

Die Sprachheilarbeit

2/95

**XXI. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs
6. - 8. Oktober 1994 in Hamburg
„Sprachheilpädagogik im Wandel“**

**Teil II:
„Wege suchen“**

Tagungsbeiträge von

<i>Bernd Dietel, München</i>	97
<i>Hildegard Kassel, München</i>	113
<i>Stephan Baumgartner, München</i>	126
<i>Monika Hartig-Gönnheimer, Schuttertal</i>	136
<i>Jürgen Teumer, Hamburg</i>	149
<i>Walter Rolf Bindel, Hannover</i>	165
<i>Volkbert M. Roth, Reichenau</i>	171
<i>Monika Wetzels, Hamburg</i>	178
<i>Gerd Jacobsen, Hamburg</i>	185
<i>Uwe Pape, Oststeinbek</i>	192
<i>Rolf Kortenbruck, Hamburg</i>	196
<i>Marlies Siefken, Wentorf,</i>	
<i>Gernot Wiederhold, Gießen</i>	200

Magazin

Echo • Aus-, Fort- und Weiterbildung • Vorschau

40. Jahrgang/April 1995

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, 12349 Berlin;
Telefon (0 30) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg:

Peter Arnoldy, Hundsbergstr. 48, 74072 Heilbronn

Bayern:

Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12,
97525 Schwebheim

Berlin:

Friedrich Harbrucker, Niedstraße 24, 12159 Berlin

Brandenburg:

Monika Paucker, Berliner Straße 29,
03172 Guben

Bremen:

Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,
27721 Plattenwerbe

Hamburg:

Volker Plass, Gryphiusstraße 3, 22299 Hamburg

Hessen:

Hans Fink, Burgackerweg 6A, 35460 Staufenberg

Mecklenburg-Vorpommern:

Dirk Panzner, Eschenstraße 5, 18057 Rostock

Niedersachsen:

Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25,
31535 Neustadt

Rheinland:

Marianne Gamp, Beringstraße 18, 53115 Bonn

Rheinland-Pfalz:

Gerhard Zupp, Am Bollenbach 12,
55743 Idar-Oberstein

Saarland:

Dr. Herbert Günther, Tannenweg 4, 66265 Holz

Sachsen:

Harald Stelse, G.-Schumann-Straße 29,
04155 Leipzig

Sachsen-Anhalt:

Regina Schleiff, Pökenstraße 7,
06484 Quedlinburg

Schleswig-Holstein:

Harald Schmalfeldt, Golfstraße 5, 21465 Wentorf

Thüringen:

Almuth Müller, Erich-Weinert-Straße 17,
07749 Jena

Westfalen-Lippe:

Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:



verlag modernes lernen - Dortmund

Borgmann KG - Hohe Straße 39

D-44139 Dortmund

Telefon (02 31) 12 80 08, Telefax: (02 31) 12 56 40

Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 2/1993. Anzeigenleiterin: Christel Adam.

Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

Die Sprachheilarbeit,

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Universität zu Köln, Klosterstraße 79b, 50931 Köln,
Telefon (02 21) 4 70 55 10

OSchR. Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 28199 Bremen, Telefon (04 21) 59 13 32

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 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. (Anzeigenschluß: jeweils am 3. