendierten Veränderungen erörtert. Diese Gespräche waren inhaltlich nicht standardisiert. Sie konnten deshalb im Rahmen dieser Untersuchung nicht verwertet werden.

Die 1. Messung, d.h. die erste Beantwortung der Fragebögen, wurde zur Zeit der Erstuntersuchung durchgeführt, in der die Entscheidung zur Teilnahme an dieser Therapie fiel. Nach im Mittel 7 Monaten Wartezeit begann die Therapie. Unmittelbar vor Therapiebeginn erfolgte die 2. Messung. Die 3. Messung fand durchschnittlich 7,5 Monate später statt und zwar am Ende der zweiten Therapiephase (Desensibilisierung). Die 4. Messung wurde nach nochmals 7 Monaten am Ende der 3. Therapiephase (Modifikation) durchgeführt. Anschließend folgte die Stabilisierungsphase, die 3,5 Monate dauerte. Die 5. Messung, die

erste Nachuntersuchung, wurde nicht direkt nach Beendigung bzw. Abbruch der Therapie, sondern erst 8,5 Monate später durchgeführt (Folgezeit-1). Die 6. Messung, die zweite Nachuntersuchung, fand eineinhalb Jahre später (bzw. 26 Monate nach Therapieende, Folgezeit-2) statt.

Zum Nachweis der Wirksamkeit der Therapie sollten die Veränderungen der wiederholten Messungen über die Therapiezeit mit den Veränderungen über die therapiefreien Zeitabschnitte (Wartezeit und Folgezeit) verglichen werden. Die Voraussetzungen für einen Versuchsplan mit Meßwiederholungen waren nicht erfüllt, weil die Matrix der Daten sehr viele Lücken und Unregelmäßigkeiten enthielt.

Es gab 17 Fälle ohne Wartezeit und 8 mit irgendeiner Form von Therapie in der Wartezeit. Es gab 23 Therapieabbrecher und 6 nachträgliche Einsteiger, die eine früher abgebrochene oder in Einzeltherapie begonnene Behandlung ab der 3. Phase in der Gruppe fortsetzten. Sechs Patienten konnten gar nicht und 3 weitere nur einmal nachuntersucht werden. Vor der ersten Nachuntersuchung hatten 3 Patienten und vor der zweiten weitere 6 zusätzliche Therapie. Die Folgezeiten zwischen Beendigung bzw. Abbruch der Therapie und den beiden Nachuntersuchungen waren nicht einheitlich festgelegt, variierten sehr stark. Dadurch ergaben sich für verschieden zusammengesetzte Untergruppen uneinheitliche mittlere Folgezeiten.

Aus diesen Gründen wurden für die verschiedenen Auswertungsschritte jeweils neue Stichproben gebildet mit der Anzahl der Fälle, deren Daten am Beginn und Ende des zu untersuchenden Zeitabschnitts vorhanden waren und gegen die keine methodischen Einwände vorlagen. Als Signifikanzniveau wurde 5 Prozent festgelegt.

4. Auswertung und Ergebnisse

4.1 Veränderungen in der therapiefreien Wartezeit und Retestreliaibilitäten

Die Wartezeit ist definiert als der Zeitabschnitt zwischen der Erstuntersuchung und dem Beginn der Therapie. Zur Überprüfung der Stabilität der Skalen über eine längere therapiefreie Zeit (M = 6,8 Monate; s = 3,3) wurde eine Stichprobe von N = 55 gebildet.

Es wurden die Patienten ausgewählt, die in der Wartezeit keinerlei andere Therapie hatten und de-

ren Wartezeit mindestens 3 und längstens 15 Monate betrug (41 Fälle). Zur Vergrößerung der Stichprobe wurden zusätzlich entsprechende Daten einer Therapiegruppe, die nicht mehr in das Projekt gehörte, sowie Daten von Patienten herangezogen, deren Wartezeit vor dem Beginn zweier angeleiteter Selbsthilfgruppen lag, die der Therapie vorausgingen, und die vor Therapiebeginn ausschieden.

Der Verlauf der Meßwerte vom Zeitpunkt der Erstuntersuchung bis zum Ende der Wartezeit zeigt (vgl. Abbildung 1, links), daß auf allen 6 Skalen die Werte geringfügig abnahmen, also eine leichte Abnahme der Beschwerden eingetreten war. Diese Differenzen waren trotz ihrer geringen Größe auf 5 Skalen, mit Ausnahme von S-36, signifikant (t-Tests für abhängige Stichproben).

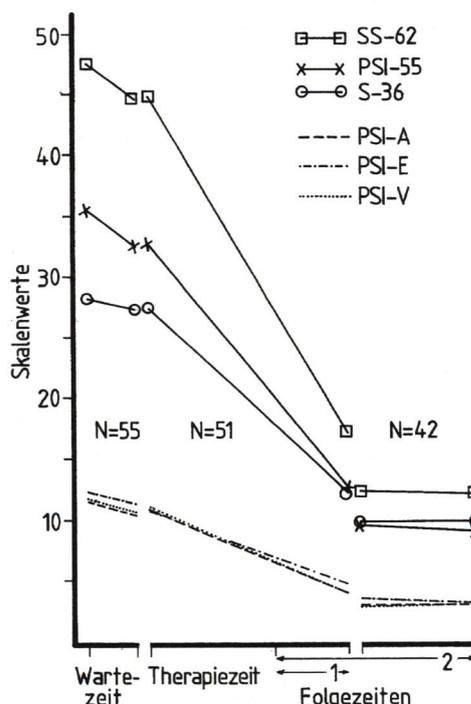


Abbildung 1: Veränderungen der Skalenwerte (arithmetische Mittel) in den Zeitabschnitten vor, im Verlauf und nach der Therapie in unterschiedlich großen Stichproben.

Da die Differenzen in der Mehrheit der Fälle sehr gering waren, wurden mit diesen Daten die Retestreliaibilitäten für die sechs Skalen berechnet. Es ergaben sich folgende Pro-

duktmomentkorrelationen (zum Vergleich sind in Klammern die Splithalf-Reliabilitäten [nach Frischmuth 1978] dahinter gesetzt):

S-36: $r_{tt} = .82, (.93)$
 SS-62: $r_{tt} = .79, (.96)$
 PSI-55: $r_{tt} = .72, (-)$
 PSI-A: $r_{tt} = .69, (.87)$
 PSI-E: $r_{tt} = .60, (.90)$
 PSI-V: $r_{tt} = .70, (.90)$

4.2 Die Wirksamkeit der Therapie vom Beginn bis zur ersten Nachuntersuchung

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der gesamten Therapie wurden die Meßwerte vom Beginn mit denen der ersten Nachuntersuchung verglichen. Es wurden stark abnehmende Werte erwartet. Der Zeitpunkt der Nachuntersuchung lag nicht direkt am Ende der Therapie, sondern $Md = 11$ Monate (Median) nach dem regulären Ende bzw. Abbruch der Therapie (Folgezeit-1). Die Stichprobe bestand aus $N = 51$ Patienten.

Zur Stichprobe gehörten 37 Patienten, die das gesamte Programm durchlaufen hatten (Absolventen) und 14, die die Therapie vorzeitig abgebrochen hatten (Abbrecher). Unberücksichtigt blieben 3 (Abbrecher), die in der Folgezeit-1 zusätzliche Therapie hatten, sowie die 6 nachträglichen Einsteiger (die die erste Hälfte der Therapie unter anderen Durchführungsbedingungen mitgemacht hatten) und 6 Fälle (Abbrecher), die nicht nachuntersucht werden konnten.

Die Besserungen, die zwischen Therapiebeginn und der ersten Nachuntersuchung eintraten, sind im mittleren Teil von Abbildung 1 dargestellt.² Es ist ersichtlich, daß auf allen 6 Skalen zwischen Therapiebeginn und der ersten Nachuntersuchung die Beschwerden in großem Umfang abgenommen haben. Die Veränderungen sind offensichtlich weitaus größer als in der Wartezeit. Beachtlich ist, daß diese Veränderungen so deutlich sind, obwohl gut ein Viertel dieser Stichprobe Therapieabbrecher waren. Auf die statistische Prüfung der Differenzen wurde verzichtet, da signifikante Besserungen sowohl für die er-

sten beiden Phasen als auch für die dritte Phase nachgewiesen werden konnten (vgl. Kellner 1993).

4.3 Die Wirksamkeit der Therapie bei Therapieabbrechern

Es gab insgesamt 23 Therapieabbrecher (35 Prozent), von denen 10 die Therapie „früh“, d.h. vor Beendigung der 2. Phase, und 13 „spät“, d.h. direkt nach der 2. oder im Verlauf der 3. Phase, abgebrochen hatten. Es wurde erwartet, daß das Ausmaß der Besserungen zur Zeit der ersten Nachuntersuchung entsprechend der Dauer der Beteiligung am Therapieprogramm ausfallen würde: Die größten Besserungen waren bei den Absolventen zu vermuten (sie hatten das gesamte Programm mitgemacht), geringere bei den späten Abbrechern und die geringsten Besserungen bei den frühen Abbrechern.

Die Stichprobe bestand aus $N = 50$ Patienten. Für den Vergleich standen nur sehr kleine Untergruppen zur Verfügung: Sieben frühe Abbrecher (Gruppe A) mit durchschnittlich 20 Therapieterminen und 7 späte Abbrecher (Gruppe B) mit 35 Terminen. Die Vergleichsgruppe der 36 Absolventen (Gruppe C) hatte 86 Therapietermine (Mittelwerte der individuell wahrgenommenen Gruppen- plus Einzeltermine).

Die Stichprobe war die gleiche wie unter Punkt 4.2, nur die Untergruppe der Absolventen wurde um einen Fall mit extrem langer Folgezeit-1 reduziert. (Die Parameter der abhängigen Variablen wurden dadurch nicht verändert.) Die Folgezeiten-1 betragen für die Gruppen: A = 20, B = 11 und C = 7,5 Monate (Medianwerte).

Da sich die drei Gruppen am Therapiebeginn signifikant unterschieden (siehe Abbildung 2), wurden die Daten mit Kovarianzanalysen ausgewertet. Die Besserungen der frühen Abbrecher (A) waren (unabhängig von diesen Anfangsunterschieden) auf den Skalen S-36, SS-62, PSI-A und PSI-V signifikant niedriger als die der späten Abbrecher (B) und der Absolventen (C). Entgegen der Erwartung wurden zwischen den späten Abbrechern und den Absolventen auf diesen vier Skalen keine signifikanten Unterschiede gefunden. Die Absolventen und die späten Abbrecher können also hinsichtlich des Ausmaßes der Besserungen als einheitliche Gruppe angesehen werden.

² Da die mittleren Folgezeiten je nach Stichprobengröße stark variieren, wurden in den beiden Abbildungen die Folgezeiten nach den relativ einheitlichen Medianwerten der Absolventen bemessen.

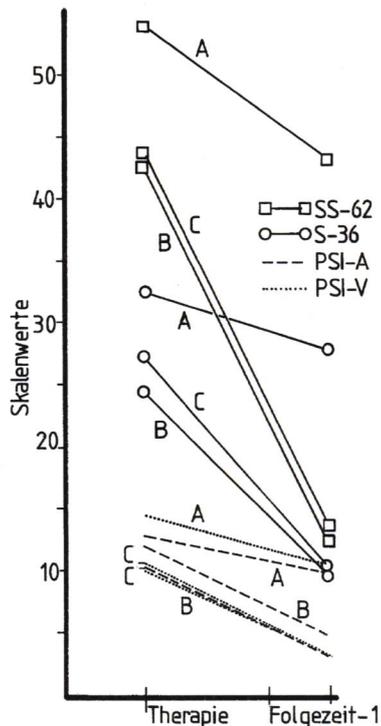


Abbildung 2: Veränderungen der Skalenwerte vom Therapiebeginn bis zur 1. Nachuntersuchung für die Untergruppen A: frühe Abbrecher ($n = 7$), B: späte Abbrecher ($n = 7$) und C: Absolventen des gesamten Programms ($n = 36$).

In Abbildung 2 wurden die Mittelwerte der Skalen PSI-55 und PSI-E weggelassen. Auf diesen beiden Skalen sahen die Ergebnisse zwar nach dem Augenschein ebenso aus wie auf den vier übrigen, sie konnten aber mit der Kovarianzanalyse nicht überprüft werden, weil die Regressionslinien keinen homogenen Anstieg hatten.

4.4 Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Nachuntersuchung

Um die Stabilität der erreichten Besserung bei den Absolventen und den späten Abbrechern zu überprüfen, wurden die Werte der zweiten Nachuntersuchung mit denen der ersten verglichen. Für die ausgewählte Stichprobe ($N = 42$) betragen die Zeitabstände zwischen Therapieende (bzw. Therapieabbruch) und den Nachuntersuchungen: Folgezeit-1 = 8,5 und Folgezeit-2 = 26 Monate (Medianwerte).

Verwendet wurden die Daten von 32 Absolventen, von 5 späten Abbrechern und von 5 nachträglichen Einsteigern. Unberücksichtigt blieben 9 Patienten mit zusätzlicher Therapie, 2 späte Abbrecher, bei denen die zweite Nachuntersuchung fehlte, die 7 frühen Abbrecher und 6 Fälle, die gar nicht nachuntersucht wurden.

Auf Abbildung 1, rechts, ist ersichtlich, daß sich in den durchschnittlich 17,5 Monaten zwischen der ersten und zweiten Nachuntersuchung die Meßwerte auf keiner der 6 Skalen signifikant verändert haben (t-Tests). Für die Absolventen sowie für die späten Abbrecher und die Einsteiger kann also davon ausgegangen werden, daß die Besserungen über eine Frist von etwas über 2 Jahren nach Therapieende bzw. Therapieabbruch stabil geblieben sind.

4.5 Erfolgs- und Mißerfolgsquoten

Die bisherige Auswertung hat gezeigt, daß die Therapie zweifellos wirksam ist. Von Interesse ist aber auch eine Antwort auf die Frage, wieviele Patienten mit Sicherheit als gebessert gelten können und wieviele nicht bzw. unzureichend gebessert wurden.

4.5.1 Der Bedarf an zusätzlicher Therapie

In den bisherigen Auswertungsschritten mußten die Fälle mit zusätzlicher Therapie stets ausgeklammert werden, um die Wirkung der Gruppentherapie zwischen den Meßzeitpunkten ohne den Einfluß von zusätzlicher Therapie zu überprüfen. Die genaue Anzahl dieser Fälle ist sehr aufschlußreich, weil sie anzeigt, wie häufig die hier untersuchte Therapie noch nicht genügte.

Als „zusätzliche Therapie“ wurden folgende Möglichkeiten angesehen: (1) Beginn irgend einer neuen Stottertherapie von Anfang an; (2) spätere Fortsetzung der abgebrochenen Therapie; (3) Wiederholung von Übungen aus dem Therapieprogramm ab 15 Terminen einzeln oder in einer Gruppe; (4) Stimmtherapie oder Psychotherapie zur weiteren Besserung des Stotterns ab 15 Terminen. – Psychotherapie wurde dagegen nicht als zusätzliche Therapie gewertet, wenn sie eindeutig wegen anderer Probleme (z.B. Depression, Partnerschaftsprobleme) genommen wurde. Die Teil-

nahme an Gruppen und Seminaren der Stotterer-Selbsthilfe wurde gleichfalls nicht gewertet.

Abweichend von den bisherigen Auswertungsschritten wurden im folgenden auch die Fälle mitgezählt, die unmittelbar *nach* der 1. oder 2. Nachuntersuchung zusätzliche Therapie genommen hatten. Die Stichprobe für diese Auszählung ist $N = 60$. (Unberücksichtigt blieben nur die 6 Patienten, die nicht nachuntersucht werden konnten.) Ergebnis: Insgesamt 14 Patienten (23 Prozent) nahmen zusätzliche Therapie. Diese müssen deshalb als „nicht bzw. unzureichend gebessert“ klassifiziert werden. Für die Absolventen lag diese Quote mit 8 von 43 (19 Prozent) erwartungsgemäß niedriger als für die Abbrecher mit 6 von 17 (35 Prozent).

Die übrigen Patienten, die bis zur zweiten Nachuntersuchung *keine* zusätzliche Therapie begonnen hatten, können allerdings nicht schon deswegen alle mit Sicherheit als „gebessert“ angesehen werden. Denn die klinische Erfahrung aus Erstuntersuchungen zeigt immer wieder, daß einige therapiebedürftige Patienten bis zum Entschluß zu einer Therapie sehr lange Zeit zögern.

4.5.2 Individuell gesicherte Besserungen und Berechnung der Quoten

Eine Möglichkeit, den individuellen Therapieerfolg der Patienten zu bewerten, die keine zusätzliche Therapie genommen hatten, besteht in der statistischen Prüfung der individuellen Veränderungen zwischen Therapiebeginn und der zweiten Nachuntersuchung mit dem z-Test. Wenn viele individuelle Differenzen auf ihre statistische Bedeutsamkeit überprüft werden sollen, empfiehlt es sich, für eine festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit die sogenannte kritische Differenz zu berechnen, deren Überschreitung statistische Bedeutsamkeit ausdrückt (vgl. Lienert 1967, 455). Das heißt, eine individuelle Meßwertdifferenz zwischen Therapiebeginn und der zweiten Nachuntersuchung, die mindestens so groß ist wie die kritische Differenz der entsprechenden Skala, zeigt für den jeweiligen Patienten eine statistisch gesicherte Besserung an.

Die kritischen Differenzwerte wurden für die sechs Skalen unter Verwendung der oben mitgeteilten Retestreliabilitäten und für eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent berechnet (siehe Tabelle 1). (Die Verwendung der Retestreliabilitäten ist hierbei, nach den Ausführungen von Huber 1973, Kapitel 7, angemessen, weil nicht inter-, sondern intraindividuelle Unterschiede überprüft werden sollten.)

Die beobachteten Differenzen zwischen Therapiebeginn und der zweiten Nachuntersuchung wurden für alle Patienten, die keine zusätzliche Therapie hatten, mit den kritischen Differenzen der 6 Skalen verglichen und den Kategorien „gebessert“ oder „nicht bzw. unzureichend gebessert“ zugeordnet.

Es wurden 43 Patienten klassifiziert: 30 Absolventen, 3 frühe und 5 späte Abbrecher sowie 5 Einsteiger. (Bei den Einsteigern war zwangsläufig der erste Meßzeitpunkt nicht der Therapiebeginn sondern der Beginn der 3. Therapiephase.) Unberücksichtigt blieben 6 Fälle ohne Nachuntersuchungen und 3 Abbrecher, von denen die zweite Nachuntersuchung fehlte.

Der Abstand vom Therapieende bzw. -abbruch bis zur zweiten Nachuntersuchung betrug für diese Stichprobe im Median 26 Monate. Zur Berechnung der Quoten in Tabelle 1 wurden diese 43 Fälle mit den 14, die zusätzliche Therapie genommen hatten, kombiniert. Die Stichprobe wurde also auf $N = 57$ erweitert.

Die Patienten, deren beobachtete Differenzen unter den kritischen Differenzwerten blieben, und die 14, die zusätzliche Therapie genommen hatten, wurden als „nicht bzw. unzureichend gebesserte Fälle“ zusammengefaßt (vgl. Tabelle 1). Die übrigen, deren beobachtete Differenzen die Werte der kritischen Differenzen erreicht oder überschritten hatten, wurden als „gebesserte Fälle“ aufsummiert.

Es gab in der Wartegruppe auch einige Fälle mit Differenzen, die den Betrag von einer kritischen Differenz erreicht oder überschritten hatten. Diese Fälle wurden als Repräsentanten für therapieunspezifische Besserungen angesehen, die sich unabhängig von jeder Therapie ergeben können. Es ist anzunehmen, daß auch während der Therapiezeit solche therapieunspezifischen Prozesse wirk-

Skalen D-krit(.05)	S-36 (6)		SS-62 (12)		PSI-55 (12)		PSI-A (5)		PSI-E (7)		PSI-V (6)	
Stichprobe: N = 57	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zusätzliche Therapie indiv.Diff < 1 D-krit	14		14		14		14		14		14	
	5		4		8		12		27		14	
nicht bzw. unzurei- chend gebesserte F.	19	33%	18	32%	22	39%	26	46%	41	72%	28	49%
indiv. Differenzen:												
>= 1 D-krit	7		7		22		18		12		23	
>= 2 D-krit	7		18		9		11		4		6	
>= 3 D-krit	24		14		4		2		0		0	
gebesserte Fälle	38	67%	39	68%	35	61%	31	54%	16	28%	29	51%
Wartegruppe: N = 55												
indiv.Diff >= 1D-krit	4	-7%	6	-11%	6	-11%	4	-7%	4	-7%	1	-2%
gesicherte Erfolgs- quoten		60%		57%		50%		47%		21%		49%

Tabelle 1: Gebesserte, nicht bzw. unzureichend gebesserte Fälle und gesicherte Erfolgsquoten zur Zeit der 2. Nachuntersuchung, 26 Monate (Median) nach Therapieende bzw. -abbruch. D-krit (.05) = kritische Differenzen mit 5 Prozent Irrtumswahrscheinlichkeit.

sam waren. Deren Umfang und Häufigkeit ist aber nicht bekannt. Die genannten Fallzahlen der Wartegruppe können dafür jedoch als Schätzwerte dienen. Zur Bestimmung der endgültigen Quoten der gebesserten Fälle, die von therapieunspezifischen Effekten bereinigt sind, wurden diese Fallzahlen aus der Wartegruppe von der Summe der gebesserten Fälle (vgl. Tabelle 1, unten).

Folgende gesicherte Erfolgsquoten wurden ermittelt: 60 Prozent mit dem Fragebogen S-36 (Einstellung zum Sprechen), 57 Prozent mit dem SS-62 (subjektiver Schweregrad des Stotterns) und 50 Prozent mit dem PSI-55 (wahrgenommenes Stottern). Mit den Skalen PSI-A (Anstrengungen) und PSI-V (Vermeiden) ergaben sich Werte von 47 Prozent und 49 Prozent. Mit der Skala PSI-E (Erwartungsreaktionen) wurden nur 21 Prozent gebesserter Fälle errechnet.

5. Diskussion

5.1 Zur Wirksamkeit des Programms bei abgebrochenen Therapien

Die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms bei abgebrochenen Therapien war nur mit sehr kleinen Untergruppen von 7 frü-

hen und 7 späten Abbrechern möglich. Ob sich die Ergebnisse in künftigen anderen Untersuchungen bestätigen lassen, bleibt abzuwarten. Immerhin kann als Hypothese gelten, daß der mögliche Nutzen von abgebrochenen Therapien differenziert zu beurteilen ist. Es kommt darauf an, ob ein Abbruch früh oder spät im Therapieprogramm geschieht. Das ist plausibel.

Das zweite Ergebnis, daß die Besserungen nach späten Abbrüchen nicht nur etwas größer als nach frühen Abbrüchen, sondern sogar ebenso groß sind wie nach Absolvierung der vollständigen Therapie, ist dagegen überhaupt nicht plausibel, zumal bei dem großen Unterschied im Therapieumfang (35 gegenüber 86 Terminen).

Eine Erklärung wäre, daß (a) die therapeutischen Erfahrungen, die bis zum Ende der Desensibilisierungsphase vermittelt wurden, bei diesen Patienten am meisten zur Besserung beigetragen und sie zufriedengestellt hatten. Eine andere Erklärung wäre, daß (b) zusätzliche therapieunspezifische Faktoren wirksam waren, die die schon erreichten Besserungen nach dem Abbruch vergrößert haben. Ein solcher Faktor könnte (nach Klasen 1986) eine Verbesserung der Lebenszufrie-

denheit durch erwünschte Veränderungen im Arbeitsleben sein.

In diesem Bericht würden Einzelheiten über die 7 Patienten und Therapieverläufe zu weit führen. Hier können nur die Ergebnisse kasuistischer Erwägungen mitgeteilt werden. Der Erklärung (a) lassen sich zwei Patienten (A. und B., mit leichtem bzw. verinnerlichtem Stottern) ohne Einschränkungen und zwei weitere (C. und D.) mit Einschränkungen zuordnen. Der Erklärung (b) lassen sich ohne Einschränkungen vier Patienten zuordnen: C., D., E. und F. Die erwünschten und erreichten Veränderungen im Arbeitsleben waren bei diesen Patienten: ein besserer Arbeitsplatz, eine Fortbildung und Meisterprüfung, der erfolgreiche Eintritt ins Berufsleben und der Beginn einer Umschulung für einen attraktiveren Beruf. Der siebente Patient, G., entsprach dieser Gruppe gar nicht. Bei ihm lagen die großen Besserungen auf den Skalen nicht vor. Er brach die Therapie auch nicht aus Zufriedenheit ab, sondern weil er sich durch die Termine und Aufgaben zu sehr belastet fühlte. Dieser Fall ähnelt den frühen Abbrechern.

Die empirischen Ergebnisse legen die Hypothese nahe, daß in einzelnen Fällen ein Abbruch nach der 2. bzw. in der 3. Therapiephase als unproblematisch beurteilt werden kann, zumal dann, wenn andere Faktoren der Verbesserung der Lebenszufriedenheit (z.B. im Arbeitsleben) absehbar sind.

5.2 Zu den gesicherten Erfolgsquoten

Das Niveau aller Erfolgsquoten ist wahrscheinlich eher etwas zu hoch als zu niedrig berechnet; denn die Zahlen zur Schätzung von Besserungen durch therapieunspezifische Prozesse wurden aus einer Wartegruppe gewonnen, deren Frist mit 7 Monaten erheblich kürzer als die Therapiezeit (18 Monate) war. In der längeren Zeit könnten entsprechend mehr therapieunspezifische Ereignisse eingetreten sein.

Die unterschiedlichen Größen der Erfolgsquoten mit den sechs Skalen erfordern zusätzliche Überlegungen. Es fällt auf, daß die PSI-Quoten vergleichsweise niedrig ausgefallen sind. Die PSI-Skalen sind wegen ihrer inhaltlichen Differenziertheit einerseits be-

sonders informativ, andererseits wurden folgende Mängel gefunden:

1) Die Anwendung der kritischen Differenzen setzt eigentlich Tests bzw. Fragebögen voraus, deren psychometrische Eigenschaften für die Beurteilung von Einzelfällen zufriedenstellend sind. Die 4 PSI-Skalen sind wegen ihrer niedrigeren Retestreliabilitäten (siehe Punkt 4.1) für die Beurteilung von Einzelfällen weniger gut geeignet als die anderen beiden Fragebögen. Aus den niedrigeren Reliabilitätswerten ergeben sich etwas größere kritische Differenzen.

2) Ein weiterer Grund für die generell schlechteren Ergebnisse mit dem PSI könnte die besonders strenge, veränderungsunempfindliche Fragebogeninstruktion sein. Darin heißt es: „Auch wenn das beschriebene Verhalten nur gelegentlich oder nur in wenigen Situationen auftritt, kreuzen Sie bitte trotzdem unter 'trifft für mich zu' an.“ – Wenn also gewisse Symptome, die vor der Therapie sehr häufig waren, nach der Therapie zwar wesentlich seltener, aber immer noch „gelegentlich oder nur in wenigen Situationen“ vorkommen, kann diese tatsächlich eingetretene Besserung mit dem PSI gar nicht festgestellt werden. Die Erfolgsquoten aller PSI-Skalen entsprechen somit einem besonders hohen Anspruch an die Besserung.

3) Die niedrigste Erfolgsquote ergab sich mit der PSI-E-Skala (21 Prozent), die übrigens auch die niedrigste Reliabilität hat (.60). Zusätzlich gibt es eine Einschränkung der Validität dieser Skala. Die PSI-E-Skala enthält mindestens 3 Items, die zweideutig formuliert sind. Das heißt, bestimmte Verhaltensweisen oder Reaktionen, die vor einer Therapie als symptomatisch gelten, können nach einer Therapie vom Patienten etwas anders interpretiert und als Beispiele für Techniken der Bewältigung des Stotterns aufgefaßt werden.

Im Item Nr. 59 heißt es: „Ich konzentriere mich darauf, wie ich gerade spreche.“ Diese Aufmerksamkeit kann vor der Therapie als ängstliche Erwartung von Unflüssigkeiten verstanden werden. Nach der Therapie kann das Item aber wieder bejaht werden, wenn es im Sinne von kinästhetischer Überwachung der Sprechmotorik aufgefaßt wird. Ein anderes Item: „Ich dehne Laute oder Wörter...“ (Nr. 17). Das Dehnen kann vor der Therapie als Symptom, aber später auch als Befreiung aus dem

Block verstanden werden. In Nr. 47 wird „eine Pause vor schwierigen Wörtern“ erwähnt. Diese kann vor der Therapie ein passiver Aufschub sein, aber später aktiv zur vorbereitenden Einstellung der angestrebten Mundposition benutzt werden.

Auf Grund dieser Mängel des Fragebogens ist also anzunehmen, daß die PSI-Ergebnisse, an der Realität gemessen, eher zu niedrig ausgefallen sind. Am wenigsten genau ist sicherlich die 21 Prozentquote der PSI-E-Skala. Da gegen die Skalen SS-62 und S-36 keine methodischen Einwände bestehen, ist es am ehesten berechtigt, die Größenordnung von 57 Prozent und 60 Prozent als realistische Quoten der mit Sicherheit gebesserten Fälle zur Zeit der zweiten Nachuntersuchung anzunehmen.

Danksagung

Für die Beratung bei der Auswertung und für die Programmierungsarbeiten bedanke ich mich bei dem Diplom-Statistiker Paul Reimitz (Institut für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin an der Universität Hamburg). Für die Unterstützung bei der Leitung der Therapiegruppen in den viertägigen Seminaren am Beginn der Therapie bedanke ich mich bei der Diplom-Sozialpädagogin Dagmar Bähge-Friedrich (Jugendpfarramt der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche in Plön).

Literatur

- Andrews, G., Cutler, J.: Stuttering therapy: The relationship between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders* (1974) 3, 312-319.
- Boll, A., Kellner, H.-J., Ritter, B.: Zur Interaktion medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden bei Stottern. Psychologische Aspekte. In: Ege, B. (Ed.): I.A.L.P. Congress Proceedings Copenhagen 1977. Herning 1978, vol. 2, 329-343.
- Erickson, R.L.: Assessing communication attitudes among stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 12 (1969), 711-724.
- Heidemann, B., Kellner, H.-J., Kopf-Mehnert, Ch.: Erste Erfahrungen mit einer Stotterangsttherapie nach Sheehan bei jugendlichen Stotternden. *Folia Phoniatrica* 27 (1975), 133-153.
- Horbach, W., Johannsen, H.S., Pascher, W.: Zur Interaktion medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethoden bei Stottern. Phoniatische Aspekte. In: Ege, B. (Ed.): I.A.L.P. Congress Proceedings Copenhagen 1977. Herning 1978, vol. 2, 267-283.
- Huber, H.P.: Psychometrische Einzelfalldiagnostik. Weinheim und Basel 1973.
- Frischmuth, M.: Untersuchung des Einflusses einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie nach Van Riper auf verschiedene Verhaltensbereiche des Stotterns unter Berücksichtigung der Situationsabhängigkeit von Veränderungen. Unv. Diplomarbeit; Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg 1978.
- Kellner, H.-J.: Überprüfung der Wirksamkeit der Stottertherapie nach Van Riper in Erwachsenengruppen, vollständiger Bericht. Unv. Manuskript; Phoniatrie Abt., HNO-Klinik, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf 1993.
- Klasen, J.: Katamnestiche Untersuchung erwachsener Stotternder. Unv. Diss.; Fachbereich Medizin, Universität Hamburg 1986.
- Lanyon, R.I.: The measurement of stuttering severity. *Journal of Speech and Hearing Research* 10 (1967), 836-843.
- Lazarus, A.A.: Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt a.M. 1978.
- Lienert, G.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim 1967.
- Spehr, W., Andresen, B., Irgang, E., Stemmler, G., Sternkopf, G., Thom, E.: Psychophysiologische Aspekte bei Stotterern. In: Ege, B. (Ed.): I.A.L.P. Congress Proceedings Copenhagen 1977. Herning 1978, vol. 2, 345-351.
- Van Riper, C.: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986. (Originalfassung: The Treatment of Stuttering. Englewood Cliffs, N.J. 1973.)
- Woolf, G.: The assessment of stuttering as struggle, avoidance and expectancy. *British Journal of Disorders of Communication* 2 (1967), 158-167.

Anschrift des Verfassers:

Hans-Jürgen Kellner
Phoniatische Abteilung der
Universitäts-HNO-Klinik Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
2000 Hamburg 20
(ab 1.7.93 neue PLZ: 20246 Hamburg)

Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (Diplom-Psychologe) in der genannten Abteilung. Aufgaben: Diagnostische und therapeutische Versorgung stotternder Erwachsener, wissenschaftliche Arbeit in diesen Bereichen und Unterstützung der Stotterer-Selbsthilfe.



Beate Kolonko, Martin Stahlmann, Freiburg (Schweiz)

Zur Anwendung der Konversationsanalyse in der Aphasiediagnostik

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel weist auf den diagnostischen Nutzen der – aus der Ethnomethodologie stammenden – Konversationsanalyse (KA) hin. Der erste Teil faßt kurz die methodischen und methodologischen Hintergründe der Ethnomethodologie und der Konversationsanalyse zusammen. Kernpunkt der Argumentation ist, daß bestimmte Kommunikationszusammenhänge erst durch die Interaktion der Beteiligten konstituiert werden, mithin keine einzelne Äußerung als zufällig, sondern als Repräsentant einer zugrundeliegenden Ordnung anzusehen ist. Die KA versucht, gerade die generativen Methoden der Herstellung dieser Ordnung und Struktur zu analysieren. Im zweiten Teil wird am Beispiel der Analyse aphasischer Kommunikation die Relevanz der Anwendung der KA in der Sprachheilpädagogik aufgezeigt. Die KA erweist sich als geeignetes Mittel sowohl zur Diagnostik als auch zur „Supervision“ der TherapeutIn.

1. Einleitung

„Schon ein oberflächlicher Blick auf die Kommunikation zwischen Normalsprechern zeigt, daß Verstehen nicht in einer Alles-oder-nichts-Entscheidung entweder eintritt oder ausbleibt, sondern von den Teilnehmern prozessual organisiert und ausgehandelt wird.“

(Auer 1981, 485)

Was in dieser Aussage in bezug auf die Kommunikation zwischen „Normalsprechenden“ gesagt wird, hat im Zusammenhang mit aphasischer Kommunikation in gleicher Weise Gültigkeit: Auch hier wird „Verstehen“ von beiden GesprächsteilnehmerInnen aktiv prozessual entwickelt, nur, daß die wechselseitige Konstruktion des Verstehens durch die Aphasie behindert wird.

Wie sich die Kommunikationsbehinderung im Einzelfall darstellt und welche Strategien zur Überwindung der Verständigungsprobleme verwendet werden, wie diese Strategien erweitert und verbessert werden können bzw.

über welche sprachliche pragmatisch-kommunikative Kompetenz die KlientIn verfügt, kann durch eine *Analyse freier Gespräche* ermittelt werden. Die Grundlage für ein solches Vorgehen bildet die „Konversationsanalyse“.

Unser Anliegen ist es im folgenden, die diagnostische Relevanz dieses Verfahrens am Beispiel der Aphasie aufzuzeigen. Dabei werden wir zunächst die theoretischen und methodologischen Hintergründe der Ethnomethodologie sowie der Konversationsanalyse darlegen. Der zweite Teil demonstriert an einem Beispiel, in welcher Weise die zu diskutierende Methode angewandt werden kann und welche Ergebnisse zu erwarten sind.

Teil I: Ethnomethodologie und Konversationsanalyse

2. Ethnomethodologie

Die aus den USA stammende Ethnomethodologie (EM) versucht, Alfred Schütz' konstitutive Phänomenologie der „natürlichen Einstellung“ sozialwissenschaftlich zu fassen.¹ Ihr Untersuchungsgegenstand – und damit auch der der KA – sind diejenigen Methoden und (generativen) Regeln, mittels derer die Gesellschaftsmitglieder soziale Wirklichkeit hervorbringen und konstituieren. Mit anderen Worten: Wie kommt es – über die Anwendung

¹ Führende Vertreter dieser Denktradition rekurrieren im wesentlichen auf die Phänomenologie Husserls und die Sozialphänomenologie Schütz', auf deren Implikationen an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann (vgl. dazu Weingarten/Sack/Schenkein 1976; Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1980; Cicourel 1980; Garfinkel 1980; Eickelpasch/Lehmann 1983).

einer gemeinsam geteilten Sprache und die Kenntnis der Symbole hinaus –, daß sich die Menschen verstehen? Es geht – verkürzt gesagt – um das Problem der Herstellung und Aufrechterhaltung von „Sinn“ innerhalb des sozialen Handelns bzw. um die Analyse der den Handlungen zugrunde liegenden grammatischen Struktur, deren Kategorien und Regeln.

Die Verfahren des Aufzeigens und Herstellens von Handlungen – so die erste Annahme – sind identisch (= *Reflexivität von Alltags-handlungen*). Das heißt, „... that the activities whereby members produce and manage settings of organized everyday affairs are identical with members' procedures for making those settings 'account-able'“ (Garfinkel 1967 in: Eickelpasch 1983, 64).

Die zweite Annahme besteht darin, die soziale Wirklichkeit als „*Vollzugswirklichkeit*“ anzusehen, die erst durch die Interaktion der Beteiligten erzeugt wird (eine Therapie z.B. wird erst dadurch zu einer Therapie, daß die Beteiligten in einer ganz bestimmten Weise miteinander interagieren).

Eine dritte Annahme steht in Zusammenhang mit dem für die EM zentralen Begriff der „*indexikalischen Ausdrücke*“. Damit sind jene Worte gemeint, deren Bedeutung erst unter Zuhilfenahme von Kontextwissen geklärt werden kann. Hierzu gehören z.B. Pronomen oder Adjektive, Worte wie „ich“, „du“, „dieser“, „hier“, die auf einen bestimmten Zusammenhang verweisen. Bei der „Heilung“ (= Interpretation, Bedeutungsauffüllung) dieser Indexikalitäten durch die InteraktionspartnerIn wird die Existenz dieses Musters vorausgesetzt.² Postuliert wird hiermit die grundsätzliche Kontextabhängigkeit sprachlicher Äußerungen.

Voraussetzung für das Gelingen der Interaktion sind die sogenannten Basisregeln (inter-

pretative Verfahren) bzw. das „Hintergrundwissen“ (Oberflächenregeln) (vgl. Eickelpasch 1983). Letztere sind intersubjektiv geteilte Wissensbestände, Ideologien oder Werte, die jeweils in der Interaktion auszuhandeln – also veränderbar sind. Die invarianten, aber unbeachteten Basisregeln „... sind gewissermaßen tiefenstrukturelle grammatische Regeln; sie (...) ermöglichen dem Handelnden, einen Sinn von sozialer Struktur im Verlauf wechselnder Situationszusammenhänge aufrechtzuerhalten, wohingegen Oberflächenregeln oder Normen eine allgemeine institutionelle oder historische Gültigkeit für die Bedeutung der Handlung bereitstellen ...“ (Cicourel 1973 zit. nach Eickelpasch 1983, 95f.).

Idealtypisch können folgende Merkmale der Basisregeln ausgemacht werden, wobei gesagt werden muß, daß diese Trennung z.T. in heuristischer Absicht vorgenommen wurde und daß die Aufzählung nicht vollständig ist. Realiter sind Überschneidungen eher die Regel:

- „*Reziprozität der Perspektiven*“: Diese, aus der Sozialphänomenologie Schütz' übernommene Generalthese besagt einerseits, daß alter und ego identische Wahrnehmungs- und Interpretationsverfahren benutzen (= Kongruenz der Relevanzsysteme); andererseits, daß bei einem Perspektiventausch jeder das Ereignis in gleicher Weise wahrnehmen würde (= Vertauschbarkeit der Standorte).
- *Typisierungen* gängiger Art: Bei der Einordnung der Vagheiten in ein Bezugssystem stehen Typisierungen zur Verfügung (z.B. die Auffassung, daß ein bestimmtes Verhalten für jemanden „typisch“ ist). Wichtiger Teilaspekt ist die „Idealisierung des 'immer wieder'“ (Husserl), d.h. die Voraussetzung der Geltung einer Typisierung unabhängig von der aktuellen Situation oder der gerade erst im Entstehen befindlichen subjektiven Bedeutungsstruktur. Dieses Phänomen dient der Sicherung der Stabilität der Interaktion.
- *Selbstreflexion von Gesprächen*: Dieses Merkmal bezieht sich auf die ständige Überprüfung der Normalität einer Interaktion/Kommunikation.
- *Deskriptive Vokabularien als indexikalische Ausdrücke*: Diese Ausdrücke verweisen auf das „was jeder weiß“ bzw. wissen muß, um einen solchen Ausdruck angemessen erfassen zu können.

Von Garfinkel (1980) können zusätzlich noch – ausschnitthaft – folgende 'pragmatische Universalien' übernommen werden:

² Das Verfahren, nach dem Gesellschaftsmitglieder die indexikalischen Ausdrücke auf das (vermutete) Muster beziehen, wird von Garfinkel in Anlehnung an K. Mannheim als die „dokumentarische Methode der Interpretation“ bezeichnet (1980, 199).

- *Anspruch auf und Unterstellung von Sinnüber-einstimmung*: Jeder Gesprächsteilnehmer geht davon aus, daß der andere verstehen wird.
- *Retrospektiv-prospektiver Ereignissinn*: Die Einordnung von Typisierungen oder die Auffüllung von Vagheiten erfolgt in rückschauend-voraus-schauender Perspektive. Hierzu werden das bereits Erfahrene (über eine Person, oder den Ver-lauf eines Gesprächs) aber auch Annahmen über das zu Erwartende mit einbezogen.
- *Abhängigkeit des „Sinns“* einer Feststellung u.a. von ihrem Ort in der Reihe der Feststellungen, dem expressiven Gehalt der Ausdrücke und der Wichtigkeit der Ereignisse.

Die „naive“ Inanspruchnahme dieser Alltagsmethoden durch die GesprächsteilnehmerInnen ist Gegenstand ethnomethodologischer Untersuchungen. Die speziell entwickelten Forschungsverfahren (KA, Teilnehmende Beobachtung, Krisenexperiment etc.) sind geeignet, die Anwendung bzw. Konstitution oder Entdeckung solcher Regeln zu erforschen. Die Präferenz gerade dieser Methoden leitet sich aus folgenden Gründen ab. Erstens sind sie an den *Strukturen der Wirklichkeit* orientiert, wie z.B. der Anspruch der Analyse „natürlicher“³ Interaktion verdeutlicht. Zweitens wird die Untersuchung als *Kommunikation* aufgefaßt: Die „ProbandIn“ (oder in unserem Fall: die KlientIn) ist KommunikationspartnerIn. Forschungskommunikation in diesem Sinne versteht sich als *explizites Fremdverstehen* (vgl. *AG Bielefelder Soziologen* 1980; *Eberwein/Köhler* 1984). Gegenstand von Untersuchungen sind z.B. Abschieds- oder Begrüßungsrituale, Gerichtsverfahren – oder Therapiesitzungen:

„Sie (die Konversationsanalyse, B.K./M.S.) erlaubt von daher, die Frage anzugehen, welche Merkmale beraterische, therapeutische, gerichtliche, polizeiliche, pädagogische Diskursformen kennzeichnen und welche konventionellen Instrumentarien von den Beteiligten zu ihrer praktischen Realisierung und Identifizierung eingesetzt werden (können) ...“ (*Wolf* 1986, 70).

3. Konversationsanalyse

3.1 Begriff

Aus den verschiedenen Methoden, die zur Untersuchung der generativen Regeln der Interaktion und der Her- bzw. Darstellung von Sinn (und sozialer Wirklichkeit) herangezogen werden können, haben wir – unter dem Blickwinkel der uns interessierenden Klientel sowie des „Problems“ Aphasie – die Konversationsanalyse ausgewählt.

Die auf *Sack* zurückgehende Konversationsanalyse oder Interaktionsanalyse⁴ versucht, durch die Analyse „natürlicher“ Gespräche „die formalen Prinzipien und Mechanismen (...) (zu erforschen), mittels deren die Handelnden in ihrem Handeln die sinnhafte Strukturierung und Ordnung dessen, was um sie vorgeht und was sie in der sozialen Interaktion mit anderen selbst äußern und tun, bewerkstelligen“ (*Bergmann* 1991, 213). Gegenstand dieses Verfahrens sind die real gesprochene Sprache und Sprechhandlungen in ihrem natürlichen sozial-interaktiven Kontext. Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf kleinste (sprachliche) Einheiten der Interaktion, wie z.B. die Organisation des Sprecherwechsels, Eröffnungs- bzw. Beendigungsphasen, die sequentielle Struktur, die sozialen Organisationsweisen einzelner kommunikativer Gattungen (Witze, Episoden), die charakteristischen Merkmale von Interaktionsmodalitäten (Spiele) oder Ritualen (vgl. *Bergmann* 1981; die Beiträge in: *Weingarten/Sack/Schenkein* 1976). Alle diese Beispiele sind kooperative Leistungen der Interagierenden: „Gespräche sind nicht Aneinanderreihungen von Sprechhandlungen, sondern *permanent* stattfindende Interaktionsprozesse“ (*Wolf* 1986, 62; Hervor.i.Orig.). In bezug auf unser Thema könnte man etwa fragen: welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit man von einer Therapie sprechen kann? Oder: Mit Hilfe welcher Mittel versuchen die GesprächsteilnehmerInnen, Sinn zu konstituieren? Die besondere Herausforderung besteht in unserem

³ „Natürlich“ sind die Gespräche (oder alltäglich-praktische Interaktionszusammenhänge) insofern, als sie nicht zum Zwecke der Forschung extra inszeniert werden.

⁴ Vgl. zu den verschiedenen Varianten der KA *Kallmeyer/Schütze* 1976. Wir beschränken uns hier auf die von *Bergmann* vorgenommene Rezeption des *Sackschen* Ansatzes.

Fall in der sprachlichen Eingeschränktheit der KlientIn. Besondere Anforderungen sind an den Anwender der KA gestellt:

„Das, was seine Kompetenz ausmacht, ist freilich nicht die perfekte Beherrschung vorgegebener Methoden, sondern ein hoher Grad an Sensibilität für Interaktionsvorgänge, ein Beobachtungsvermögen für Details *und* für Strukturzusammenhänge, ein Gehör *und* eine Taubheit für Bedeutungsnuancen und Ausdauer bei der detektivischen Verfolgung der Spuren eines interaktiven Objekts.“ (Bergmann 1981, 17; Hervorh.i.Orig.).

Ein weiterer Punkt ist in diesem Kontext zu beachten. Gegenstand der Analyse sind die Äußerungen der Interagierenden und *nicht* die Umschreibungen oder Deutungen der InterpretIn. D.h., daß ausschließlich das Transkript das Material liefert: „Die Konversationsanalyse ist in diesem Punkt wesentlich eine beobachtende Disziplin“ (Bergmann 1981, 21). Zwei weitere Forderungen in bezug auf die UntersucherIn sind zu ergänzen: die Ausblendung des Kontextwissens sowie die Unterstellung der „Normalität“ der Interaktion (= Sparsamkeitsregel).

3.2 Prämissen und Ziele der Methode

Folgende Prämissen sind für die KA erkenntnisleitend. *Erstens* wird davon ausgegangen, daß das aufgezeichnete, transkribierte „natürliche“ Gespräch selbst sinnhaft strukturiert und geordnet ist. Diese Grundannahme gilt für jede – also auch für die therapeutische – Interaktion. *Zweitens* wird jedes Textelement oder jeder turn als Bestandteil einer sich im Handeln der Beteiligten reproduzierenden Ordnung angesehen (Ordnungsprämisse). Wichtig ist, daß aufeinander folgende Äußerungen in einem Bedingungs Zusammenhang stehen und nicht isoliert voneinander betrachtet werden können. In der Sequenzanalyse wird – *drittens* – die Ordnungsprämisse auf die Temporalstruktur übertragen, d.h., „vom Interpretieren wird methodisch unterstellt, daß die *Abfolge* der einzelnen Äußerungen der Interaktionsteilnehmer eine eigene Ordnung konstituiert“ (Bergmann 1985, 313; Hervorh. B.K./M.S.).

Ziel der Untersuchung ist zunächst der Nachweis bestimmter Gleichförmigkeiten oder Regelmäßigkeiten bzw. die Feststellung einer Struktur einer ausgewählten Äußerungsabfol-

ge (Bergmann 1985, 1991).⁵ In einem zweiten Schritt gilt es herauszufinden, auf welche Weise diese Ordnung zustande gekommen ist, d.h. welches Interaktionsproblem (in unserem Fall die Aphasie) in der Gesprächssituation so bearbeitet wurde, daß eine bestimmte Struktur und damit eine Verständigung entstehen konnte. Schließlich werden die „praktischen Methoden“ rekonstruiert, die die Interagierenden regelmäßig bei der Bearbeitung desselben (oder eines ähnlichen) Problems (hier: die Aphasie) anwenden und deren Verwendung die o.a. Ordnung und Struktur hervorbringen (Bergmann 1981, 1991).

Auf der Basis dieser Überlegungen ergeben sich folgende erkenntnisleitende Fragen: Wie stellt sich die Interaktion zwischen einer AphasikerIn und ihren GesprächspartnerInnen dar? Welche Verfahren wenden beide InteraktionsteilnehmerInnen an, um das Problem der aphasischen Kommunikation zu bewältigen?

Die Anwendung der KA auf ausgewählte Bereiche der Sprachheilpädagogik läßt sich vorerst auf zwei Weisen legitimieren. *Zunächst* kann davon ausgegangen werden, daß z.B. AphasiepatientInnen vor ihrer Erkrankung und danach die o.a. Regeln beherrscht(en). Eine Analyse eines so weit als möglich natürlich gehaltenen Gesprächs mit Verwandten, Bekannten und TherapeutInnen könnte hier Klarheit verschaffen und Hinweise für die weitere Therapie liefern. *Dann* kann mit Hilfe der Interpretation einer solchen Interaktion – im Sinne einer „besonderen Form einer sozialwissenschaftlichen Supervision“ (Wolf 1986, 78; Hervorh.i.Orig.) – Aufschluß darüber erlangt werden, wie die TherapeutIn ihrerseits diese Regeln anwendet bzw. ob sie „blinde Flecken“ im Hinblick auf therapeutische Möglichkeiten hat.

⁵ „Ihr Ziel ist es, diejenigen Verfahren empirisch zu bestimmen, mittels derer die Teilnehmer an einem Gespräch im Vollzug ihrer (sprachlichen) Handlungen die Geordnetheit der (sprachlichen) Interaktion herstellen, das Verhalten ihrer Handlungspartner auf die in ihm zum Ausdruck kommende Geordnetheit hin analysieren und die Resultate dieser Analysen wiederum in ihren Äußerungen manifest werden lassen“ (Bergmann 1981, 15f.).

Teil II: Die Konversationsanalyse in der Sprachheilpädagogik – ein Beispiel

4. Aphasiediagnostik

Im Bereich der Aphasiediagnostik dominieren derzeit (noch) standardisierte Verfahren wie der AAT (= Aachener Aphasietest). Diese diagnostischen Instrumente sind in letzter Zeit zunehmend Gegenstand der Kritik geworden (vgl. u.a. Bauer/Kaiser 1989; Pulvermüller 1990). Drei Aspekte der Kritik möchten wir an dieser Stelle hervorheben: die mangelnde Therapierelevanz der aus der Testdurchführung und Auswertung erhaltenen Daten; Aussagen über kommunikative Kompetenzen sind aufgrund der künstlichen Testsituation nicht möglich; und schließlich die Testdurchführung an sich, die durch den hohen Anteil an Richtig/Falsch-Antworten starken Prüfungscharakter hat. Es ist fraglich, ob die in solchen Belastungssituationen erhaltenen Daten die tatsächlichen kommunikativen Kompetenzen der KlientIn wiedergeben können.

Eine Alternative zu der bisherigen Form standardisierter Aphasiediagnostik kann in der Analyse von Gesprächen zwischen KlientIn und „Normalsprechenden“ durch die „Konversationsanalyse“ gesehen werden.

5. Fragestellungen

In erster Linie dient die KA dazu, die pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen der KlientIn und ihrer GesprächspartnerIn zu ermitteln. In Analogie zu dem o.a. Erkenntnisinteresse der KA ist folgende Fragestellung von Interesse: *Ist sprachliche Verständigung möglich? Wenn nein: woran scheitert sie im Einzelfall? Wenn ja: durch welche (kompensatorischen) Strategien wird sie erreicht?* Diesem Problembereich lassen sich folgende detailliertere Fragen zuordnen:

- Auf welchem sprachlichen Niveau findet die Verständigung statt (Sprachliche Selbständigkeit der KlientIn, Initiative, Lenkung des Gesprächs)?
- Nimmt die KlientIn Selbstkorrekturen vor (Fehlerbewußtsein)?
- Leitet die GesprächspartnerIn Verbesserungshandlungen ein?
- Wie reagiert die KlientIn auf Korrekturen der GesprächspartnerIn?

- Welche Strategien zur Verständnissicherung werden von den GesprächspartnerInnen verfolgt?
- Welche Art von produktiven/rezeptiven Ausfällen führt zu welchen Verständigungsproblemen? Eine Analyse unter dieser Fragestellung liefert zugleich eine *Darstellung der aphasischen Symptome*. Die KA beschränkt sich also nicht auf den pragmatisch-kommunikativen Bereich, sondern es sind auch neurolinguistische Hypothesen ableitbar.

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen kann (und sollte) die KA zur Analyse verschiedener *Kommunikationskonstellationen* eingesetzt werden:

- a) Konversation zwischen *TherapeutIn* und *KlientIn*: Für die KlientIn ist dies eine vertraute und vergleichsweise einfache Kommunikationssituation. Der TherapeutIn ermöglicht sie eine Beschreibung des eigenen Modellverhaltens und dient so zur Selbstkontrolle.
- b) Kommunikation zwischen *KlientIn* und unmittelbaren *Bezugspersonen*: Eine Analyse dieser Kommunikationskonstellation gibt Aufschluß über bestehende Kommunikationsstrategien in vertrauten alltäglichen Kommunikationssituationen und dient der Ermittlung von problematischem bzw. hilfreichen Kommunikationsverhalten der Angehörigen.
- c) Kommunikation zwischen den *KlientInnen* und ihnen *unbekannten GesprächspartnerInnen* und im Umgang mit ihnen unerfahrenen „Normalsprechenden“: Durch Analyse der Reaktion der GesprächspartnerIn wird eine Überprüfung der Effektivität erlernter Kommunikationsstrategien der KlientIn möglich. Die Analyse zeigt ferner, ob erlernte Techniken und Strategien von der KlientIn unter erschwerten Bedingungen eingesetzt werden können und inwieweit sie dadurch in der Lage ist, z.B. Kontakte zu knüpfen und ein Gespräch aufrechtzuerhalten.

6. Exemplarische Analyse

Um einen Eindruck von der konkreten Vorgehensweise und den diagnostischen Möglich-

keiten der Konversationsanalyse zu vermitteln, wird im folgenden eine kurze Gesprächssequenz exemplarisch analysiert. Dabei wird auf eine detaillierte Analyse, die eine systematische Betrachtung jedes einzelnen Gesprächsschrittes beinhalten würde, verzichtet (vgl. zu dieser Vorgehensweise: *Andresen 1985; Erb-Sommer 1985; Seyler 1985*). Für unsere Grobanalyse stehen zwei Fragestellungen im Vordergrund:

1. Wie läßt sich der Gesprächsverlauf charakterisieren und wie sind auftretende Probleme zu erklären?
2. Welche Strategien werden von den GesprächsteilnehmerInnen verfolgt, um Verständigung herzustellen und den Gesprächsfluß in Gang zu halten?

In einer abschließenden Auswertung werden mögliche therapeutische Konsequenzen skizziert. Das Analysematerial bildet folgendes Transkript einer Tonbandaufnahme:⁶

Transkript: Kommunikationssituation mit Frau H.

- 1 T: Wie war's in der Kur?
- 2 H: oh, das schön mm aber (5 Sek.) immerzu Anwendungen
- 3 T: Das ist anstrengend, ne?
- 4 H: ja natürlich.
- 5 T: HmmH. Was hatten Sie denn alles für Anwendungen?
- 6 H: Ach .. Güsse .. also .. oben und hier unten.. ähm.. dann .. war ich .. hier,
- 7 sch .. hier die, (schöwust) nein .. hier die Beine..
- 8 T: Hmm
- 9 H: Und .. das .. Arzt und ...
- 10 T: Zum Arzt auch, also zum Bäderarzt dann wahrscheinlich
- 11 H: ja, aber trotzdem beides,
- 12 alles (unverständlich)
- 13 T: Ach du liebes bißchen
- 14 H: und jetzt .. äh .. das ist äh (3 Sek.) ja ja nun ... äh ... malstt ..nein
- 15 masch.. nein massieren
- 16 T: aha
- 17 H: und ..äh .. das sch hier (unverständlich-leise) .. Schule! äh Schule
- 18 (unverständlich) der .. Schule ähm (5 Sek.) ja, der stimmt
- 19 T: Schule? Welche Schule?
- 20 H: Ja, die Schule, nee die Schule? nein (5 Sek.) de ..

- 21 nAtemngymnastik
- 22 T: Ach Krankengymnastik!
- 23 H: Nein, nein, nein!
- 24 T: Atemgymnastik?
- 25 H: Atemngymnastik und und .. ja nun (3 Sek.) hier Sprache und so
- 26 T: Ach Sprachtherapie hatten Sie auch?
- 27 H: Ja natürlich.

6.1 Gesprächsverlauf

Zunächst kann allgemein festgehalten werden, daß die Verständigung zwischen Frau H. und der Therapeutin gelingt.

Das Gespräch wird von der Therapeutin eröffnet und dann über mehrere turns weitergeführt, wobei Frau H. das Rederecht behält und für sich in Anspruch nimmt (Unterbrechung von T. 10/11). Allerdings bringt sie in der gesamten Sequenz selbst keine neuen Themenvorschläge ein. Die Initiative scheint also mehr bei der Therapeutin zu liegen (vgl. auch Sequenz 4/5).

Stockungen und Pausen im Gesprächsverlauf sind bedingt durch Wortfindungsschwierigkeiten von Frau H.; Verständnisprobleme entstehen durch semantische und phonematische Paraphasien (14/15, 17/18, 21). Frau H. nimmt dann Selbstkorrekturen vor. Dies läßt die Vermutung zu, daß ein Fehlerbewußtsein besteht.

6.2 Strategien

Von beiden Gesprächsteilnehmerinnen werden Strategien verfolgt, Verständigungsschwierigkeiten zu überwinden und den Konversationsfluß in Gang zu halten. Frau H. unterbricht sich, als sie bemerkt, daß sie ein falsches Wort artikuliert (6/7). Bei Wortfindungsproblemen versucht sie eine semantische Annäherung an das Zielwort (17, 21). Diese semantische Annäherung wird von der Therapeutin jedoch nicht erkannt bzw. falsch interpretiert (Sequenz 17 bis Ende). Das Wort „Atemgymnastik“ wird von der Therapeutin als phonematische Annäherung interpretiert (22). Auch der Begriff „Schule“ wird nicht als semantische Annäherung verstanden. Eine mögliche Reaktion wäre die Frage: Was haben Sie gelernt? gewesen.

Generell verfolgt die Therapeutin die Strategie, nach Möglichkeit den Konversationsfluß

⁶ Das Gespräch wurde von der Ko-Autorin durchgeführt.

in Gang zu halten. Das geschieht z.B. durch die Verwendung von Bestätigungen wie „hmm“ oder „aha“. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Sequenz 11/12/13: Hier kommentiert die Therapeutin die Äußerung von Frau H. mit einer 'Floskel', ganz offensichtlich, ohne die Äußerung verstanden zu haben. Die Therapeutin hätte auch nachfragen können („Was meinen Sie, ich habe Sie nicht verstanden“), aber ihr ist der Fortgang der Kommunikation wichtiger als die inhaltliche Eindeutigkeit. Diese Strategie kann in anderen Fällen sinnvoll sein, zumal häufig eine inhaltliche Klärung durch den weiteren Gesprächsverlauf möglich ist (retro-/prospektive Orientierung bei der Sinngebung). Außerdem ist diese Vorgehensweise für die Aphasikerin weniger belastend, als häufig im Gespräch unterbrochen zu werden. In dieser Sequenz allerdings suggeriert die 'Floskel' ein Verstehen, das nicht möglich war. Frau H. unternimmt daraufhin keinen weiteren Versuch, den in Zeile 12 unverständlich geäußerten Inhalt zu verbessern. Eine inhaltliche Klärung ist nicht mehr möglich.

6.3 Auswertung

Eine Konsequenz für die Therapie kann darin gesehen werden, die semantischen Annäherungen und Verbesserungshandlungen von Frau H. zu optimieren. Hier können bestehende Materialien und Methoden eingesetzt werden, die auf eine Verbesserung der kommunikativen Strategien, Kompensationsmöglichkeiten und Umwegleistungen abzielen (bspw. PACE-Materialien).

Auf der anderen Seite sollte die Therapeutin die Korrektur- und Annäherungsversuche von Frau H. gezielter aufnehmen. Es verdeutlichte sich der eingangs erwähnte Zusammenhang einer wechselseitigen Konstruktion des Verstehens: Bezieht man die Äußerungen der Therapeutin in die Analyse ein, so wird deutlich, daß ein „Nicht-Verstehen“ nicht allein auf die Defizite der Klientin zurückgeführt werden kann.

An weiteren Gesprächssequenzen könnte die eingangs gestellte Hypothese überprüft werden, nach der die thematische Initiative und Lenkung des Gespräches in erster Linie von der Therapeutin gestaltet wird. Diese Domi-

nanz der Therapeutin kann als ein Charakteristikum therapeutischer Interaktion verstanden werden, in der u.a. durch den Status der Therapeutin hierarchische Strukturen vorgegeben sind (vgl. Seyler 1985; Erb-Sommer 1985). Möglicherweise wäre in dem skizzierten Fall eine Konsequenz, daß die Therapeutin Frau H. mehr Zeit läßt, sich selbst mit Themenvorschlägen ins Gespräch einzubringen bzw. mit ihr Strategien zu erarbeiten, wie sie sich selbst gezielter einbringen und die Gesprächsinitiative ergreifen kann.

6.4 Einschätzung

Für die Transkription und Analyse der dargestellten Sequenz wurde ca. eine Stunde benötigt. Wir sind der Meinung, daß sich dieser zeitliche Aufwand in jedem Fall lohnt. Die Erfahrung ist, daß bereits bei der Transkription der Gesprächspassagen – durch das erforderliche genaue Zuhören – Details in den Gesprächen auffallen, die bei alleinigem Abhören untergehen würden. Das Transkribieren ist also nicht nur „aufwendige Fleißarbeit“, sondern liefert selbst schon Informationen und Hypothesen. Beispielsweise entwickelte die Therapeutin bei der Abschrift die Hypothese, daß die Verständigungsprobleme am Ende der Sequenz auch auf ihr (Kommunikations-)Verhalten zurückzuführen sind. Diese Hypothese konnte – wie gezeigt – nach genauerer Analyse bestätigt werden. Es wurde deutlich, daß sich sogar aus der Auswertung einer sehr kurzen Gesprächssequenz therapeutische Überlegungen ableiten lassen. Die nach der ersten Analyse noch offenen Fragen können in einer weiteren Auswertung überprüft werden.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Der einleitende Teil hat die Grundsätze der Ethnomethodologie sowie der Konversationsanalyse in aller Kürze dargestellt und die Bedeutung auch kleinster sprachlicher Akte im Hinblick auf die Herstellung und Konstitution sozialer Handlungen verdeutlicht. Die KA erwies sich als ein Verfahren systematischer Analyse sprachlicher Handlungen. Auf diese Weise lassen sich diejenigen Regeln und Methoden herausarbeiten, die für die Auf-

rechterhaltung, aber auch das Scheitern von sozialen Handlungen bzw. Interaktionen verwendet werden.

Der zweite Teil verdeutlichte an der exemplarischen Analyse einer aphasischen Kommunikation die Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens vor dem Hintergrund therapeutisch-diagnostischer Fragestellungen. Einen besonderen Vorzug dieser Methode gegenüber herkömmlichen Testverfahren sehen wir darin, daß auch die sogenannten normalsprechenden Kommunikationspartner in die Analyse einbezogen werden.

Prinzipiell halten wir es für möglich, die KA für die Diagnose jeder Form verbaler aphasischer Kommunikation – also auch bei schwersten Beeinträchtigungen – einzusetzen. Allerdings ist die Einschränkung zu machen, daß das Vorgehen primär für verbale Kommunikation entwickelt wurde. Ob und inwieweit sich auch nonverbale Kommunikation in der skizzierten Form analysieren läßt, ist noch zu untersuchen.

Literatur

- Andresen, H.*: Selektiv erhaltene Fähigkeiten bei schwerer Aphasie – Untersuchung zu sprachlichen Stereotypen bei einem schwer gestörten Aphasiker. In: *Andresen, H., Redder, A.* (Hrsg.): Aphasie. Kommunikation von Aphasikern in Therapiesituationen. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (1985) 32, 43-72.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bde. 1/2. Opladen 1980.
- Auer, J.C.P.*: Wie und warum untersucht man Konversation zwischen Aphasikern und Normalsprechern? Zur Anwendung der Konversationsanalyse in der Aphasieforschung. In: *Peuser, G., Winter, S.* (Hrsg.): Angewandte Sprachwissenschaft. Bonn 1981, 480-512.
- Bauer, A., Kaiser, G.*: Der Beitrag der Analyse sprachlicher Interaktion zu einer therapieorientierten Aphasiediagnostik. In: *Günther, K.-B.* (Hrsg.): Sprachstörungen. Heidelberg 1988, 226-240.
- Bauer, A., Kaiser, G.*: Verbesserungshandlungen in der sprachlichen Interaktion zwischen Aphasikern und Sprachgesunden: Ein deskriptiv-interpretatives Verfahren ihrer Analyse für diagnostische Zwecke. In: *Roth, V.M.* (Hrsg.): Kommunikation trotz gestörter Sprache. Tübingen 1989, 27-46.
- Bergmann, J.R.*: Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: *Schröder, P., Steger, H.* (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache. Düsseldorf 1981, 9-51.
- Ders.*: Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. In: *Bonß, W., Hartmann, H.* (Hrsg.): Entzauberte Wissenschaft. Sonderband Soziale Welt. Göttingen 1985, 299-320.
- Ders.*: Konversationsanalyse. In: *Flick, U., Kardorff, E.v., Keupp, H., Rosenstil, L.v., Wolff, S.* (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München 1991, 213-218.
- Cicourel, A.*: Basisregeln und normative Regeln im Prozeß des Aushandelns von Status und Rolle. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und soziale Wirklichkeit. Bielefeld 1980, 147-188.
- Eberwein, H., Köhler, K.*: Ethnomethodologische Forschungsmethoden in der Sonder- und Sozialpädagogik. Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Kulturanalyse für die Integration von Randgruppen. Z.f.Päd. 30 (1984) 3, 363-380.
- Eickelpasch, R.*: Das Ethnomethodologische Programm einer „radikalen“ Soziologie. In: *Eickelpasch, R., Lehmann, B.* (Hrsg.): Soziologie ohne Gesellschaft? Probleme einer phänomenologischen Grundlegung der Soziologie. München 1983, 63-106.
- Eickelpasch, R., Lehmann, B.*: Soziologie ohne Gesellschaft? Probleme einer phänomenologischen Grundlegung der Soziologie. München 1983.
- Erb-Sommer, M.*: Jeder Diener heißt Joseph – 54 Sekunden Aphasitherapie unter der Lupe. In: *Andresen, H., Redder, A.* (Hrsg.): Aphasie. Kommunikation von Aphasikern in Therapiesituationen. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (1985) 32, 9-22.
- Garfinkel, H.*: Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und soziale Wirklichkeit. Bielefeld 1980, 189-261.
- Kallmeyer, W., Schütze, F.*: Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik* (1976) 1, 1-28.
- Pulvermüller, F.*: Aphasische Kommunikation. Tübingen 1990.
- Seyler, H.E.*: Verständigungsprobleme – Empirische Analyse von therapeutischer Kommunikation mit zwei Wernicke-Aphasikern. In: *Andresen, H., Redder, A.* (Hrsg.): Aphasie. Kommunikation von Aphasikern in Therapiesituationen. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (1985) 32, 23-42.

Weingarten, E., Sack, F., Schenkein, J. (Hrsg.): Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns. Frankfurt/M. 1976.

Weingarten, E., Sack, F.: Ethnomethodologie. Die methodische Konstruktion der Realität. In: Weingarten, E., Sack, F., Schenkein, J. (Hrsg.): a.a.O., 7-26.

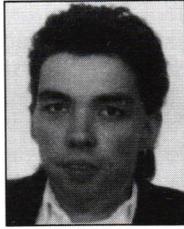
Wolf, S.: Das Gespräch als Handlungsinstrument. Konversationsanalytische Aspekte sozialer Arbeit. In: KZfSS 38 (1986), 55-84.

Anschrift der Verfasser:

Beate Kolonko
Martin Stahlmann
Heilpädagogisches Institut der Universität Fribourg
Petrus-Kanisius-Gasse 21
CH-1700 Fribourg

Beate Kolonko (Dipl.-Päd.) ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung Logopädie des Heilpädagogischen Instituts der Universität Fribourg/Schweiz.

Martin Stahlmann (Dr. phil. [des.], Dipl.-Päd.) ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung klinische Heilpädagogik des Heilpädagogischen Instituts der Universität Fribourg/Schweiz.



Boris Hartmann, Köln

Zielsetzungen und immanente Fragestellungen einer systemisch orientierten Sprach- bzw. Aphasietherapie

Zusammenfassung

Im ersten Teil werden nach einer kurzen Skizzierung des systemtheoretischen Paradigmas die pädagogischen Implikationen und interdisziplinären Zielsetzungen einer systemisch orientierten Sprach- bzw. Aphasietherapie vorgestellt. Anschließend wird im zweiten Teil auf die zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorhandenen immanenten Fragestellungen eingegangen, die sich für den Praktiker sowohl für die sprachtherapeutische Arbeit im allgemeinen als auch für die Behandlung von Aphasien im speziellen ergeben und bei der Realisierung eines ganzheitlichen Therapieverständnisses (bisher) im Wege stehen.

1. Einleitung

Analog zu dem in den Naturwissenschaften in den Vordergrund gerückten Paradigma der Zirkularität und wechselseitigen Kausalität von Lebensprozessen unseres ökologischen Systems zentrieren sich die theoretischen Grundannahmen der Pädagogik, und damit auch der Heilpädagogik, immer stärker um ein Menschenbild, das sich von der bisherigen Zergliederung des Menschen in Soma und Psyche fortbewegt und ihn als Ganzes in eine ökologische Ganzheit zu reintegrieren sucht. Ausgangspunkt dieses synthetisierenden Ansatzes ist die Systemtheorie. Parallel zu der Erkenntnis in der Biologie, daß die Restauration der aus dem Gleichgewicht geratenen ökologischen Systeme nicht allein durch die Reaktivierung eines Subsystems erreicht werden kann, sondern ein ganzheitliches Umdenken erfordert, entwickelt sich für die Heilpädagogik ein ähnlicher Grundgedanke: Auch die Heilpädagogik versucht, „beim Vorliegen von Entwicklungs- und Beziehungshindernissen (Behinderungen und sozialen Benachteiligungen)“ (Speck 1991, 13) diese nicht isoliert therapeutisch anzugehen und den Menschen damit auf seine Behinderung zu reduzieren, sondern „einer drohen-

den personalen und sozialen Desintegration zu begegnen und (ganzheitlichen) Lebenssinn zu erschließen (...)“ (ebd.).

Das Paradigma der Ganzheitlichkeit wird, eingebettet in die Systemtheorie, somit zum Verbindungsglied von Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Für die Sprachbehindertenpädagogik ergeben sich durch die veränderte Akzentuierung der anthropologischen Blickrichtung innerhalb der Heilpädagogik Umgestaltungsprozesse auf den Ebenen der Integration, Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen.

Im folgenden werden Merkmale bzw. Zielsetzungen einer systemisch orientierten Sprachtherapie im allgemeinen bzw. der Aphasietherapie im besonderen dargestellt. Dabei werden systemimmanente Fragestellungen, die durch die Perspektivenverschiebung entstehen, sichtbar gemacht.

2. Das Paradigma der Ganzheitlichkeit in der Sprachheilpädagogik

2.1 Merkmale bzw. Zielsetzungen einer systemisch orientierten Sprachtherapie

Kernhypothese des systemtheoretischen Ansatzes ist die zirkuläre Kausalität von Lebensprozessen, die sich durch wechselseitig beeinflussende Ursache-Wirkungs-Kreisläufe auszeichnet. Das bedeutet, daß sich die Systemtheorie vom mechanistischen Weltbild abwendet, das durch die Suche nach eindeutigen, linearen Kausalbeziehungen bestimmt wird. Beide Weltbilder scheinen in einem Gegensatzverhältnis zueinander zu stehen, da in wissenschaftlichen Ausführungen über die Systemtheorie häufig betont wird, daß das Ganze mehr sei als die Summe aller Teile. Ist

aber nicht das systemtheoretische Paradigma eine logische Konsequenz des mechanistischen Paradigmas? Muß nicht das Ganze, um es überhaupt verstehen zu können, zuerst in Teile zergliedert und mit Hilfe von linearen Kausalbeziehungen interpretiert werden? Die Suche nach Erkenntnis scheint hier in einem dialektischen Spannungsverhältnis von Analyse einerseits und Synthese andererseits zu liegen, mit dessen Hilfe Prozesse des Lebens in Subsysteme zergliedert und wieder zusammengesetzt werden, um ihre Komplexität begreifen zu können.

In der Heilpädagogik hat die wissenschaftstheoretische Diskussion in Richtung eines Paradigmenwechsels ebenfalls verstärkt eingesetzt (vgl. *Speck 1991; Bege-mann 1992*). Zeichnete sie sich in der Bundesrepublik in den 70er Jahren noch dadurch aus, daß sie sich als Sonder- bzw. Behindertenpädagogik aus dem allgemeinen pädagogischen Bezugssystem aussonderte und ihren vorläufigen Höhepunkt in der Gründung gegenseitig konkurrierender, auf Autonomie bestehender Teildisziplinen fand, so ist seit Anfang der 80er Jahre ein intensives Bestreben in den unterschiedlichen Disziplinen der Heilpädagogik zu verzeichnen, den Weg der Partikularisierung zu begrenzen. Dieser Weg der ideologischen Veränderung artikuliert sich jetzt, zu Beginn der 90er Jahre, folgendermaßen: „Als spezielle Pädagogik ist (die Heilpädagogik) primär Pädagogik, nicht also in einem ausgeprägt eigenen wissenschaftlichen Sinne eine besondere Pädagogik. Erziehung ist Erziehung, ob bei behinderten oder nicht behinderten Edukanden. Das bedeutet: Im Vordergrund zu stehen hat das pädagogisch Verbindende, nicht das Deviante, das Trennende, Unterscheidende. Damit wird einer Vernachlässigung des speziell pädagogisch Erforderlichen durchaus nicht das Wort geredet“ (*Speck 1991, 32*).

Für die Sprachheilpädagogik als integraler Bestandteil der Heilpädagogik bleibt dies nicht ohne Folgen: Die Zuordnung von eindeutigen Kausalitäten, deren Ergebnisse vor allem für die Behandlung von Sprachstörungen genutzt wurden und den Defekt des Menschen zum Mittelpunkt des therapeutischen Interesses werden ließen, wird zunehmend von einem ganzheitlich-interaktionalen Men-

schenbild verdrängt, das sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie von Sprachstörungen erweiterte Perspektiven entwickelt. „Aus ganzheitlicher Sicht fehlt bei isolierter Therapie der pädagogische Zusammenhang, in dem künstlich isolierte Teilfertigkeiten ohne übergreifenden Bezug trainiert werden“ (*Grohnfeldt 1987, 4*). Das bedeutet, daß die Therapie primär als pädagogische Tätigkeit verstanden und in ein pädagogisches Bezugssystem reintegriert werden muß, will sie sich nicht allein auf die Kompensation von Defekten reduzieren lassen. Ein solches Verständnis von Sprachtherapie beinhaltet, daß die Behandlungsziele einem Erziehungs- und Bildungsziel untergeordnet werden (vgl. *Schönberger 1985*), therapeutische Effekte immer der Reaktivierung bzw. Ausdehnung der Handlungskompetenz des Edukanden dienen im Sinne einer sprachlichen, kommunikativen und sozialen Interaktionsvielfalt.

Eingebettet in einen übergreifenden Kontext charakterisiert sich eine ganzheitlich-systemisch orientierte Sprachtherapie und ihre methodische Umsetzung folgendermaßen: Für die Diagnostik ergibt sich, ausgehend von dem Grundgedanken, daß der Mensch „zugleich Systemmittelpunkt als auch Randpunkt (ist)“ (*Grohnfeldt 1992, 63*), daß Interaktionskreisläufe bei der Ätiologie und Persistenz von Sprachstörungen einbezogen werden wie z.B.

- intrafamiliäre Beziehungs- und Kommunikationssysteme,
- Interaktionen zwischen dem sprachgestörten Menschen und den selbstgewählten Bezugspersonen (Partner, Freunde),
- Interaktionen zwischen dem sprachgestörten Menschen und den erweiterten sozialen Kontakten (Arbeitskollegen, Kontaktaufnahme zu Fremden), aber auch
- intrapersonelle Interaktionen, beispielsweise zwischen einer organischen Schädigung und der damit verbundenen Beeinträchtigung an altersadäquaten Erfahrungen,
- Interaktionen zwischen der vorliegenden Sprachstörung und psychoreaktiven Verhaltensauffälligkeiten oder

- Interaktionen zwischen einer hereditären Disposition und auslösenden Umweltfaktoren.

Besonders deutlich werden solche zirkulären Kausalbeziehungen beim Stottern, Mutismus, bei Stimm- und Sprachentwicklungsstörungen, da hier aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie intrafamiliäre und intrapersonelle Interaktionen vorliegen können. Die Aphasie scheint hier aufgrund ihrer vordergründig linearen Kausalität (zerebrale Läsion) herauszufallen, doch lassen sich auch bei dieser Sprachstörung Interaktionen erkennen zwischen

- der erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens und vorhandenen Risikofaktoren (Beispiel: ausgeprägte Nikotinsucht, starker Alkoholkonsum, konstitutionelle Gefäßsystemschwäche),
- der Zusammensetzung der aphasischen Symptomatik und Persönlichkeitsparametern – keine Aphasie gleicht der anderen–,
- dem Behandlungserfolg der Aphasie und Prognosefaktoren wie Alter des Aphasikers, Ätiologie, Sitz der Hirnschädigung, Aphasietyp und -schweregrad, allgemeiner Gesundheitszustand, Zeitraum zwischen Erkrankungs- und Therapiebeginn, soziale Integration des Patienten usw. (vgl. *Lonczewski* 1990),
- dem Behandlungserfolg der Aphasie und der Motivation des Patienten, um nur einige Interaktionen zu nennen.

Bei der Therapie von Sprachstörungen lassen sich durch den systemtheoretischen Ansatz Verschiebungen in der Zielsetzung erkennen. Hierfür ist es notwendig, auf das aus der Biologie stammende Konzept der „Autopoiesis“ nach *Maturana/Varela/Uribe* (1974) (vgl. *von Foerster* 1991) einzugehen. Die „Autopoiesis“ (griech. auto = selbst, poiesis = Schöpfung) postuliert „die organisatorische Schließung eines jeden lebenden Organismus“ (*von Foerster* 1991, 146) durch Selbsterzeugung und Selbstregulation. Autopoietische Systeme sind autonom. Bezogen auf das Verhalten des Menschen bedeutet dies eine Eigenverantwortlichkeit und damit Unberechenbarkeit, Unvorhersagbarkeit seines Handelns.

Vor dem Hintergrund der Hypothese, daß der Mensch zu diesen autopoietischen Systemen gehört, rückt bei der Behandlung von gestörten Subsystemen – den impressiven, expressiven und zentralen Sprachstörungen – „der Begriff der Selbstgestaltung bzw. Selbstregulation als zentrale Kategorie“ (*Grohnfeldt* 1988, 15) in den Vordergrund. Damit ergeben sich für die Sprachtherapie unter systemischen Gesichtspunkten folgende übergeordnete Zielsetzungen:

- Fokussierung des einzelnen im Kontext seiner Interaktionen mit der Umwelt;
- Reaktivierung bzw. Stimulation von selbstregulierenden Kräften, die der betroffenen Person und ihrem sozialen Bezugssystem zur Verfügung stehen;
- Angebot einer mehrdimensionalen Förderung, um ein „Zusammenspiel sensorischer, motorischer, kognitiver, sprachlicher, emotionaler und sozial-kommunikativer Funktionsbereiche“ (*Grohnfeldt* 1987, 5) zu erreichen;
- Vermittlung einer sozialen und kommunikativen Handlungsfähigkeit als übergreifendes Ziel (vgl. *Grohnfeldt* 1987).

Axiome dieser Art modifizieren die Therapie von Sprachstörungen dahingehend, daß sie sich nicht mehr als Training defekter Leistungskanäle versteht, sondern mehr als „pädagogisches Angebot zur Selbsterneuerung“. Das heißt, in den pädagogisch-therapeutischen Sitzungen werden Lern-Vorschläge entwickelt, die der Patient nach den ihm eigenen, individuellen Mechanismen der Selbstregulation aufnimmt und verarbeitet, um sein gestörtes System neu zu strukturieren. Ob und wie die Lern-Vorschläge verarbeitet werden, hängt zum einen von der Darbietungsform des Lernangebotes ab, zum anderen von der Flexibilität und Qualität der selbsterneuernden Kräfte beim desintegrierten Organismus.

2.2 Pädagogische Implikationen und Zielsetzungen einer systemisch orientierten Aphasietherapie

Bei der pädagogisch-therapeutischen Betreuung von Aphasikern ergeben sich im Rahmen eines systemtheoretischen Weltbildes die

gleichen Zielsetzungen, wie sie für die Sprachtherapie im allgemeinen formuliert wurden: Es gilt, die selbstregulierenden Mechanismen beim sprachgestörten Menschen zu (re-)aktivieren, um eine Homöostase seiner desintegrierten Subsysteme zu entwickeln.

Ausgehend von dem Gedanken, daß „alle (...) Einheiten – von den Molekülen bis zu den menschlichen Wesen und hin bis zu Gesellschaftssystemen – als Ganzheiten angesehen werden (können) und zwar in dem Sinne, daß sie integrierte Strukturen sind, und dann wieder als Teile von noch größeren Ganzheiten auf höheren Ebenen der Komplexität“ (Capra 1991, 41), steht die Aphasitherapie vor der Aufgabe, die betroffene Person

- intrapersonell auf der physischen und psychischen Ebene zu reorganisieren und
- interpersonell in ihr gewohntes soziales Bezugssystem zu reintegrieren.

Die Behandlung von Aphasikern beinhaltet somit drei Ansatzpunkte auf drei unterschiedlichen Personalebene unter Einbeziehung verbaler bzw. non-verbaler Kommunikationskanäle (s. Abbildung 1):

Bei der systemischen Ausrichtung der Aphasitherapie wird deutlich, daß

1. die Behandlung der aphasischen Störung eine interdisziplinäre Aufgabe ist, sollen alle drei Ebenen der Reintegration (A, B, C) therapeutisch angegangen werden;

2. bei der therapieimmanenten Kommunikation sowohl verbale als auch non-verbale Kommunikationskanäle benutzt werden, je nach Schweregrad der aphasischen Symptomatik; (ist dem Aphasiker die verbale Performanz der Sprache nicht möglich, so steht der Aufbau einer non-verbale Kommunikationsfähigkeit bei der Zielsetzung der Therapie obenan);

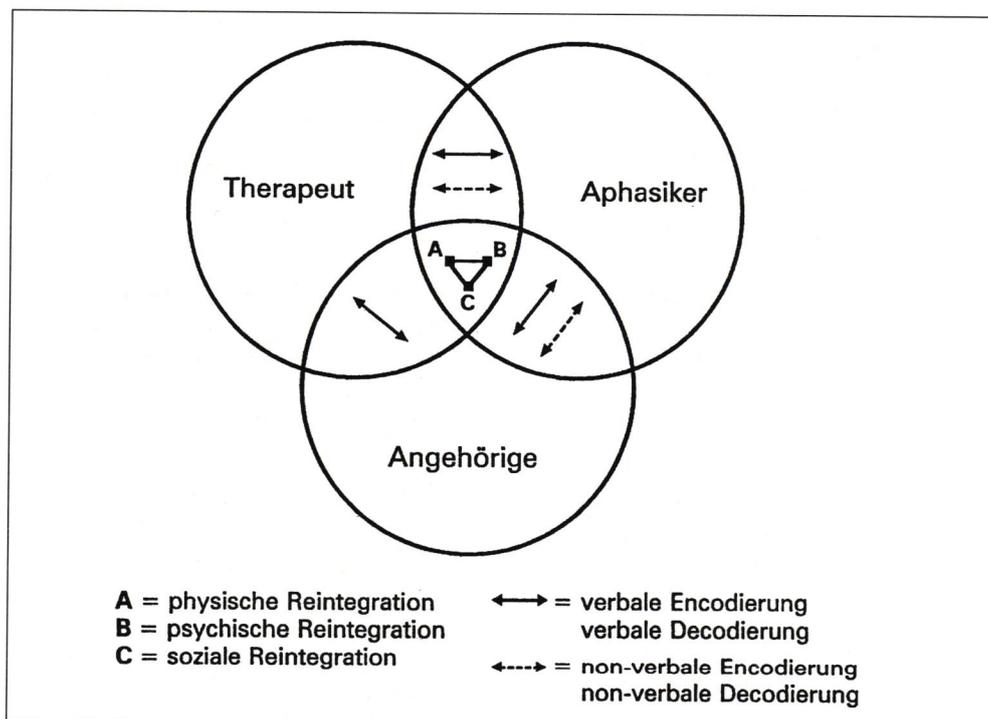


Abbildung 1: Ansatzpunkte einer systemisch orientierten Aphasitherapie auf drei Personalebene unter Berücksichtigung des implizierten Kommunikationsverhaltens. A, B und C bezeichnen die Ebenen der Reintegration des Aphasikers.

3. eine systemisch-ganzheitliche Aphasietherapie nur unter der Voraussetzung effektiv sein kann, daß die drei Personalebene „Therapeut“, „Aphasiker“ und „Angehörige“ zu einer „pädagogischen Trias“ zusammenwachsen.

Es gilt, im Kontext seines sozialen Bezugssystems mit dem Aphasiker und den Angehörigen eine pädagogische Einheit aufzubauen, um eine physische, psychische und soziale Neuorganisation des desintegrierten Systems zu erreichen. Daraus ergeben sich für die drei Ansatzpunkte der Therapie folgende Zielsetzungen:

a. Physische Reintegration:

- Reaktivierung der paretischen Gliedmaßen,
- Vermeidung von Kontrakturenbildungen,
- Optimierung der gesamtmotorischen und sprechmotorischen Beweglichkeit. (→ Fachkräfte hierfür sind: Neurologen, Orthopäden, Krankengymnasten, Sprachheilpädagogen, Ergotherapeuten.)

b. Psychische Reintegration:

- Überwindung des Schockzustandes,
- bestmögliche Annahme der Behinderung,
- Bewältigung von depressiven Zuständen,
- Aktivierung der Motivation zur Selbsthilfe,
- Vermeidung von Isolationstendenzen,
- gemeinsame Erarbeitung von Lebensperspektiven,
- Reaktivierung kognitiver Prozesse. (→ Fachkräfte hierfür sind: Sprachheilpädagogen, Psychologen.)

c. Soziale Reintegration:

- Aufklärung der Angehörigen über das aphasische Störungsbild,
- Aufklärung der Angehörigen, daß bei der Aphasie keine intellektuelle, sondern eine sprachliche Störung vorliegt, um Mißverständnisse zu vermeiden,

- Reintegration des Aphasikers ins Berufsleben,
- Vermeidung von intrafamiliären und sozialen Isolationstendenzen,
- Integration der Familienangehörigen in den sprachtherapeutischen und medizinischen Prozeß,
- gemeinsame Erarbeitung von „sozialen Strategien“, um mit Hilfe von Angehörigen und Freunden Aufgaben des Alltags bewältigen zu können,
- Beratung über die Inanspruchnahme von Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertengesetz,
- Beratung über Rehabilitationsmaßnahmen und -kliniken,
- Beratung über die Hilfeleistungen von Wohlfahrtsverbänden und Zivildienstleistenden,
- Beratung über Selbsthilfegruppierungen für Aphasiker. (→ Fachkräfte hierfür sind: Sprachheilpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen.)

Anmerkung: Die Trennung der drei genannten Reintegrationsebenen dient der übersichtlichen Darstellung der therapeutischen Zielsetzungen und damit einer analytischen Perspektivenbildung. Sie darf nicht als reale, statische Abgrenzung verstanden werden.

Für den Sprachheilpädagogen ergeben sich aufgrund des Anspruchs der Ganzheitlichkeit seiner Arbeit zwei Aufgabenkomplexe:

1. die Sprachtherapie im engeren Sinne (diese beinhaltet die sprachliche Neuorganisation der gestörten Modalitäten);
2. die Sprachtherapie im weiteren Sinn (diese konzentriert sich als interdisziplinäre Aufgabenstellung auf die physische [Sprechmotorik], psychische und soziale Reintegration des Aphasikers [s.o.]).

Damit bezieht sich die pädagogisch-therapeutische Arbeit des Sprachheilpädagogen, wie auch aus den Zielsetzungen ersichtlich ist, auf alle drei Reintegrationsebenen. Denn: die Kompetenz und Performanz der Sprache ergibt sich aus einem hochdifferenzierten Zusammenspiel physischer und psychischer

Fähigkeiten und hat als Kommunikationssystem einen immerwährenden sozialen Aufforderungscharakter.

Das Beziehungsverhältnis innerhalb der „pädagogischen Einheit“ zwischen dem Therapeuten, Aphasiker und den Angehörigen ist vor dem Hintergrund der Systemtheorie interaktional, im Gegensatz zum asymmetrischen Verhältnis des mechanistischen Menschenbildes. „Der Sprachbehindertenpädagoge und der Sprachgestörte sind zwei Menschen, die miteinander in einen Interaktionsprozeß treten und sich gegenseitig in ihrem Verhalten beeinflussen“ (Grohnfeldt 1987, 6). Dabei erfolgt die Encodierung und Decodierung von Sprache in einem wechselseitigen Austauschprozeß unter Einbeziehung verbaler und, je nach Schweregrad der Störung, non-verbaler Kommunikationskanäle. Die Interaktion innerhalb des Therapieprozesses läßt sich in drei Phasen aufteilen (s. Abbildung 2):

1. Phase: Bipolarität von Therapeut einerseits und Aphasiker und Angehörigen andererseits; durch die Hilfsbedürftigkeit des Aphasikers wird ein sozialer Kontakt zwischen Menschen hergestellt, die sich in ihrer sozialen Rolle anfangs bipolar gegenüberstehen (Helfer – Hilfesuchende(r)).

2. Phase: Bildung einer pädagogischen Einheit; basierend auf einer empathischen Beziehung entwickelt sich die Interaktion zwischen dem Therapeuten, dem Aphasiker und den

Angehörigen zu einem wechselseitigen Austauschprozeß mit dem Ziel der physischen, psychischen und sozialen Reintegration der aphasischen Person.

3. Phase: Auflösung der pädagogischen Einheit; in der Endphase der Therapie ist die Auflösung der pädagogischen Einheit vorzubereiten, um die Selbsthilfe des Aphasikers zu intensivieren und darüber hinaus der Entstehung eines Abhängigkeitsverhältnisses entgegenzuwirken.

Die Systemtheorie beinhaltet mit ihrer ganzheitlichen Ausrichtung im Hinblick auf die physische, psychische und soziale Reintegration des sprachgestörten Menschen für die Sprachtherapie im allgemeinen und die Aphasitherapie im besonderen neue Anstöße, sowohl für therapeutische Methoden als auch für eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen (s.o.). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Neuorientierung ergeben sich neben den neuen Perspektiven auch systemimmanente Fragestellungen, die im folgenden Kapitel behandelt werden.

2.3 Systemimmanente Fragestellungen

2.3.1 Fragestellungen der Sprachtherapie im allgemeinen

Bei den immanenten Fragestellungen, die sich aus dem systemtheoretischen Ansatz mit seinen intra- bzw. interpersonellen Wechsel-

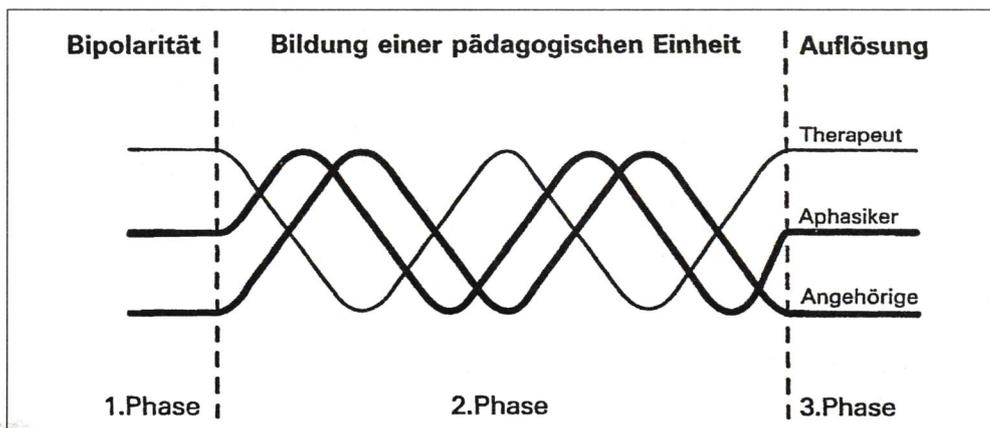


Abbildung 2: Prozesse der Interaktion zwischen Therapeut, Aphasiker und Angehörigen innerhalb einer systemisch orientierten Aphasitherapie

wirkungen von biologischen, psychologischen und sozialen Systemen ergeben, muß punktuell zwischen immanenten Fragestellungen der Sprachtherapie im allgemeinen und denen der Aphasietherapie im besonderen differenziert werden. Dies ergibt sich aus der veränderten Interpretation von Sprachstörungen, die sich von einer Pathologie des Individuums fort- und gleichzeitig zu einer Pathologie der Beziehungen unter Einbeziehung erschwerter Lebens- und Lernbedingungen hinbewegt (vgl. *Grohnfeldt/Homburg/Teumer* 1991, 257f). So können beim Stottern, Mutismus (vgl. *Hartmann* 1991), bei Stimm- und Sprachentwicklungsstörungen aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie pathologische Beziehungen im familiären und weiteren sozialen Bezugssystem bei der Deutung des Bedingungs Hintergrundes einbezogen werden. Zirkuläre Kausalbeziehungen dieser Art können bei der Aphasie nur zur Prävention (Beispiel: Interaktion zwischen Beziehungskonflikten und erhöhtem Nikotin- und Alkoholmißbrauch, s. Punkt 2.1) und zur Therapie (s. Punkt 2.2) herangezogen werden, nicht aber für die hirnanorganische Ätiologie.

Die ganzheitlich-interaktionale Therapie von multifaktoriell bedingten Sprachstörungen beinhaltet in ihrer praktischen Umsetzung für den Sprachtherapeuten folgende (bisher) ungelöste Problemstellungen:

a) *Kompetenzprobleme*; wird eine Sprachstörung in ihrer Ätiologie und/oder Persistenz auf einen Beziehungskonflikt, beispielsweise im Familiensystem, zurückgeführt, so müßte die Sprachtherapie familientherapeutisch ausgerichtet sein. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die Ausbildungsangebote für Diplom-Pädagogen, Sonderschullehrer und Logopäden jedoch unzureichend darauf ausgerichtet, so daß Kompetenzüberschreitungen entstehen können (vgl. *Grohnfeldt* 1988, 16).

b) *Konzeptionelle Anpassungsprobleme*; vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Strukturwandels in der Schülerschaft an Sprachheilschulen, bei dem neben den sprachlichen Störungen zunehmend komplexere Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsauffälligkeiten zu beobachten sind (vgl. *Breitenbach* 1992), steht die Sprachheilschule und damit auch der Sprachheillehrer

vor der schwieriger werdenden Aufgabe, sich konzeptionell den gestiegenen Förderbedürfnissen anzupassen und darüber hinaus systemtheoretische Prinzipien zu realisieren.

c) *Probleme der interdisziplinären Zusammenarbeit*; eine Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Hinblick auf die Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen ist bisher nur in Rehabilitationskliniken, Krankenhäusern und stationär therapeutischen Institutionen (wenn auch nicht überall) zu registrieren. In sprachtherapeutischen bzw. logopädischen Praxen ist, von Ausnahmen abgesehen, eine fachübergreifende Betreuung der Klientel häufig noch unzureichend. Auch werden Fortbildungsveranstaltungen, trotz einer versuchten wissenschaftstheoretischen Konsensbildung, noch zu wenig von Sprachheilpädagogen, Logopäden, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Ärzten gemeinsam wahrgenommen.

d) *Abrechnungsprobleme*; der bisherige Leistungskatalog der Krankenkassenverbände, der Abrechnungsmöglichkeiten für Elternberatungen, förderdiagnostische Verlaufsuntersuchungen und interdisziplinäre Fachgespräche ausschließt, macht eine ganzheitliche Diagnostik und Therapie gegenwärtig unmöglich (vgl. auch *Grohnfeldt/Homburg/Teumer* 1991).

e) *Interventionsprobleme*; vor dem Hintergrund eines zunehmenden Schutzes von Personaldaten und einer damit verbundenen Verweigerung der Einsichtnahme in persönliche Angelegenheiten wird die Einbeziehung des familiären Beziehungssystems in die Diagnostik und Therapie in Zukunft wahrscheinlich noch schwieriger, als sie jetzt schon ist. Eine intensivere Fokussierung der pathologischen Beziehungen, wie es der beziehungs-zentrierte Ansatz beinhaltet, scheint in einem Gegensatzverhältnis zur gesellschaftlichen Entwicklung zu stehen.

2.3.2 Fragestellungen der Aphasietherapie

Analog zu den bisher ungelösten Problemstellungen bei der ganzheitlichen Behandlung von nicht-aphasischen Sprachstörungen lassen sich auch bei der systemisch orientierten

Aphasietherapie systemimmanente Fragestellungen bzw. Problemfelder eruieren:

a) *Kompetenzprobleme*; wie in Kapitel 2.2 dargestellt wurde, impliziert die ganzheitliche Therapie von Aphasikern die physische, psychische und soziale Reintegration der betroffenen Person. Für den Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden werden bei der Realisierung der genannten Zielsetzungen auf den drei Integrationsebenen Kompetenzprobleme deutlich, da er nach dem gegenwärtigen Ausbildungsstand nur über begrenzte Möglichkeiten verfügt. So fehlen ihm beispielsweise bei der psychischen Reintegration des Aphasikers psychotherapeutische Konzeptionen und Gesprächstechniken, um depressive Stimmungen aufzufangen, neue Lebensperspektiven zu evozieren oder entstehende Ehekonflikte zu lösen. Die gleichen Schwierigkeiten finden sich auf der Ebene der sozialen Reintegration. Hier können Beratungen des Aphasikers und der Angehörigen, z.B. im Hinblick auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Therapieeffekte und die Arbeit von Selbsthilfevereinigungen sowie bezüglich intrafamiliärer Probleme und kommunikativer Handlungsstrategien, durchgeführt werden. Bei der Inanspruchnahme von Vergünstigungen nach dem Schwerbehindertengesetz oder der Organisation eines Zivildienstleistenden werden Lücken in der Ausbildung einerseits und Umsetzungsprobleme eines postulierten Ganzheitlichkeitsparadigmas andererseits deutlich.

b) *Probleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit*; die o.g. Kompetenzprobleme lassen die Notwendigkeit einer interdisziplinären Behandlung und Betreuung von Aphasikern durch Ärzte, Krankengymnasten, Sprachheilpädagogen bzw. Logopäden, Psychologen, Ergotherapeuten und Sozialpädagogen erkennen. Hierfür sind Ausbildungsergänzungen bei den genannten Berufsgruppen und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen erforderlich, um die Auseinandersetzung mit der aphasischen Störung zu intensivieren und eine Konsensbildung zu ermöglichen. Abzusehendes Begleitsymptom einer interdisziplinär ausgerichteten Aphasietherapie ist die Therapieermüdung des Aphasikers, die schon jetzt in Krankenhäusern und auf geriatrischen Stationen zu beobachten ist.

c) *Abrechnungsprobleme*; auch hier ergeben sich, wie bei der Behandlung der nicht-aphasischen Sprachstörungen, Abrechnungsprobleme im Hinblick auf fast alle genannten Zielsetzungen, die durch eingeschränkte Leistungskataloge der Krankenkassen entstehen und beseitigt werden müssen.

Die vorgestellten Fragestellungen zeigen, daß sich die Arbeit mit sprachgestörten Menschen durch den systemtheoretischen Ansatz heute stärker denn je in einem Spannungsverhältnis zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zwischen synthetisierender Theorie und analysierender Praxis befindet.

3. *Schlußbemerkung*

Anhand der Aphasietherapie lassen sich sowohl die wissenschaftstheoretischen Grundannahmen der Systemtheorie als auch systemimmanente Zielsetzungen und Problemstellungen einer ganzheitlich-interaktionalen Sprachheilpädagogik anschaulich darstellen. Dabei wird deutlich, daß die zunehmende Infiltration des systemtheoretischen Weltbildes in die Heilpädagogik, und damit auch in die Sprachheilpädagogik, zu einer beschleunigten Entwicklung wissenschaftlicher Explikationen und theoretischer Konzeptionen, nicht aber praxisorientierter Transfermöglichkeiten führt. Damit das Paradigma der Ganzheitlichkeit – „die wesentliche Bedeutung liegt in der ‚neuen‘ Sichtweise, weniger in einer neuen Methode – ein ganzheitliches Vorgehen ist nicht nur in der Pädagogik seit Jahrzehnten hinlänglich bekannt“ (Grohnfeldt 1988, 16) – nicht zu einer Modeverpackung bekannter Inhalte verkommt, sollten die Pragmatik und damit verbunden konkrete Anwendungsmöglichkeiten dieses Weltbildes stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Literatur

- Begemann, E.: „Sonder“- (schul)Pädagogik: Zur Notwendigkeit neuer Orientierungen. Zeitschrift für Heilpädagogik 43 (1992) 4, 217-267.
- Breitenbach, E.: Strukturwandel in der Schülerschaft an Sprachheilschulen – Tatsache oder Einbildung? Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 3, 111-118.
- Capra, F.: Wendezeit – Bausteine für ein neues Weltbild. München 61991.

- Foerster, H. von:* Erkenntnistheorien und Selbstorganisation. In: *Schmidt, S.J.* (Hrsg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt/M. 1991.
- Grohnfeldt, M.:* Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik – Situationsanalyse und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 1, 1-9.
- Grohnfeldt, M.:* Sprachtherapie auf systemtheoretischer Grundlage. Sprache-Stimme-Gehör 12 (1988), 14-17.
- Grohnfeldt, M.:* Die Sprachheilpädagogik im sonderpädagogischen Bezugssystem. Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 2, 56-66.
- Grohnfeldt, M., Homburg, G., Teumer, J.:* Ansatzpunkte einer veränderten Sprachheilpädagogik in Deutschland. Die Sprachheilarbeit 36 (1991) 6, 252-269.
- Hartmann, B.:* Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Schriften zur Sprachheilpädagogik, Band 1. Berlin 1991.
- Lonczewski, M.:* Der Therapieerfolg bei älteren Aphasikern. Kölner Arbeiten zur Sprachpsychologie, Band 1. Frankfurt/M., Bern, New York, Paris 1990.
- Schönberger, F.:* Phasen des Bewegungshandelns und die Problemstellungen der Bewegungsbehandlung. In: *Jetter, K.* (Hrsg.): Leben und Arbeiten mit behinderten und gefährdeten Säuglingen und Kleinkindern. Stadthagen 1985, 217-223.
- Speck, O.:* System Heilpädagogik – Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München, Basel 1991.

Anschrift des Verfassers:

Boris Hartmann
Petersenstraße 20
5000 Köln 91

Boris Hartmann ist als Diplom-Pädagoge/Sprachtherapeut in zwei sprachtherapeutischen Ambulanzen der Stadt Köln sowie als freier Mitarbeiter in einer Praxis in Leverkusen tätig. Der Schwerpunkt seiner therapeutischen Arbeit liegt auf der Behandlung von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen und Aphasien. Sein Spezialinteresse gilt der Klinik des Mutismus.



Barbara Sporer, München

Doppelt benachteiligt: Sprachbehinderte Mädchen in Mathematik und Naturwissenschaften

Zusammenfassung

Mädchen werden in unserem Schulsystem im mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich traditionell vernachlässigt; insbesondere sprachbehinderten Mädchen wird hier geschadet, denn die Mädchen gesellschaftlich zugesprochene sprachliche Begabung kommt nicht zum Tragen. Eigene Beobachtungen, Befragungen von Schülerinnen, Lehrern und Lehrerinnen einer Schule für Sprachbehinderte werden aufgezeigt. Ein Um- und Nachdenken, ein kritisches Betrachten durch uns Lehrer und Lehrerinnen ist notwendig, um sprachbehinderten Mädchen ein gestärktes Selbstbewußtsein mitzugeben und vielseitigere Interessen zu fördern, die sich dann in breitgefächerteren Berufsauswahlmöglichkeiten niederschlagen.

1. Unterrichtsbeobachtungen und kleiner geschichtlicher Hintergrund

Während verschiedener Praktika im Rahmen meines Studiums und bei den Hospitationen während meiner Referendariatszeit an einer Hauptschule für Sprachbehinderte¹ gewann ich zunehmend den Eindruck, daß es für Mädchen sehr viel schwerer ist, mathematische oder gar physikalische Interessen und Fähigkeiten zu zeigen und aufzubauen:

- Schüler und Lehrer unterbrechen sogar korrekte Antworten von Schülerinnen, um selber fortzufahren oder eine vermeintliche Korrektur vorzunehmen.
- Gerade im Physikunterricht zeigten Schüler generell eine weitaus größere Aktivität als Schülerinnen; jene hatten mehr praktische Vorerfahrungen, die von der Lehrerin oder dem Lehrer stets erwartungsvoll in den Unterricht einbezogen wurden. Dementsprechend war auch die Anzahl der Blickkontak-

te, die Lehrkräfte mit Schülern aufnahmen signifikant höher als die, die sie mit Schülerinnen hatten.

- In Mathematik lösten die Mädchen die gestellten Aufgaben stillschweigend, während die Jungen in der Klasse sich lautstark über Lösungsweg und Leichtigkeit der Aufgabe unterhielten; der Lehrer widmete seine Aufmerksamkeit lediglich der Jungengruppe.
- Trotz gleicher Noten wurde von Jungen mehr erwartet als von Mädchen der selben Klasse.
- Es war zu beobachten, daß sich Schüler vor allem in Physik nicht nur häufiger meldeten, sondern auch, daß sie wesentlich mehr unaufgeforderte Kommentare gaben als Mädchen.
- Im Unterricht schien es Phasen zu geben, in denen man von den Jungen Aktivität erwartete, und Phasen, für die eher die Mädchen zuständig waren: Mädchen durften Texte vorlesen, Begriffserklärungen nicht-physikalischer Art liefern, Beiträge zur Zusammenfassung leisten, die schriftliche Zusammenfassung vorlesen, Fragen am Ende der Stunde stellen und bei Demonstrationsversuchen Meßgeräte ablesen. Jungen mußten in der Erarbeitungsphase die physikalischen Probleme lösen, Umrechnungen machen, Film- und Diaprojektoren auf- und abbauen und bedienen, phy-

¹ Für Anregungen und Tips während meiner Ausbildungszeit im Studienseminar, die hier mit eingeflossen sind, danke ich Dr. Eva Troßbach-Neuner.

sikalische Stummfilme kommentieren, bei Demonstrations- und Schülerversuchen den Versuch aufbauen.

- Wenn Mädchen und Jungen in gemischten Gruppen Schülerversuche durchführten, waren es fast ausschließlich die Jungen, die das Sagen hatten. Allzuerne schienen sich die Mädchen jede Aktivität und Verantwortung abnehmen zu lassen. Nur gegen Ende der Unterrichtsstunde, in der Freiarbeitsphase, als viele Schüler längst das Interesse am neuen Stoff verloren hatten, kam es vor, daß die eine oder andere Schülerin ganz 'unauffällig' den Versuch noch einmal aufbaute, auch erweiterte und unbemerkt von Mitschülern und Lehrkraft ihre eigenen Erfahrungen sammelte.

Die starke Dominanz der Jungen in Physik und Mathematik erstickte jedes anfängliche Interesse der zurückhaltenderen Mädchen im Keim. Die traditionell zugesprochenen Geschlechterrollen und die damit zugewiesenen Fähigkeiten – mathematisch naturwissenschaftlich begabte Jungen und sprachlich begabte Mädchen – spiegelten sich so in jeder Klasse deutlich wider. Ohne entsprechendes Bewußtsein und ohne die bewußte Hilfe ihrer Lehrerinnen und Lehrer hatten die Mädchen keine Chance, in diesen Fächern ihre Fähigkeiten zu beweisen.

Anfangs ging ich noch von der Annahme aus, daß diese Situationen nur an Regelschulen zu finden seien und es an Sonderschulen anders sein müsse, da hier die Klassenstärke geringer ist und die Lehrkräfte besonders geschult und mit den Zusammenhängen und Wirkungen von Pygmalion- und Halo-Effekt vertrauter sind; die Lehrkräfte müßten eigentlich wissen, daß es für Schülerinnen besonders schwer ist, gute Leistungen zu erbringen, wenn sie von niemandem erwartet werden, oder daß man durch die Eigenschaft 'weiblich' nicht automatisch weitere Zuschreibungen erhält. Doch dies war ihnen offensichtlich nicht immer bewußt. Zum Teil war die Benachteiligung der Mädchen im mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterricht an Schulen für Sprachbehinderte sogar noch eklatanter, denn hier sind Schülerinnen in der Minderheit: Leider werden *drei* stille Mädchen noch schneller übersehen als *zehn*.

Im Jahre 1794 schrieb Alexander von Humboldt über den Geschlechterunterschied: Er sprach Frauen eine spezifische Geistigkeit zu, die sich im Prinzip der Intuition und Gefühlhaftigkeit erfüllt. Das männliche Denken und Handeln unterliege dagegen dem Prinzip der Rationalität (vgl. Flierl 1988). Dieses Denkmodell führte zu der bis heute gebräuchlichen Simplifizierung: Der Mann ist verstandesmäßig, die Frau gefühlhaft. Mit diesen Eigenschaften einher gehen die Eigenschaften Passivität, Emotionalität, Unterordnung und Friedfertigkeit für das Weibliche – mit den Gegenpolen Aktivität, Rationalität, Dominanz und Aggressivität für das Männliche.

Neben dem Phänomen, daß sich diese Eigenschaften auch verstärkt bei beiden Geschlechtern beobachten lassen – ob angeboren oder sozialisationsbedingt, sei hier dahingestellt –, scheinen Lehrerinnen und Lehrer diese traditionellen Rollenbilder verinnerlicht zu haben und, wie auch die Eltern der Kinder, gleichzeitig davon auszugehen, daß sprachliche Begabung bei Mädchen und mathematisch-technische Begabung bei Jungen zu suchen ist. Brehmer/Enders-Drägässer (1984), Srocke (1988) und viele andere machen auf die psychosoziale und berufliche Benachteiligung aufmerksam, die vor allem Mädchen aufgrund dieses tradierten gesellschaftlichen Rollenverständnisses und der daraus resultierenden ungleichen Behandlung erfahren müssen.

Geht man davon aus, daß mathematisch-naturwissenschaftliche Begabung bei Mädchen überdurchschnittlich häufig nicht entdeckt wird und manchmal sogar verkümmert, müssen sprachbehinderte Mädchen unter einem mit doppelten Mängeln behafteten Selbstkonzept leiden: Sie können schulisches Selbstwertgefühl weder auf sprachlichem noch auf mathematisch-naturwissenschaftlichem Gebiet aufbauen. Jede gute Note müssen sie schwer erarbeiten, immer von dem Gefühl begleitet, daß sie die nötige Begabung eigentlich nicht haben. Sprachbehinderte Jungen entsprechen mehr der gesellschaftlichen Norm als Mädchen: Eine sprachliche Schwäche wird ihnen eher gestattet, sie können sie mit mathematischer Begabung ausgleichen. Einem sprachbehinderten Mädchen erlaubt unsere Gesellschaft im allgemeinen keinen

Ausgleich durch eine mathematische Begabung, ein positives Selbstkonzept kann auch auf diesem Gebiet nicht entstehen.

In letzter Zeit eröffnen sich auch für Mädchen zunehmend mehr Möglichkeiten, in technischen Berufen unterzukommen. Trotzdem werden diese bisher in nur geringem Umfang genutzt. Viele Mädchen haben weder zuhause noch in der Schule gelernt, daß sie sich auf diesem Gebiet entfalten dürfen. Dabei hätten gerade sprachbehinderte Mädchen, für die im allgemeinen eine Bürotätigkeit nicht in Frage kommt, ein erweitertes Wahlberufsfeld dringend nötig.

Um in tatsächliche Beziehungen zwischen Leistung, mathematisch-naturwissenschaftlicher Selbsteinschätzung, Interesse und Selbstwertgefühl sprachbehinderter Mädchen Einblick zu gewinnen, habe ich im Rahmen der schriftlichen Hausarbeit für die zweite Staatsprüfung zehn Mädchen von zwei achten Klassen in Form offener Interviews befragt.

2. Ergebnisse eines Interviews

Folgende Leitfragen lagen dem Fragebogen zugrunde:

- Welche Interessen haben sprachbehinderte Mädchen für mathematisch-naturwissenschaftliche Fächer?
- Welche technischen Alltagserfahrungen weisen sie auf?
- Wie ist ihre Selbsteinschätzung bei technischen Alltagserfahrungen und auf schulischem Gebiet?
- Welche Faktoren spielen eine Rolle für das Zustandekommen der Selbsteinschätzung und der Einstellungen der Schülerinnen?

Die interessantesten Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt:

Deutliche Unterschiede zwischen *Interesse* für Mathematik und Physik und der *Selbsteinschätzung* für diese Fächer mußte ich feststellen; auch fielen die Ergebnisse für Mathematik und Physik unterschiedlich aus.

Im Fach Mathematik entsprach die Selbsteinschätzung der Mädchen in etwa ihren schuli-

schen Leistungen; sie hatten auch nicht das Gefühl, daß Jungen im Unterricht anders oder gar besser behandelt würden als Mädchen. Das Interesse am Fach Mathematik war vergleichbar mit dem Interesse am Fach Deutsch. Zusammenhänge zum impliziten Rollenbild, zum Weltbild der Schülerinnen waren nicht zu erkennen. Angst vor dem Fach und niedriges allgemeines Selbstwertgefühl gingen jedoch ausnahmslos mit negativer Selbsteinschätzung einher.

In Physik stufen mehrere Mädchen ihre möglichen Leistungen besser ein als die, die sie in diesem Fach auch zeigten. Nicht negative Selbsteinschätzung, sondern vor allem der Faktor Interesse und damit die Leistungsbereitschaft schien hier im Zusammenhang zur schlechten Leistung zu stehen. Im allgemeinen waren die Mädchen von der Nützlichkeit des Faches kaum überzeugt. Während diese Mädchen für alle anderen Fächer keine Bevorzugung von Schülern oder Schülerinnen im Unterricht feststellten, fühlten sie sich hier benachteiligt:

- Sieben der zehn Schülerinnen waren der Meinung, daß Jungen im Physikunterricht bevorzugt würden, gleichermaßen von Lehrern wie Lehrerinnen.
- Fünf hatten festgestellt, daß die Jungen öfter aufgerufen würden.
- Zwei meinten, daß der Lehrer öfter zu den Jungen blicke.
- Andere berichteten, daß Mädchen meist gar nicht beachtet würden und daß Jungen häufiger gelobt würden und ihnen öfter geholfen würde.
- Ein weiteres Mädchen erzählte, daß sie sich sogar während des Unterrichts mit anderen Dingen beschäftigen könne, ohne daß es der Lehrkraft auffiele.

Nach einer Begründung dieser ungleichen Behandlung gefragt, antworteten zwei Mädchen:

„Die wissen mehr“. „Die kapiert halt schneller“.
„Weil es für Jungs interessanter ist“.

Andere, die die gesellschaftlichen Rollenbilder offensichtlich nicht kritiklos übernommen hatten, begründeten ihre Beobachtungen so:

„Jungs zeigen öfter auf“. „Weil wir uns nicht melden, werden wir nie drangenommen“. „Der Lehrer hat das Gefühl, es interessiert uns nicht; mich interessiert es aber!“ „Die kapierten schneller – vielleicht, weil sie sich mehr reinsteigern“. „Jungs sind in Physik die Herren, das wollen sie uns zeigen“. „Die Jungen wissen nicht wirklich mehr, sie geben uns nur keine Chance“. „Lehrer trauen den Jungs eher zu, Leistungen in Physik zu bringen, aber nur einige sind wirklich besser“.

Da die Interviews einzeln gemacht wurden, kann eine direkte gegenseitige Beeinflussung ausgeschlossen werden.

Deutlich spaltete sich die Untersuchungsgruppe in zwei Gruppen, als es um die technischen Vorerfahrungen ging. Diese Alltagserfahrungen, die etwa die Hälfte der Mädchen beschrieben, wurden fast ausschließlich von Vätern oder älteren Brüdern initiiert oder gefördert. Ältere männliche Familienmitglieder halfen ein Auto zu reparieren, einen Fernseher aufzuschrauben, eine Kreissäge zu verwenden und viele andere technische Dinge zu untersuchen. Mädchen, die zu Hause keine Unterstützung auf diesem Gebiet erfuhren, hatten ausnahmslos schulisch gemachte Erfahrungen aufzuweisen, durch Arbeit im Computerraum, Kurse bei Projekttagen oder Aktionstage im Berufsinformationszentrum. Wie wichtig praktische *schulische* Erfahrungen sind, oft der *einzig* Zugang für Mädchen zu technischen Dingen, wird hier deutlich.

Es fiel auf, daß die Weltbilder und beruflichen Zukunftsvorstellungen der technisch mehr geförderten Mädchen progressiver waren, als diejenigen der technisch physikalisch weniger geförderten; die interessierten Mädchen planten Mutterschaftsurlaub, Erziehungsjahr, Arbeitsteilung mit dem Ehemann und sogar Alleinerziehung mit ein. Nur zwei der Mädchen hatten aber den Mut, aus dem traditionell weiblichen Zielberufsbild auszuscheren und Industriemechanikerin oder einen Metallberuf anzustreben.

Damit diese sprachbehinderten Mädchen überhaupt technische Berufsziele mit in Betracht zogen, mußten offenbar drei Faktoren zusammenkommen:

- Technische Alltagserfahrungen,
- ein allgemein positives Selbstkonzept und
- ein Weltbild, das nicht die zeitwidrigen Rollenbilder von Mann und Frau beinhaltet.

Trafen diese Faktoren zu, dann konnten die Mädchen auch gute Leistungen in Mathematik und Physik bringen, ohne daß für sie psychosoziale Ausgrenzungen zu befürchten waren.

3. Sicht der Lehrkräfte

Mit einem anonymen Fragebogen habe ich einige Lehrerinnen und Lehrer gebeten, mir ihre Erfahrungen, die sie zur Selbsteinschätzung von Jungen und Mädchen gemacht haben, und deren Auswirkungen mitzuteilen; ebenso, ob ihnen familiäre oder gesellschaftliche Einflüsse aufgefallen sind, die die Selbsteinschätzung verstärken und ob schulische Veränderungen nach ihrer Meinung notwendig und möglich sind.

Wie das *Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft* (1989) waren auch die Lehrkräfte der Meinung, daß sich Mädchen insgesamt realistischer einschätzen als Jungen. Dies gilt für alle Fachbereiche. Offensichtlich neigen sie jedoch dazu, sich in mathematisch-naturwissenschaftlichen Fächern schlechter einzuschätzen, als sie tatsächlich sind. Jungen dagegen zeigen öfter die Tendenz, sich in Mathematik und Physik zu gut einzuschätzen. Bemerkenswert ist, daß Lehrer den schlechten naturwissenschaftlichen Selbsteinschätzungen weniger negativen Wert beimessen als Lehrerinnen. An dieser Stelle sei an die Korrelation zwischen schulischem Selbstkonzept und schulischer Leistungen erinnert (vgl. *Sander* 1981).

Der Einfluß der Familie wurde für Verhalten und Interesse als bedeutungstragend erkannt, wenngleich die Rolle des Vaters auch für Mädchen offensichtlich unterschätzt wurde. Das Gewicht gesellschaftlicher Rollenerwartung wurde meines Erachtens von zu wenigen (nur einem Drittel der Lehrkräfte) in Betracht gezogen.

Auf der anderen Seite waren fast zwei Drittel der Meinung, daß es angeborene Strukturen gibt, die unterschiedliche Denkweisen bei Frauen und Männern bewirken. Nur wenige Lehrkräfte konnten oder wollten aber eine Konsequenz wie getrennten naturwissenschaftlichen Unterricht oder verschiedene didaktisch-methodische Zugänge für Mädchen vorschlagen. So meinte auch nur eine einzige

Lehrerin, daß der Physikunterricht, durch eine Frau vermittelt, besser bei Mädchen ankomme als der eines Lehrers.

Unklar blieb jedoch, ob die Befragten der Überzeugung waren, daß die Rollenerwartungen der Schülerinnen so stark seien, daß auch die Mädchen Lehrerinnen keine naturwissenschaftlichen Fähigkeiten zutrauten. Vielleicht war man aber auch der Meinung, daß auch Lehrer weibliche Denkweisen nachvollziehen könnten, und somit ausreichend auf die Mädchen eingehen könnten, oder aber der Unterschied doch nicht so groß sei und eigentlich vernachlässigt werden könne – vielleicht auch auf Kosten der Mädchen.

Die kurzen Auszüge aus den Interviews geben einen kleinen Einblick, wie wenig das Bewußtsein über die Notwendigkeit einer Veränderung bisheriger Mädchenerziehung bei Lehrerinnen und Lehrern vorhanden ist. Nur wenige Lehrkräfte haben diesen Mißstand erkannt und nehmen die klischeehaften Texte in Schulbüchern nicht mehr stillschweigend hin, sondern formulieren zusammen mit ihren Schülerinnen und Schülern selber Aufgaben, in denen zum Beispiel auch der Vater einkauft, auch die Mutter tapeziert und die Tochter ihr Radio repariert. Sie sorgen dafür, daß Mädchen und Jungen gleichermaßen zu Wort kommen und dulden kein Unterbrechen oder unfundiertes 'Besserwissen'. Sie bieten allen viele praktische Erfahrungsmöglichkeiten in Heimat- und Sachkunde und Physikunterricht und motivieren auch ihre Mädchen im Betriebspraktikum, einen untraditionellen Beruf auszuprobieren.

4. Ausblick

Gerade sprachbehinderte Mädchen benötigen Ausweichgebiete, in denen sie ihre Fähigkeiten beweisen können, da die angebliche sprachliche Begabung für sie zum Aufbau ihres Selbstwertgefühls nicht in Frage kommt. Viele Mädchen besitzen eine mathematisch-naturwissenschaftliche Begabung, die es jetzt zu entdecken und/oder zu fördern gilt. Der Arbeitsmarkt eröffnet zunehmend auch für Mädchen Möglichkeiten, in technischen Bereichen unterzukommen; die Schule muß aber den Grundstein, das nötige Bewußtsein und Selbstbewußtsein, setzen.

Bisher konnte meist weder die Familie noch die Schule den Mädchen die Lebensbedeutung und damit das Interesse für Mathematik und Physik vermitteln; daß Mädchen technische Berufe ergriffen, war bisher noch selten. Wollen wir sprachbehinderten Mädchen wirklich beim Aufbau ihres Selbstwertgefühls helfen und ihnen bessere Zukunftsaussichten ermöglichen, müssen wir noch einiges ändern.

Lerninhalte und Methoden in den betroffenen Fächern müßten gerade an Sprachbehindertenschulen mehr auf Mädchen abgestimmt werden:

- Probleme und Aufgabeninhalte können aus den Tätigkeitsbereichen von Frauen und Mädchen kommen. Dies erleichtert zum einen sprachbehinderten Schülerinnen das Verständnis, zum anderen würde die Geschwindigkeit, in der eine Lösung gefunden wird, erhöht. Die subjektive Einschätzung der Aufgabenschwierigkeit (vgl. *Srocke*) würde gesenkt. Bei Jungen hätte diese Änderung keine Wirkung auf die Selbsteinschätzung. Obwohl das Interesse an diesen Fächern somit erhöht werden kann, ist zu beachten, daß mit diesem Mittel allein herkömmliche Rollenbilder gefestigt würden.
- Also sollte durch Unterrichtsgespräche, Fallbeispiele und Aufgabeninhalte auch klar werden, daß 'elektrische Eisenbahnen/Stecker reparieren' und 'Regale aufhängen' nicht allein 'Sache der Jungs' sind. Bei der Ämterverteilung könnte ein Mädchen die technischen Geräte anvertraut bekommen, auch dann, wenn sie in einer Klasse für Sprachbehinderte das einzige Mädchen ist. Jungen haben zuhause viel eher die Chance, in den Umgang mit technischen Geräten eingeführt zu werden.
- In Grund- und Hauptschulen könnten technische Berufe nicht nur als 'männlich' dargestellt werden. Qualifizierte Frauen aus allen Bereichen des Berufslebens könnten als Identifikationsfiguren den Schülerinnen und Schülern vorgestellt werden. Gleichzeitig würden Mädchen und Jungen eine solche Rolle als 'Normalität' kennenlernen.
- Das Betriebspraktikum in den achten Klassen sollte verstärkt Anlaß geben, sich mit

der Thematik 'Frau und technischer Beruf' auseinanderzusetzen. Sprachbehinderte Mädchen könnten jetzt Berufe kennenlernen, in denen Ausdrucksfähigkeit und Rechtschreibung nicht an oberster Stelle der benötigten Fähigkeiten stehen.

- Eine kritische Auseinandersetzung mit den Beispiel- und Aufgabentexten in Schulbüchern könnte nicht nur für Lehrkräfte, sondern auch für die Klasse ein Anlaß sein, die Aufgaben eigenständig zu formulieren. Sprachbehinderte Kinder müssen jede Gelegenheit zur sinnvollen Formulierungsübung nutzen.
- Entdeckendes Lernen ist für Jungen und Mädchen gleichermaßen von Vorteil, gleichzeitig legt es die Erarbeitung in Gruppenarbeit nahe. Diese kooperative Arbeitsform entspricht den Bedürfnissen der Mädchen mehr als das Lösen von Aufgaben mit Wettbewerbscharakter. Gleichzeitig wird diese Art der Kommunikation in Grund- und Hauptschulen für Sprachbehinderte als notwendige Übungsform betrachtet.
- Bisher stellte der Aspekt 'Nutzen' für Jungen eine größere Motivation für das Lernen von Physik und Mathematik dar, während auf Mädchen die emotionale Einstellung zum Fach und zur jeweiligen Lehrkraft den größeren Einfluß ausübte. Lehrkräfte, die darauf achten, daß sie Mädchen nicht nur für Fleiß und saubere Heftführung, sondern auch für kreative und intellektuelle Leistungen angemessen loben, die Schüler wie Schülerinnen in der Erarbeitungsphase und Erweiterung eines technischen Themenbereichs fördern und zu eigenem Tun anregen, die alle Aussagen ernst nehmen, können das Selbstvertrauen der Mädchen stärken.
- Positive Erwartungshaltungen der Lehrkräfte und Schülerinnen alleine würden jedoch noch nicht ausreichen. Auch die Mitschüler und Eltern müssen zum Teil zu neuen Denkweisen angeregt werden. Mein Fragebogen zeigte, daß die Lehrkräfte zu wenig über geschlechtsspezifische Erwartungshaltungen der Eltern informiert sind; vielleicht könnte dies ein Thema bei einem Elternabend sein. Gerade Eltern von Grundschulkindern haben noch viele Möglichkei-

ten, ihre Mädchen durch vielseitige Anregungen (wie Mithilfe bei Reparaturen oder auch technisches Spielzeug) auch auf anderen Gebieten zu fördern und ihnen so mehr Türen zu öffnen. Auch die besondere Rolle des Vaters müßte den Eltern bewußt gemacht werden.

Vieles muß noch getan werden; es gibt aber auch Beispiele, wo erkannt wurde, daß Hilfen für sprachbehinderte Mädchen notwendig sind. Die Hauptschule für Sprachbehinderte in München bietet ihren Mädchen regelmäßige 'Mädchenkonferenzen' an: Ähnlich wie in Klassensprecherkonferenzen werden die schulischen Interessen und Probleme der Mädchen diskutiert und Lösungswege und Hilfsmöglichkeiten ausgedacht. So wurde ein Selbstverteidigungskurs diskutiert, der ihnen helfen sollte, mit tätlichen Angriffen im Pausenhof richtig umzugehen. Eine Lehrerin wurde zur Interessenvertretung bei Lehrerkonferenzen gewählt. Das Ernstnehmen ihrer geschlechtsspezifischen Interessen bedeutet ein Ernstnehmen ihrer selbst und stärkt so das Selbstbewußtsein der Mädchen. Unterrichtsbeiträge, die sie vielleicht früher verschwiegen hätten, um nicht aufzufallen, trauen sie sich jetzt zu sagen.

Bei den jährlich stattfindenden 'Projekttagen' haben alle Mädchen der Sprachbehindertenschule Gelegenheit, technische Alltagserfahrungen nachzuholen: Es gibt Kurse, die Autoreparaturen anbieten; es gibt die Möglichkeit, Physikexperimente durchzuführen, den Umgang mit der Videokamera zu lernen, alternative Energieprojekte kennenzulernen und vieles mehr. Die Therapiestunden wurden zum Teil genutzt, um Ängste und negative Emotionen gegenüber Mathematik und Naturwissenschaften allgemein zu verbalisieren und deren Ursachen zu eruieren; dies führte bei vielen zu neuer Selbstsicherheit und breiteren Denkspektren. Kritisches Auseinandersetzen bei Lehrerkonferenzen, ob eine eigene Mädchenklasse und/oder getrennter Mathematikunterricht für sprachbehinderte Mädchen sinnvoller ist, gab oft auch den Anstoß, überhaupt über die Problematiken sprachbehinderter Mädchen nachzudenken.

Mein Ziel ist es nicht, Mädchen an männliche Verhaltensmuster anzupassen (oder umgekehrt) und männliche oder weibliche Normen

zum Maßstab zu erklären, sondern Ziel ist die Realisierung der Chancengerechtigkeit für sprachbehinderte Mädchen. Vielseitigere Interessen ermöglichen ihnen zum einen den Aufbau persönlicher Stärke, zum anderen mehr Möglichkeiten bei ihrer Berufswahl. Dies kann jedoch nur erreicht werden, wenn gerade wir Lehrerinnen und Lehrer die gesellschaftlichen Leitbilder hinterfragen und unser eigenes Verhalten im Unterricht kritisch beobachten, wenn wir kooperativ Lösungswege suchen und zu neuen Formen bereit sind.

Literatur

Brehmer, I., Enders-Drägässer, U.: Die Schule lebt – Frauen bewegen die Schule. München 1984.

Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft: Mehr Mädchen in Naturwissenschaft und Technik (Abschlußbericht). Bonn 1989.

Flierl, W.: Von der Erziehung der 'höheren Töchter' zur Koedukation. Mädchenbildung im Spiegel der Zeiten. München 1988.

Sander, E.: Lernstörungen. Stuttgart 1981.

Sporer, B.: Selbsteinschätzung von Mädchen in Mathematik und Naturwissenschaften – eine Barriere für Chancengleichheit? (Unveröffentlichte schriftliche Hausarbeit für die zweite Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen). München 1992.

Srocke, B.: Mädchen und Mathematik. Wiesbaden 1988.

Anschrift der Verfasserin:

Barbara Sporer
Auenbruggerstraße 19 b
8000 München 50

Barbara Sporer hat ihre Referendariatszeit an einer Hauptschule für Sprachbehinderte in München im August 1992 beendet. Sie ist derzeit in einer Diagnose- und Förderklasse an der Schule für Lernbehinderte in der Nadistraße in München tätig.

Die Sprachheilarbeit 38 (1993) 2, S. 98–103



Ingeborg Vitzthum, Dresden

Therapie bei stotternden Kindern im Grundschulalter (Klassen 1/2) nach dem Dresdner Modell

Einblicke

Zusammenfassung

Der folgende Praxisbericht ist die überarbeitete Kurzfassung eines Vortrages anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der dgs-Landesgruppe Hessen im November 1991 zum Modell einer Stotterertherapie für jüngere Schulkinder. Die Idee, dieses Modell einem breiteren Forum vorzustellen, entstand bei einem ersten Treffen mit Sprachheillehrern aus Hessen im Frühjahr 1991. Der Bericht ist auf dem Hintergrund der beruflichen Erfahrung eines Psychologen abgefaßt. Er informiert über die wesentlichen Grundzüge einer Stotterertherapie, wie sie an der Sprachheilschule Dresden als pädagogisch-psychologische Teamarbeit praktiziert wird.

1. Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des Dresdner Therapiemodells

In den siebziger Jahren war es ein gemeinsames Anliegen von Pädagogen und dem Psychologen in der Sprachheilschule Dresden, ein effektives Therapieverfahren für jüngere stotternde Kinder zu entwickeln, die außer der Sprachstörung erhebliche Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Bei der Behandlung dieser Kinder erschien es erfolgversprechend, einen

Psychologen einzubeziehen, er konnte bei der Erarbeitung eines wissenschaftlich begründeten Therapiekonzeptes, der Planung von Diagnostik und Therapie sein Fachwissen und seine Sichtweisen einbringen. Da die in der Schulpraxis tätigen Pädagogen und Psychologen auf Grund der politisch-ideologischen Situation in der DDR keine Möglichkeiten hatten, sich über den Forschungsstand in der westlichen Welt zu informieren, wurde das Therapiemodell auf der Basis eigener Untersuchungen und des Studiums der hiesigen Fachliteratur entwickelt.

Um Einsichten über die Bedeutsamkeit biologischer, psychischer und sozialer Faktoren für das Entstehen und die Persistenz der Sprachstörung zu gewinnen, wurden zunächst die Untersuchungen von 50 stotternden Schülern der 2. Klassen ausgewertet, die an einer logopädischen Spezialkur teilnehmen sollten. Die Kinder waren durch einen Kinderneuropsychiater, Sprachheillehrer und Psychologen diagnostiziert worden.

Der erste Auswertungsschritt dieses Materials bestand in einer differenzierten Einzelfallanalyse. Unter Berücksichtigung der biologischen Ausstattung, der Biographie, des sozialen Umfeldes, der sensomotorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen, volitiven und sozialen Entwicklung wurde nach Faktoren bzw. Faktorengruppen geforscht, die das Stottern verursachten und aufrechterhielten. Anschließend wurde versucht, mögliche Gruppentrends herauszuarbeiten, die für die Behandlungsführung der Zielgruppe bedeutsam sein könnten. Aus den Untersuchungen und Analysen der bereits erfolglos angewandten Behandlungsverfahren wurden Grundannahmen für das künftige praktische Vorgehen bei der Therapie abgeleitet.

In der vierphasigen „Komplexen Aktivtherapie“ von *Werner* zur Beseitigung psychosozialer Störungen bei Kindern und Jugendlichen fanden wir in den siebziger Jahren einen Ansatz, mit dem wir grobe Ordnungsprinzipien in den therapeutischen Gesamtvorgang und auch in die individuelle Therapieplanung bringen konnten. Der *Wernersche* Ansatz wurde für die Behandlung von Stotterern in der Sprachheilschule Leipzig an einer relativ geringen Probandenzahl erprobt (vgl. *Petrak*

1973). Wir setzten uns zunächst mit dem *Werner-Petrakschen* Ansatz auseinander, hinterfragten ihn und kamen in langjähriger Erfahrung durch die Arbeit mit einer großen Anzahl jüngerer stotternder Schüler zu Veränderungen, Erweiterungen des Ansatzes und schließlich zum Therapiemodell in der heutigen Form. Das Modell strebt eine Verschmelzung und optimale Nutzung von pädagogischen und psychologischen Methoden bei der Behandlung des Stotterns und dissozialer Verhaltensauffälligkeiten an. Dabei werden spezifische Einzelverfahren je nach individuellen therapeutischen Erfordernissen in ein umfassendes Behandlungsprogramm einbezogen.

2. Therapiegestaltung heute

2.1 Therapieziel

Unser Therapieziel ist der weitmöglichste Abbau der Sprachstörung, neuroserelevanter Symptome und der Aufbau eines tragfähigen Leistungs- und Sozialverhaltens.

2.2 Organisation der Therapie

2.2.1 Die Klasse als Therapiegruppe

Stotternde Schulanfänger mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten fassen wir in möglichst kleinen Gruppen zusammen. Die genehmigte Mindestzahl betrug bisher 10 Schüler pro Klasse. Die Klassenbildung erfolgt zunächst „am Schreibtisch“, d.h. nach vorliegenden Unterlagen, zumeist einer Beurteilung durch die Kindergärtnerin nach einem standardisierten Fragebogen, der Einschätzung der Sprache, Lateralität, Differenzierungsfähigkeit, Motorik durch den Logopäden sowie kinderpsychologischer und kinderpsychiatrischer Befunde. Unsere Erfahrungen bestätigen, daß in der günstigen Zusammenstellung der Klassen eine wesentliche Voraussetzung liegt, therapeutische Wirkungen zu ermöglichen oder zu verhindern. Deshalb führen wir noch vor Schulbeginn mit den so zusammengestellten Klassen einen eintägigen Probelauf durch. Wir beobachten die Kinder in unterrichtsähnlicher und freier Situation. An diesem Aufnahmeverfahren nehmen in der Regel der künftige Klassenleiter, der Erzieher

und der Psychologe teil. In einem auswertenden Gespräch werden die Beobachtungen insbesondere zu Fragen der Schulfähigkeit und Führbarkeit in dieser Gruppe diskutiert. Notwendige Umsetzungen können so noch vor Schulbeginn vorgenommen werden. Wir machten die Erfahrung, daß eine arbeitsfähige Gruppe vor allem ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den mehr unruhigen, aggressiven und den gehemmten, ängstlichen Kindern wahren muß. Wir versuchen, in der Klasse solche Kinder aufeinander treffen zu lassen, die sich in therapeutisch gewünschter Weise gegenseitig zügeln oder forcieren. Unsere Erfahrungen belegen, daß es vertretbar ist, eine Gruppe von stotternden Kindern zusammenzustellen, da vor allem auch ihre Verhaltensauffälligkeiten therapeutisch zunächst im Vordergrund stehen.

2.2.2 Das Therapeutenteam

Die Klasse wird während der gesamten Therapie von einem möglichst gleichbleibenden Therapeutenteam geführt, dem Klassenleiter, dem Erzieher und dem Psychologen. Wöchentlich an zwei festgesetzten Stunden trifft sich das Team, um den Therapieverlauf zu planen und zu organisieren. Von jedem Kind wird ein Therapieplan erarbeitet, der ständig ergänzt, vervollständigt und, wenn nötig, korrigiert wird. Die regelmäßigen Teambesprechungen sind für die Steuerung des Therapieprozesses unerlässlich.

2.2.3 Die Therapiedauer

Die Therapie wird teilstationär, d.h. in der Sprachheilschule, täglich bis nachmittags durchgeführt. Sie bleibt nicht auf einzelne Tagesstunden beschränkt, sondern therapeutische Gesichtspunkte regeln den gesamten Tagesablauf. Somit sind Bildung, Erziehung und Therapie eng verbunden.

Nach dem Unterricht besuchen die Kinder den Schulhort und bleiben auch hier als Gruppe zusammen. Im Hort können bei Beschäftigungen und Spielen, auch bei Nutzung eines ausgedehnten Freigeländes, therapeutisch andere Akzente gesetzt werden als im Unterricht.

Die Therapie umfaßt zwei Schuljahre, die erste und die zweite Klasse. Die Klasse bildet

eine zeitweilige stabile Gemeinschaft, in der sich feste soziale Beziehungen als Grundlage für die Therapie in der Gruppe bilden können. Unser Anliegen ist es, die Kinder sobald als möglich in die Regelschule einzugliedern, dennoch sehen wir die zweijährige Führung in der Sprachheilschule als eine notwendige Zwischenstufe für eine erfolgreiche Integration an.

2.3 Vorbereitung der Therapie – pädagogisch-psychologische Diagnostik

Grundlage der individuellen Therapieplanung ist eine eingehende pädagogisch-psychologische Diagnostik. Wenn notwendig, werden Kinderneuropsychiater oder andere medizinische Fachkräfte um Mitbeurteilung gebeten. Der Psychologe beginnt mit einer ausführlichen Anamneseerhebung nach dem Aufnahmeverfahren. Die Anamnese soll u.a. ein detailliertes Bild von der Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes geben, die Genese der Sprachstörung erhellen, einen Eindruck von den Familienmitgliedern vermitteln, den Erziehungshaltungen und Geschwisterbeziehungen. Der Psychologe untersucht dann die Kinder hinsichtlich ihrer sensomotorischen, kognitiven, emotionalen, volitiven Besonderheiten und versucht, ihr Selbstbild zu erfassen, Konflikte aufzuklären. Parallel zur psychologischen Diagnostik übernehmen die Pädagogen intensive Verhaltensbeobachtungen im Unterricht und in freien Situationen, um Motive für dissoziales Verhalten zu ergründen und die emotionalen Besonderheiten der Kinder zu erfassen. Anschließend werden die Beobachtungen und Befunde im Team besprochen und Ansatzpunkte für den individuellen Therapieplan abgeleitet. Die Diagnostik ist kein einmaliger Akt zu Beginn der Therapie, sie ist auch ein wichtiges Mittel zur Erfassung von Veränderungen und wird deshalb therapiebegleitend als Verlaufskontrolle fortgesetzt.

2.4 Inhaltliche Gestaltung der Therapie

2.4.1 Das therapeutische Klima

Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist eine tragende Beziehung zwischen dem Therapeuten und den Kindern. Wir orientieren uns an *Rogers'* Grundsätzen der Klient-Therapeut-Beziehung und stehen den Kindern

annehmend, einführend, ermutigend zur Seite, wobei der Humor als wichtiges therapeutisches Mittel nicht vergessen werden soll. Wir tolerieren die Äußerung von Wut, Haß und Zorn, wenn es für die Aufarbeitung von inneren Konflikten notwendig ist. So hebt z.B. Maaz in seinem „Gefühlsstau“ hervor, daß für die Erziehung in Krippe und Kindergarten der DDR das Unterdrückenmüssen solcher aggressiver Gefühle typisch gewesen sei, Einrichtungen, die vom Großteil unserer Kinder noch besucht wurden.

Im Sinne des „Lernens am Modell“ ist das Verhalten der Pädagogen insgesamt für die Kinder bedeutsam.

2.4.2 Therapeutische Strategien

Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen steht die Verhaltensmodifikation der Stotterer unserer Zielgruppe in Richtung eines altersgemäßen Leistungs- und Sozialverhaltens. Auf die Sprachstörung wird zunächst nur indirekt eingegangen. Unsere Erfahrungen belegen, daß es im Prozeß dieser Verhaltensmodifikation – sozusagen als „Nebenprodukt“ – zu einer wesentlichen Verminderung oder zum Verschwinden des Stotterns und anderer Symptome (z.B. des Einnässens) bei der Mehrzahl der Kinder kommt. In diesem Prozeß arbeiten wir in Anlehnung an *Werner* mit einem System sozialer Stimuli, die als Forderungen und Barrieren die Aktivitäten der Kinder in Unterricht und Hort in geplanter Richtung anregen oder bremsen. Es werden Ereignisse, Situationen und Aufgaben gestaltet, die das Kind intellektuell, emotional und auch körperlich fordern und einen Anreiz zu seiner Weiterentwicklung darstellen. Allmählich sollen sich bei den Kindern neue Motive für ein angemessenes Verhalten herausbilden. Dabei müssen die Forderungen nach Qualität und Quantität so festgelegt werden, daß sie nicht zu Über- oder Unterforderung führen.

Bei der Festigung gewünschter Verhaltensweisen bei den Kindern arbeiten wir vor allem mit sozialen Verstärkern, wie z.B. Lob, Blick-, Gesprächskontakt, Lächeln, körperlicher Zuwendung. Dieser Lernprozeß erfolgt in erster Linie im Rahmen der gesamte Gruppe (Klas-

se) im Unterricht und im Hort. Sie ist dabei ein ideales Übungsfeld insbesondere für soziales Lernen, wie z.B. für die Wahrnehmung des Ichs und der anderen, des Übens des Miteinander.

2.4.3 Der therapeutische Umgang mit dem Stottern

Wir überhören zunächst das Stottern und bekräftigen intermittierend flüssige Redeeinheiten durch soziale Verstärker. Wir unterstützen das flüssige Sprechen durch geeignetes Gesprächs- und Kommunikationsverhalten, z.B. indem wir auch diskret – je nach Stärke des Stotterns – durch die Gesprächsführung solche sprachliche Anforderungen stellen, die das Kind bewältigen kann. Wenn dieses Vorgehen keinen ausreichenden Erfolg bringt, versucht der Sprachheillehrer im späteren Therapieverlauf, andere Methoden zu erproben, die für das Kind bewußt an der Sprechtechnik ansetzen.

2.4.4 Die Therapiephasen

Die Therapie verläuft in vier sukzessiven Phasen, die inhaltlich aufeinander aufbauen. Prinzipiell muß jedes Kind jede Phase durchlaufen. Aber je nach Störungsbild haben sie für den einzelnen unterschiedliche Wertigkeit und Dauer. Die Phasen laufen somit nicht bei allen Schülern der Klasse synchron ab. Nach unseren Erfahrungen ist die Führung einer Klasse von 10 Kindern dennoch zu bewältigen.

Die Therapie beginnt mit der Lockerungsphase. In dieser Phase dienen alle Bemühungen dazu, Achtung, Vertrauen und Sympathie zwischen dem Therapeutenteam und den Kindern aufzubauen, um eine emotional tragende Basis für die weitere Therapie zu schaffen. Das Kind darf sich in dieser Phase seinen Störungen gemäß äußern, ohne reglementiert zu werden. Die Kinder müssen z.T. wieder lernen, sich ihren Gefühlen entsprechend zu äußern und zu verhalten, ohne sich hinter einer Maske zu verbergen. Die Pädagogen nutzen diese Zeit zu intensiven Beobachtungen. Im Unterricht werden geringe Forderungen gestellt, die Barrieren dienen dazu, eine Rahmenordnung aufrecht zu erhalten. Die Phase dauert im allgemeinen 1 bis 2

Monate. Bei sehr gehemmten Kindern nimmt sie einen wichtigen Stellenwert in der Gesamttherapie ein.

In der 2. Phase, der Entladungs- oder Entlastungsphase, bearbeitet der Psychologe die inneren Konflikte in Kleingruppen- oder Einzeltherapie. Er bemüht sich, die Eltern bei der Lösung der Konflikte einzubeziehen. Im Unterricht wird sehr differenziert mit den Kindern gearbeitet. Die Leistungs- und Verhaltensanforderungen werden im Verlauf der Phase stetig gesteigert. Die Barrieren bleiben noch niedrig, um den Kindern Möglichkeiten zur affektiven Entladung zu lassen. Zum Bewußtmachen dissozialen Verhaltens verwenden Lehrer und Erzieher die Methode des wertungsfreien Kommentierens. Im Unterricht und Hort wird gezielt an der Steigerung des Selbstwerterlebens gearbeitet, das bei fast allen unseren Stotterern erheblich gestört ist. Der Psychologe kann zur Unterstützung Selbstsicherheitstraining einsetzen.

Wenn sich das Selbstwerterleben stabilisiert hat, die inneren Konflikte entschärft sind und das Kind zur Mitarbeit motiviert ist, erfolgt der Übergang zur 3. Phase, der Organisationsphase. Sie dauert am längsten und hat das Ziel, die Harmonisierung der Persönlichkeit auch durch das Aufarbeiten von Entwicklungsrückständen zu unterstützen. In dieser Phase werden Forderungen, Barrieren und Bewertungen den normalen Anforderungen der Klassenstufe angeglichen. Das Kind hat nun die inneren Voraussetzungen, diese Normen anzunehmen. Es wird vorwiegend in der Gruppe (Klasse) gearbeitet. Gegen Ende der Phase widmet sich der Sprachheillehrer besonders den Kindern, die noch stärker stottern (etwa 2 bis 3 Kinder pro Klasse). Im Gegensatz zum bisherigen Vorgehen verwendet er versuchsweise Methoden, die am gestörten Teil der Sprache ansetzen.

In der 4. Phase, der Rehabilitationsphase, steht die Vorbereitung der Umschulung in die Regelschule im Vordergrund. Der Klassenleiter sucht mit den Eltern geeignete Klassen im Wohngebiet. Er vergleicht den Lehrplanstand, damit ein nahtloser Übergang möglich wird. Etwa im Mai der 2. Klasse erfolgt eine 14tägige Probeschulung. Anschließend erhält der Klassenleiter ein Feedback über deren Ver-

lauf. Der Erzieher trainiert verstärkt die Bewältigung von sprachlich schwierigen Situationen außerhalb der Schule. Der Psychologe führt abschließende beratende Elterngespräche über die Führung der Kinder nach der Entlassung. Er bleibt auch später Ansprechpartner bei Problemen.

2.4.5 Mitbeteiligung der Eltern als Co-Therapeuten

Die therapeutische Arbeit wird prinzipiell als Doppelarbeit gesehen, als Arbeit am Kind und mit den Eltern. Die Überwindung des Stotterns und der Verhaltensprobleme bedarf der Mithilfe der Bezugspersonen des Kindes. Deshalb erfolgt eine intensive Betreuung der Eltern durch Beratungsgespräche und Elterntrainingsgruppen mit häuslichen Übungsaufgaben und Supervision. Das Elterntraining umfaßt 2 Gruppen pro Klasse und wird an 10 Abenden absolviert (nach *Scherer*).

2.5 Ausblick

Nach Einschätzung des Therapeutenteams, der Eltern und anderer Bezugspersonen (nach Befragungsspiegel) kann am Ende der zweijährigen Therapie bei 70 Prozent der Kinder vorwiegend flüssiges Sprechen konstatiert werden. Bei 10 Prozent wurde flüssiges Sprechen häufiger, nur bei wenigen kam es zu keiner deutlichen Besserung des Redeflusses. Der Aufbau eines tragfähigen Leistungs- und Sozialverhaltens gelang bei etwa 80 Prozent der Schüler.

Grenzen der Therapie erleben wir dann, wenn schwere Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind mit unseren Möglichkeiten nicht gelöst werden können oder wenn die Mitarbeitsbereitschaft der Eltern unzureichend ist. Stärker hirngeschädigte Kinder sind für diese Therapieform nicht geeignet. Der Führungsstil in den ersten beiden Therapiephasen führt bei ihnen zur Orientierungslosigkeit, die Verhaltensprobleme eher verstärkt als abbaut.

Katamnestiche Untersuchungen wurden bisher nicht erstellt. Wir glauben dennoch, einen Beitrag geleistet zu haben, „einen Menschen zu schaffen, der weiß, wer er ist, was er will und was für ihn richtig ist, weil er im fühlenden Kontakt mit sich ist und damit Kontakt zur

Welt hat. Dies schließt stets solidarisches Mitgefühl, Respekt und Toleranz zu anderen Menschen, zum Leben und zur Natur mit ein“ (Maaz 1990, 58).

Literatur

Maaz, H.-J.: Der Gefühlsstau. Berlin 1990.

Petrak, H.: Zur Umerziehung stotternder Kinder innerhalb des logopädischen Prozesses an einer Sprachheilschule. (Inauguraldissertation). Berlin 1973.

Scherer, A.: Elterntraining-Kurs für Eltern stotternder Kinder. Hinterdenkental 1991.

Werner, R.: Das verhaltensgestörte Kind. Berlin 1980.

Anschrift der Verfasserin:

Ingeborg Vitzthum
Weinbergstraße 26
O-8023 Dresden

Die Autorin arbeitet als Diplom-Psychologin an der Sprachheilschule Dresden.

dgs – Nachrichten

AGFAS gegründet

Am 23. Januar fand in Köln die Gründungsversammlung der Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und außerschulisch tätigen Sprachheilpädagogen (AGFAS) statt. Die Wurzeln dieser nunmehr eigenständigen Arbeitsgemeinschaft der dgs liegen über 10 Jahre zurück.

Bereits Ende der 70er Jahre zeichnete sich ab, daß die angemessene Versorgung sprachbehinderter Menschen – mangels Kapazität – nicht nur über Sprachheilschulen bzw. eine nebenamtliche Tätigkeit der Sprachheillehrer allein zu leisten war. Aus diesem Grunde und wegen der begrenzten Stellenangebote in Sprachheilschulen entschieden sich mehr und mehr Kollegen und Kolleginnen dafür, als Angestellte in Institutionen oder selbständig in freier Praxis zu arbeiten. Dabei war das 1980 verabschiedete Logopäden-gesetz zwar ein wesentliches Hemmnis, es konnte jedoch die Zulassung und damit auch die qualifizierte außerschulische Weiterarbeit der Sprachheilpädagogen nicht aufhalten. Beihilfefragen, die Umsatzsteuerproblematik, Anerkennung durch Krankenkassen, Praxisgründung, berufsrechtliche Regelungen, Vereinheitlichung der Ausbildungsstandards, Rechtsberatung, Gründung eines Versorgungssystems, Einfluß auf Eingruppierungsordnung ergaben sich jedoch im Laufe der Jahre als teils drängend zu lösende Aufgaben und seien hier nur beispielhaft als Problemaufriß auch für die nächsten Jahre angeführt.

Diese Probleme beschäftigen seit über 15 Jahren die Referenten, Vorstände und Arbeitsgruppen der Freiberufler und Angestellten. Sie werden – das läßt sich vorhersagen – auch in den nächsten Jahren nichts von ihrer Aktualität und Arbeitsintensivität verlieren. Die Öffnung der europäischen Grenzen für die Berufe der Heil- und Hilfsmittelerbringer hat diese Fragestellung noch intensiviert.

Vor diesem Hintergrund wurde auf der Delegiertenversammlung der dgs im Oktober 1992 in Würzburg die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft für freiberuflich

und angestellt tätige Sprachheilpädagogen (AGFAS) beschlossen. Auf der Gründungsversammlung der AGFAS am 23. Januar 1993 in Köln wurde diese Arbeitsgemeinschaft ins Leben gerufen. Über 130 Kolleginnen und Kollegen aus 13 Landesgruppen haben dort erste Diskussionen bezüglich Form und Inhalte der AGFAS-Arbeit geführt. Entscheidend war die Verabschiedung einer Geschäftsordnung, welche u.a. die Voraussetzung der Mitgliedschaft regelt. So können AGFAS-Mitglied auf Antrag werden:

„... akademisch ausgebildete Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen, die in außerschulischen Arbeitsfeldern freiberuflich oder angestellt tätig sind. Der Antrag auf Mitgliedschaft ist an den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft zu richten. Dem Antrag sind beizufügen:

- der Nachweis über den Abschluß des Studiums,
- ein aktueller Tätigkeitsnachweis (z.B. Erklärung des Arbeitgebers, Kassenzulassung) und ein
- Nachweis über die Mitgliedschaft in der dgs.“

Als Gruppierung, die fest in der Satzung der dgs verankert ist, vertritt die AGFAS nun einerseits die besonderen Belange der freiberuflich und angestellt tätigen Kolleginnen und Kollegen, bietet aber andererseits durch den Einfluß und das Gewicht der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik wichtige Unterstützung auch in allgemeinen sprachheilpädagogischen Fragestellungen. Besonders wichtig ist natürlich, daß möglichst viele freiberufliche und angestellt tätige Sprachheilpädagogen und -pädagoginnen, die die Voraussetzung zur Mitgliedschaft erfüllen, diese Zielsetzung durch ihren Beitritt zur AGFAS untermauern. Nur eine hohe Mitgliederzahl wird auch zukünftig eine angemessene Interessenvertretung ermöglichen.

Auf der Gründungsversammlung in Köln wurde für die AGFAS ein erster Vorstand für die Dauer von zwei Jahren gewählt. Zum Vorstand gehören:

1. Vorsitzender: Volker *Maihack*, Nordrhein-Westfalen;
2. Vorsitzender: Manfred *Backs*, Niedersachsen;
- Kassenführerin: Anke *Heymann*, Sachsen.

Auf der nächsten Sitzung am 12. Juni 1993 um 10.00 Uhr in der Universität Hannover soll eine weitere Ausgestaltung der AGFAS (Aufbau, Organisation und Zielsetzung) erfolgen.

Der Beitritt zur AGFAS erfolgt freiwillig und zieht die Erhebung eines eigenen Mitgliedsbeitrages, zunächst in Höhe von 100 DM (Beschluß der Delegierten-Versammlung Würzburg 1992), nach sich. Dieser Beitrag, der nicht in dem „normalen“ Mitgliedsbeitrag der dgs enthalten ist, soll die Mittel zu effektiver Wahrnehmung der Interessen sicherstellen.

Weitere Informationen zur AGFAS sowie Aufnahmeanträge erhalten Sie bei den jeweiligen Landesgruppen oder dem Referenten für Berufsfragen.

Manfred Backs

LG Rheinland

Sprachheilschule in Nordrhein-Westfalen – Ein Zwischenbericht

In den Jahren 1991 und 1992 war durch Anträge der SPD-Landtagsfraktion sowie einen Erlaß des Kultusministers eigens für die Sprachheilschulen große Unruhe in den Schulen für Sprachbehinderte entstanden. Die Fraktion der Grünen hatte gar in einem Antrag die Auflösung aller Sonderschulen bis zum Jahre 2000 gefordert, ohne entsprechende Alternativen aufzuweisen. Beiträge zu dieser Problematik finden sich in der 'Sprachheilarbeit' u.a. von *Küster* (Heft 5 (1991), 209), *Bahr* (Heft 1 (1992), 41), *Harth* (Heft 3 (1992), 136), *Borbonus* (Heft 3 (1992), 142).

Die Luft scheint bei diesem Thema erst einmal 'raus zu sein: Radikale Veränderungen im Bereich sonderpädagogischer Förderung wird es wohl – zumindest vorerst – in Nordrhein-Westfalen nicht geben, nicht zuletzt deshalb, weil die begrenzten finanziellen Ressourcen dies zur Zeit nicht zulassen.

Selbst die für das Schuljahr 1993/94 angekündigte Fortschreibung des Sonderschulnahmeverfahrens, mit dem der Wechsel von der institutionsbezogenen zur förderbedarfsorientierten Diagnostik vollzogen werden sollte, wird nicht realisiert, was sicherlich zu bedauern ist.

Aus dieser Entwicklung läßt sich zumindest zweierlei ablesen:

Die Landesregierung hat anerkannt, daß

1. sonderpädagogische Förderung an allgemeinen Schulen nicht ohne entsprechende Rahmenbedingungen möglich ist und
2. sonderpädagogische Förderung an allgemeinen Schulen nicht kostenneutral zu realisieren ist.

So nimmt es nicht wunder, daß Kultusminister *Schwier* in einer Sitzung des Ausschusses für Schule und Weiterbildung vom 12. Januar 1993 zum Thema der Weiterentwicklung sonderpädagogischer Förderung nur sehr vorsichtige Aussagen gemacht hat:

– Schaffung einer rechtlichen Grundlage für gemeinsamen Unterricht, was allerdings nicht bedeutet, daß er uneingeschränkt möglich sein soll.

– Novellierung des bisherigen Sonderschulnahmeverfahrens, allerdings mit der Maßgabe, daß die bisherigen Kriterien, die für die Feststellung einer Sonderschulbedürftigkeit maßgeblich sind, auch bei einem neuen Verfahren zugrundegelegt werden. Nur so kann vermieden werden, daß die Zahl der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf nicht über den heutigen Rahmen hinauswächst.

– Bei der Frage einer Reduzierung der 10 Sonderschultypen verbieten sich vorschnelle Entscheidungen.

Ausdrücklich machte der Kultusminister noch einmal darauf aufmerksam, daß eine Weiterentwicklung sonderpädagogischer Förderung in den nächsten Jahren nur bei entsprechenden finanzwirtschaftlichen und haushaltsrechtlichen Rahmenbedingungen möglich sein wird.

So bleibt in Nordrhein-Westfalen die Chance, daß im Bereich der Rehabilitation Sprachbehinderter Wege einer Weiterentwicklung nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb bewährter Systeme gesucht werden.

Theo Borbonus

Sprachprüfung in Deutsch für ausländische Sprachtherapeuten

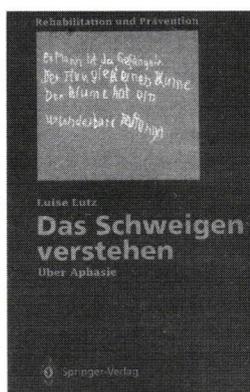
Der Europäische Binnenmarkt ist seit der Gründung der Europäischen Gemeinschaft das bisher kühnste Projekt. Jeder EG-Bürger kann in jedem Mitgliedsland leben und arbeiten. Und dennoch bleiben Hürden. Eine davon ist die Sprache. Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Sprachheilbeauftragten (Sitz in Düsseldorf) hat sich mit dem Sprachproblem befaßt und weist darauf hin, daß ausländische Sprachtherapeuten hinreichende Deutschkenntnisse haben müssen. Die Arbeitsgemeinschaft schlägt vor, daß als einheitliches Kriterium eine Sprachprüfung zugrundegelegt wird und zwar die „Zentrale Mittelstufenprüfung“ (ZMP) des Goethe-Instituts. Die ZMP wird von Goethe-Instituten im In- und Ausland sowie durch Volkshochschulen abgenommen. Mit der ZMP weist der Prüfungsteilnehmer nach,

- daß ihm die deutsche Standardsprache geläufig ist,
- daß er imstande ist, einen Text von mittlerem Schwierigkeitsgrad selbständig zu erarbeiten und
- daß er sich zu anspruchsvolleren Themen mündlich und schriftlich korrekt äußern kann.

Rückfragen beantworten die Volkshochschulen oder das Goethe-Institut – Referat 43 –, Balanstraße 57, Postfach 80 07 27, D-8000 München 9; Telefon 089 / 41 86 8-0.

Heribert Gathen

Rezensionen



Luise Lutz: Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1992. 408 Seiten. 88 DM

Das vorliegende Buch ist Ausdruck des reichhaltigen Erfahrungswissens einer Therapeutin, deren primäres Anliegen es ist, nicht nur auf die Sprachstörung an sich einzugehen, sondern vor allem den Menschen „hinter“ der Störung zu sehen, um ihm bei der Suche nach einem Leben mit der Aphasie in umfassender Weise zu helfen.

Dazu geht die Verfasserin zunächst auf die Funktionsweise des menschlichen Gehirns ein. Vor dem Hintergrund neuronaler Netzwerke wird das Ausmaß einer Aphasie erläutert, die neben der Sprachstörung selbst Beeinträchtigungen der inneren Sprache, gedanklichen Regulation und kommunikativen Fähigkeiten der Sprecher- und Hörerstrategien unter Einbeziehung nonverbaler Elemente umfaßt. Die Aussagen vermitteln ein vertieftes Verständnis der auftretenden Phänomene. In vielen Einzelfalldarstellungen wird eindringlich gezeigt, welches menschliche Schicksal mit dieser Störung verbunden sein kann.

Die nachfolgende Darstellung von Therapieformen ist nicht unbedingt darauf angelegt, „neue“ Ansätze aufzuzeigen. Vielmehr geht es der Autorin darum, vorhandene Formen der Aphasitherapie in ein umfassendes Konzept einer phasenspezifischen Modalitätenaktivierung (MODAK) zu aktivieren. Analog zu Gedankengängen von Erich Fromm wird von der „Kunst der Therapie“ gesprochen, die – in Anlehnung an den Zen-Buddhismus – vom Meister (Therapeut) auf den Lernenden (Patient) übertragen wird. Das Ziel besteht darin, daß der Aphasiker erleben soll, daß Kommunikation trotz gestörter Sprache möglich ist. Es geht darum, den therapeutischen Prozeß verständlich und Phasen der Krisenbewältigung nachvollziehbar zu machen.

Das Buch schließt mit einer eindringlichen Darstellung, wie Aphasiker leben (müssen) und wie die Ange-

hörigen mit der Aphasie eines Familienmitgliedes umgehen können. Neben ganz konkreten Regeln geht es immer wieder um das Verständnis des betroffenen Menschen. „Das Schweigen verstehen“, um mit „dem Herzen zu hören“.

Die Autorin leitet diese Gedankengänge von Michael Ende („Momo“) und Antoine de Saint Exupéry („Der kleine Prinz“) ab. Sie macht Anleihen bei den unterschiedlichsten Fachdisziplinen und Richtungen – sei es die Neuropsychologie, Linguistik, Tiefenpsychologie und Philosophie. Sie beschreibt dadurch *ihren eigenen Weg*, mit Aphasikern umzugehen.

Wer eine schnelle Anleitung zum Methodenwissen der Aphasitherapie sucht, der wird sich kaum die Zeit nehmen, dieses Buch mit der gebotenen Besinnung zu lesen. Wem Fragen eines einzelfallorientierten Vorgehens und der ständigen Reflexion des eigenen Menschenbildes wichtig sind, der wird sich durch den einfühlsam geschriebenen Text angesprochen fühlen.

Manfred Grohnfeldt



Volkbert M. Roth (Hrsg.): Computer in der Sprachtherapie – Neue Wege. Narr-Verlag, Tübingen 1992. 234 Seiten. 58 DM.

Roth trug für den Sammelband Beiträge aus der klinischen Forschung, der Anwendung von Computern im sprachtherapeutischen Alltag und beim Sprachtraining im Selbsthilfeszusammenhang zusammen. Er richtet ihn an diejenigen, die aktuell vor der Entscheidung stehen: welches Programm einsetzen? Inhaltlich gliedert sich der Sammelband in drei Themenblöcke:

- Computer in der neuropsychologischen Rehabilitation
- Modale Ausfälle
- Computer in der Aphasitherapie.

Im Themenblock 'Computer in der neuropsychologischen Rehabilitation', dessen Einzelbeiträge nur ge-

ring ineinandergreifen, regt *Caprez* an, den Computereinsatz vor Aufnahme sehr kritisch zu hinterfragen und die Indikation zum Einsatz restriktiv zu stellen. Die Schlußfolgerungen dieses Beitrages sollten stets am Anfang jeder Überlegung stehen, die vor einem Einsatz des Computers in der Rehabilitation angestellt wird. *Peschke* stellt Leistungsmerkmale elektronischer Kommunikationshilfen und von PC-Programmen zusammen. Am Beispiel des Therapiezentrums Burgau gibt er Anhaltspunkte, Geräte und Programme abhängig von Adaptionstufen und den Kriterien beweglich/stationär einzusetzen. *Schönle*, *Seggewies* und *Witzke* berichten über das Allensbacher Kommunikationssystem ALLKOS und dessen Anwendung auf einer Frührehabilitationsstation. Dem Beitrag von *Romero* und *Eder* sind Anregungen zum therapeutischen PC-Einsatz bei Patienten mit Alzheimer Krankheit zu entnehmen.

Im Themenblock 'Modale Ausfälle' finden sich Beiträge zu Hard- und Softwarelösungen für Diagnostik und Therapie modaler Ausfälle und Sprechstörungen.

Der Themenblock 'Computer in der Aphasitherapie', dessen Einzelbeiträge inhaltlich am stärksten zusam-

menhängen, stellt in verschiedenen Beiträgen das Programm WEGE, dessen sprachphilosophischen Hintergrund, Programmvarianten und Weiterentwicklungen des Programms sowie zukünftig vorstellbare Möglichkeiten dar. Die Beiträge zeigen viele Hardcopys. Zusammen mit der ausführlichen Einführung in die Bedienung der Programmfamilie WEGE geben diese einen guten Einblick in die Variabilität des Programmes.

Der Zielgruppe dieses Sammelbandes werden viele Anregungen gegeben, doch ersetzen diese nicht intensive Vorüberlegungen. Das Gesamtliteraturverzeichnis am Ende des Buches ermöglicht das Vertiefen der Thematik. Vielleicht hätten Literaturangaben am Ende jedes Beitrages dies noch erleichtert.

Insgesamt bietet der Sammelband durch die thematische Gliederung einen guten, orientierenden Einblick in die Thematik des Einsatzes von MPC's in der neuropsychologischen Rehabilitation und in der Sprachtherapie. Dies macht den Sammelband lesenswert.

Jürgen Meyer-Königsbüscher

Zeitschrift für Heilpädagogik, Nürnberg

Heft 11/1992

Positionspapier des vds zur „Lehrerbildung für das Lehramt des Sonderpädagogogen“. 769 - 777.

Heft 12/1992

Petra Gehrman, *Birgit Hüwe*: Zahlen weisen den Weg: Forschungsbericht „Integration in Nordrhein-Westfalen“. 803 - 809.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Freiburg/Schweiz

Heft 4/1992

Franz M. Wember: Über Möglichkeiten und Grenzen des Einfühlenden Verstehens als Methode der sonderpädagogischen Forschung II: Versuch einer Evaluation. 451 - 475.

Freiburger Projektgruppe: *Judith Baumberger*, *Andrea Burgener Woelfray*, *Elisabeth Jenny-Fuchs*, *Elisabeth Moser Opitz*: Heilpädagogische Begleitung in Kindergarten und Regelschule – erste Erfahrungen auf dem Weg zu einem Kindergarten bzw. einer Schule für alle Kinder. 476 - 490.

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Claudia Osburg: <Sprache - Verhalten - Lernen> (Bericht von der XX. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Würzburg 1992). 519 - 520.

Der Sprachheilpädagoge, Wien

Heft 4/1992

Axel Holtz: Erziehung, Sprache, Humanismus. 1 - 19.

Kurt Kraetschmer: Die Anfänge der Aphasitherapie: Von der Antike bis zum Achtzehnten Jahrhundert. 20 - 25.

Dieter Kroppenber: Sonderpädagogische Fördermöglichkeiten bei Kindern mit Sprachverlust (Aphasien im Kindesalter). 26 - 36.

Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, Bielefeld

Sonderheft/Tagesdokumentation: Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder. Eine Zwischenbilanz nach 10 Jahren integrativer Praxis im Bereich der Bremischen Evangelischen Kirche. (Bezugsadresse dieses Sonderheftes: Landesverband für Evangelische Kindertagesstätten in Bremen, Slevogtstraße 52, 2800 Bremen 1; die Tagesdokumentation kostet 6,80 DM.)

Die Redaktion

Erratum

Betr.: *Bernd Ahrbeck, Karl Dieter Schuck, Alfons Welling*: Aspekte einer sprachbehindertenpädagogischen Professionalisierung integrativer Praxis. Die Sprachheilarbeit 37 (1992) 6, 287 - 302.

Auf Seite 287 des o.a. Beitrags hat sich ein inhaltlich folgenschwerer Druckfehler eingeschlichen; es heißt dort: „... sind vielfach Stimmen zu hören, die auf eine behinderungsspezifische allgemeinpädagogische Qualifikation der Fachkräfte setzen ...“

Richtig muß es heißen: „... sind vielfach Stimmen zu hören, die auf eine behinderungsunspezifische allgemeinpädagogische Qualifikation der Fachkräfte setzen...“

Vorschau

C. Iven: Methodenkombination in der Stottertherapie – Konzept oder Kapitulation?

U. Ender/V. Middeldorf: Aphasietherapie – anthropologische Aspekte aus erziehungswissenschaftlich-logopädischer Sicht

K.-J. Berndsen: Die Bedeutung orofazialer Reflexentwicklung für die Lautbildung

Anzeigen**Klinik Wartenberg**

Modern ausgestattete internistische Akut- und Nachsorgeklinik mit 189 Betten in landschaftlich ruhiger und schöner Lage, 50 km nordöstlich von München, Autobahnanschluß, stellt zum nächstmöglichen Termin ein:

Sprachtherapeut/in

zur Diagnostik und Behandlung von Aphasien und Dysarthrien bei Erwachsenen.

Leistungsgerechte Vergütung.

Berufskleidung wird gestellt.

Wir haben ausreichend Personalwohnungen (Erstbezug – Parkettböden in Wohn- und Schlafräumen – Marmorböden – installierte Küche, 100 m von der Klinik entfernt.

Schriftliche Bewerbungen mit kurzem Lebenslauf und Kopien der Ausbildungs- und Arbeitszeugnisse sowie Foto erbeten an:

Klinik Wartenberg
Prof. Dr. H. Selmair
8059 Wartenberg

NEUROPÄDIATRISCHES ZENTRUM

Wir stellen ein **neuropädiatisches Team** in Erkrath bei Düsseldorf zusammen!

Unsere Einrichtung zielt darauf ab, dem bestehenden Bedarf im Bereich der Prävention und Rehabilitation von Entwicklungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter gerecht zu werden.

Dafür bieten wir erfahrenen, innovativen Fachkräften der:

- Ergotherapie** (2 Therapeuten/innen)
- Logopädie/Sprachtherapie**
- Krankengymnastik**
(2 Therapeuten/innen)

die Gelegenheit, ein Frühförderzentrum mit Ärzten und Therapeutenteam, in einem hierfür speziell eingerichteten Zentrum mitzugestalten.

Dieses Konzept bietet Selbständigkeit ohne Eigenkapital, da modern eingerichtete und komplett ausgestattete Praxisräume vermietet werden.

Wir erwarten Interesse an fachspezifischer Weiterbildung, fachübergreifendem Austausch und die Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Eine mehrjährige Berufserfahrung in der Pädiatrie mit Aus/Weiterbildung in unterschiedlichen Behandlungskonzepten ist notwendig. (Psychomotorik - Bobath -Vojta-Wahrnehmungsbehandlung nach Ayres, Affolter, Frostig).

Notwendige Voraussetzung zur Arbeit in unserem Team ist die Selbständigkeit mit eigener, ggf. noch zu besorgender Kassenzulassung. Bewerbungen an:

SHDF Servicegesellschaft für heilberufliche
Dienstleistungen und Frühförderung mbH.

Wielandstraße 24, 4006 Erkrath1, Tel 0211/24 2059

RHEIN SIEG KREIS

Der Rhein-Sieg-Kreis sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für seinen Sonderkindergarten für Sprachbehinderte in Siegburg eine(n)

Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten

mit abgeschlossener Ausbildung. Vergütungsgruppe Vc - Vb BAT, je nach tariflich anrechenbaren Berufszeiten.

Die Tätigkeit besteht in der sprachtherapeutischen Betreuung von schwerstsprachgestörten Kindern in einer Gruppe mit maximal 12 Kindern. Es handelt sich um eine Ganztagsstelle (38,5 Stunden-Woche).

Die Bewerber/innen sollten bereits über Berufserfahrung verfügen.

Der Rhein-Sieg-Kreis (rund 500.000 Einwohner) ist einer der größten Kreise der Bundesrepublik. Sitz der Kreisverwaltung ist die Kreisstadt Siegburg, die verkehrsgünstig in landschaftlich reizvoller Umgebung und in unmittelbarer Nähe von Bonn liegt.

Bewerbungen mit tabellarischem Lebenslauf, Lichtbild, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeit und Zeugnisabschriften sind innerhalb von zwei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige zu richten an den

**Oberkreisdirektor des Rhein-Sieg-Kreises
Personalabteilung • Postfach 15 51, 5200 Siegburg**

Verein für Behindertenhilfe Dieburg und Umgebung e.V.

Für unsere **Frühförderstelle** suchen wir ab 01.07.1993 eine/n

Logopäden/in Sprachtherapeuten/in

als Schwangerschaftsvertretung.

Ein interdisziplinäres Team
(3 Soz.päd., 3 Ergotherap., 1 Krankengymnastin, 3 Sprachth.)
freut sich auf die Zusammenarbeit.

Regelmäßig Supervision. AV nach BAT/VKA.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

**Verein für Behindertenhilfe
Dieburg u. Umgebung e.V.
Industriestraße 2,
6110 Dieburg,
Tel. 0 60 71/96 35-0**

Zur Erweiterung unseres Teams
suchen wir eine(n)

Dipl.-Sprachheilpädagogin(en) / Logopädin(en)

als Voll- oder Teilzeitkraft auf Honorarbasis oder im Angestelltenverhältnis.

Wir wünschen uns engagierte Mitarbeiter, die bereit sind, sich in ein weites Therapiefeld einzuarbeiten, Freude an eigenverantwortlicher Tätigkeit haben und die Vorteile kollegialer Zusammenarbeit zu schätzen wissen.

Berufserfahrung ist wünschenswert, aber nicht Bedingung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

**Sprachheilpäd. Praxis Sylvia Schmidt,
Allensteiner Str. 23,
2848 Vechta,
Tel.: 04441/3828**

**Rehabilitationsklinik für
Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen
- Stimmheilzentrum -**

Wir suchen

Logopäden/innen

oder

**Stimm-/Sprachtherapeuten/innen
Linguisten/innen**

für unser traditionsreiches Haus.

Im Konzept der Bad Rappenauer phoniatrich-logopädischen Methode arbeitet unter HNO-ärztlicher/phoniatrich-pädaudiologischer Leitung ein Team von Ärzten/innen, Logopäden/innen, Stimm- und Sprachtherapeuten/innen, Psychologen/innen, Pflegekräften, Ergo- wie Physiotherapeuten/innen und Sozialarbeiter/innen im gesamten Spektrum der Erwachsenentherapie zur kommunikativen Rehabilitation unserer 92 stationären Patienten.

Wir erwarten: Engagement für unser psychosomatisch orientiertes rehabilitatives Konzept und Teambereitschaft.

Für diesen interessanten und verantwortungsvollen Tätigkeitsbereich bieten wir Ihnen:

- eine angemessene Vergütung
- Sozialleistungen wie zusätzliche Altersversorgung, Urlaubsgeld etc.
- moderne Arbeitsplätze
- Fortbildungsmöglichkeiten

Bad Rappenau ist seit mehr als 150 Jahren als Heilbad erfolgreich. Wir sind eines der größten Heilbäder in Baden-Württemberg und verfügen über alle notwendigen Einrichtungen für Rehabilitation und Prävention, Urlaub und Erholung sowie einen hohen Wohn- und Freizeitwert.

Wenn Sie gerne unser Team ergänzen möchten, dann lassen Sie uns doch Ihre Bewerbungsunterlagen zukommen. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen:

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



FREIE UND HANSESTADT HAMBURG
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Allgemeines Krankenhaus Barmbek

In der neurologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek ist ab sofort die Stelle einer

Logopädin

(halbtags) zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT V c / V b.

Die Einteilung der Arbeitszeit kann nach Absprache erfolgen.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt eingestellt.

Telefonische Auskünfte gibt der Leitende Arzt der Abteilung Prof. Dr. Lachenmayer, Tel. 040/63 85 36 87.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbungen innerhalb von zwei Wochen nach Erscheinen der Anzeige an:

**Allgemeines Krankenhaus Barmbek
- Personalabteilung -
Rübenkamp 148
W - 2000 Hamburg 60**

Für unsere freie Praxis (Praxisgemeinschaft) in Südniedersachsen suchen wir ab sofort

2 Logopäden/Sprachheilpädagogen

als freie Mitarbeiter/innen oder Teilhaber/innen

Wir bieten:

- gut ausgestattete Praxis mit Bewegungsraum
- großes, freundliches Arbeitszimmer
- angenehme Arbeitsatmosphäre
- Sekretärin für Abrechnung und Schriftverkehr
- Behandlung aller Störungsbilder
- Hilfe bei der Wohnungssuche

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:

**Praxis für Sprach-
und Bewegungstherapie
G. Mützky/R. Sommer
Bahnhofstr. 2, 3418 Uslar 1,
Tel. (05571)7878**

Sprachtherapeut

mit den Arbeitsschwerpunkten Aphasie, Dysarthrophonie und neurolog. Begleitsymptome sowie auch SEV/Dyslalie, derzeit in der Geriatrie tätig, sucht neue Arbeitsstelle im Großraum Koblenz-Bonn-Köln-Düsseldorf-Essen.

Chiffre: SP 29300

**Diplom Sprachheilpädagogin/
Sprachtherapeutin (ASR)**

mit langjähriger Berufserfahrung in der Therapie aller Störungsbilder bei Kindern und Erwachsenen

sucht ab August 1993 im Raum Köln neuen Arbeitsplatz. Chiffre: SP 29302

Berufsanfängerin (mit Praxiserfahrung in allen sprachtherapeutischen Bereichen durch Praktika) sucht feste Ganztagsanstellung (Schwerpunkt Aphasietherapie) ab August im Umkreis von Gießen (Praxis oder klinischer Betrieb)

Chiffre SP 29303

Sprachheilpädagogin Uni Köln (Berufsanfängerin) Schwerpunkt Aphasietherapie (div. Therapiepraktika in allen Bereichen) sucht ab Spätsommer/Herbst 93 entsprechende Ganztagsstelle im Raum Wi, Mz, Da, F/Nordrhein-Westf./Niedersachsen.

Chiffre: SP 29304

Bergedorfer Kopiervorlagen

„Lesenlernen mit Hand und Fuß“—

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

Dazu: Die **Mitmach-Texte**, das Textbuch zum Leselehrgang.
Bergedorfer Klammerkarten: Das Lernmittel mit Selbstkontrollverfahren zur Differenzierung und Freien Arbeit in Primar- und Sonderschule. Große Auswahl verschiedener Titel für Deutsch und Mathematik. Klasse 1-4.
NEU: Sprachbetrachtung für KL. 5 und 6.

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

Dipl.-Sprachheilpädagogin

35, mehrjährige Berufserfahrung mit Kindern und Erwachsenen, Schwerpunkt Aphasie- und Dysarthrietherapie, sucht in NRW verantwortungsvollen Wirkungskreis.

Zuschriften erbeten unter Chiffre SP 29305.

Suche ab 1. Mai eine(n)

**Sprachheilpädagogin/en
oder Sprachtherapeut/in
oder Logopädin/en**

als längerfristige Vertretung in ambulanter Sprachheilpraxis im Landkreis Hannover.

Näheres unter 05 11 / 69 74 50.

Sprachtherapeut/-in

als freie(r) Mitarbeiter(in) für meine Praxis für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in Hildesheim gesucht. Assoziation oder spätere Übernahme sind möglich. Gesicherter Patientensamm (HNO-Arzt im Hause).

Zuschriften bitte unter Chiffre SP 29301

**Kurs: Vorbereitende Spiele zur
Myofunktionellen Therapie**

am 11./12. 6. 93 in Köln

bei Veronika Struck und
Monika Tillmanns-Karus

Info: 02 21 - 12 32 46 oder 0 22 33 - 7 26 25

Kurse in „Myofunktioneller Therapie“

Leitung: Anita Kittel, Logopädin

1. 2./3.7.93 Gera (Thüringen) - Grundkurs
2. 9./10.7.93 Rostock - Grundkurs
3. 26.6.93 Tübingen - Aufbaukurs f. Teilnehmer des Grundkurses

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

Anita M. Kittel,
Karlstr. 16, 7410 Reutlingen

Für die Sprachheilarbeit in den Kindertagesstätten der Stadt Rüsselsheim suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine(n)

Logopädin(en)

Wir bieten:

abwechslungsreiche selbständige Tätigkeit,
interdisziplinäre Zusammenarbeit,
alle Vorteile des öffentlichen Dienstes

InteressentInnen können sich an Frau Dr. Voigt-Weber oder an Frau Wagner wenden.

WfB Rhein-Main e.V.
Elsa-Brandström-Allee
6090 Rüsselsheim
Tel. 0 61 42 / 3 09 38 / 3 09 26

Heilpädagogisches Heim „Die Wiege“
sucht für schwer behinderte Kinder
Sprachtherapeuten/in oder
Logopäde/in als freien Mitarbeiter.

Sie können in unserem Haus einen oder mehrere Tage, bzw. Halbtage tätig sein.

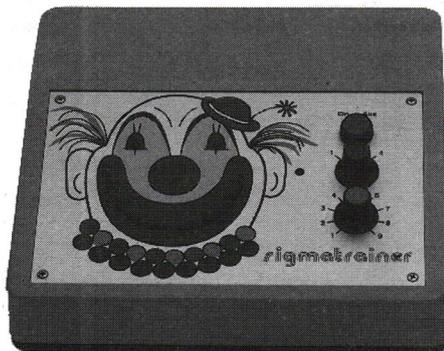
„Die Wiege“ Heilpädagogisches Heim
für behinderte Kinder,
Birkenstraße 5, 8063 Odelzhausen,
Tel.: (0 81 34) 4 77

Anzeigenschluß
für Heft 3

Sprachheilarbeit
ist der 5. Mai 1993

SIGMATRAINER

Ein Gerät für die Sprachtherapie



Der SIGMATRAINER hilft dem normalhörenden und hörgeschädigten Kind in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten auf sehr spielerische Weise bei der Einübung der stimmlosen Reibelaute S, Sch, ch¹.

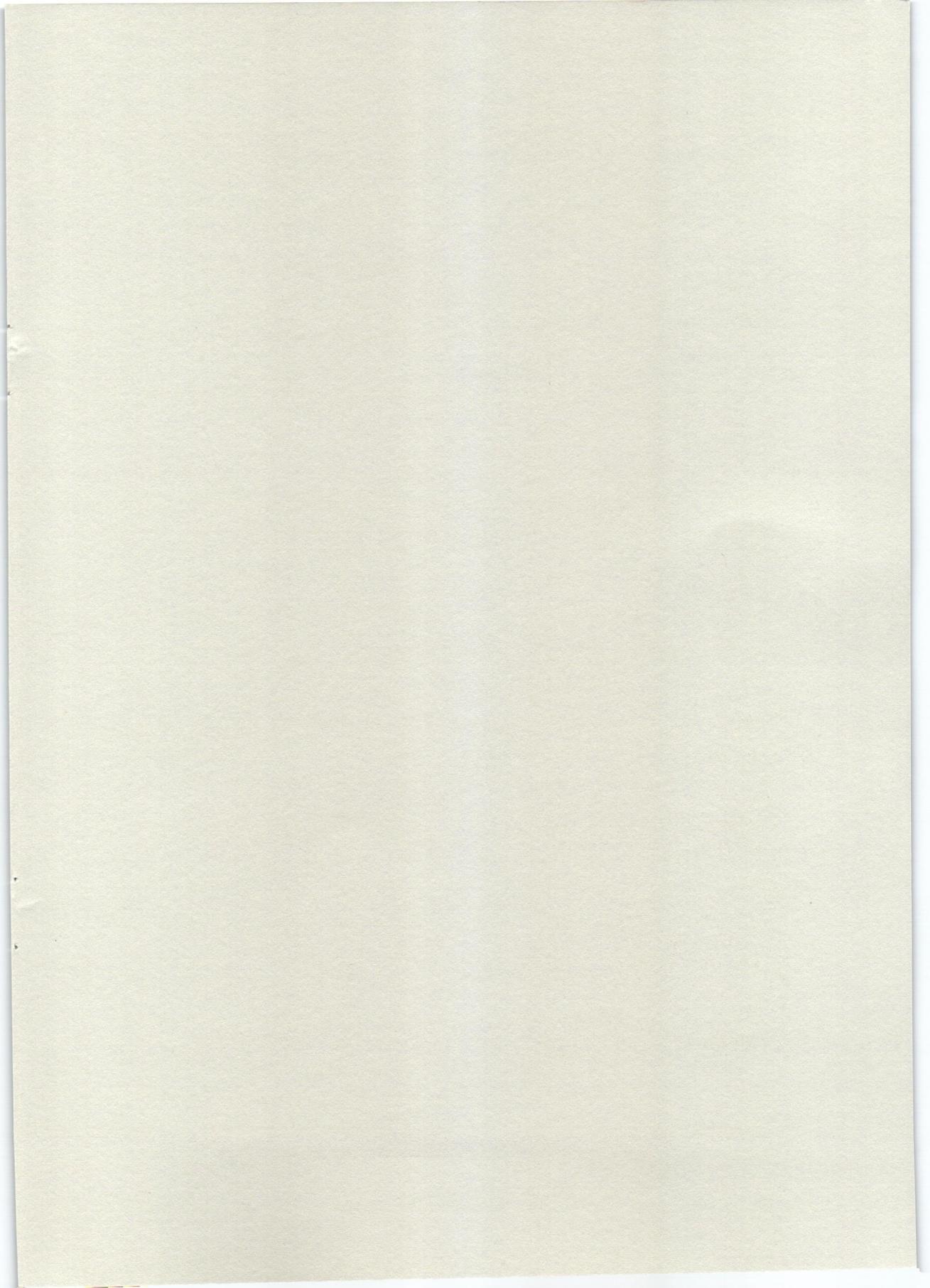
Durch optische Rückkoppelung richtig gesprochener Laute trägt er zu deren akustisch-auditiven und kinästhetischen Fixierung bei.

Der SIGMATRAINER ist aus der Praxis für die Praxis entwickelt worden. Deshalb wurde auf kindgemäße Gestaltung besonderer Wert gelegt.

Einsatzmöglichkeit in allen Phasen der Behandlung stimmloser Reibelaute. Das Gerät kann in der Ausbildungsphase genauso effektiv eingesetzt werden wie in der Übungs- und Automatisierungsphase.

Herstellung und Vertrieb:

HEINZ WINTER GERÄTEBAU GmbH
Erfurter Str. 3 8057 Eching
Tel.: 0 89 / 31 97 44 - 0 Fax 3 19 41 73



L 11772 F

Die Sprachheilarbeit

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39
4600 Dortmund 1 (ab 1.7. 93 neue PLZ: 44139)

*Ihre Praxis ist
unser Programm!*

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

Dietrich Eggert zusammen mit Thomas Peter

DIAS – Diagnostisches Inventar auditiver Alltagshandlungen
1992, 140 S., Format DIN A 5, Ringbindung, Buch und Cassette im Schubert, ISBN 3-86145-029-1
Bestell-Nr. 8525 DM 49,80

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 48,00

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**

Gisela Röttgen

**Spielerlebnisse zum handelnden Sprach-
erwerb • Tier – Theater – Texte**
April 1993, 140 S., Format DIN A 4, Ringbindung
ISBN 3-86145-039-9 **Bestell-Nr. 8510, DM 38,00**
*Dazu erhältlich: Schülerarbeitsheft (Malbuch) mit
18 Tierbildern zum Ausmalen, 40 Seiten, Format
DIN A 4, geh, ISBN 3-86145-050-X*
Bestell-Nr. 8514, DM 8,80



verlag modernes lernen - Dortmund

borgmann publishing GmbH

Hohe Straße 39 • D - 4600 Dortmund 1 (ab 1.7.93 neue PLZ: 44139) • ☎ 12 80 08
FAX (02 31) 12 56 40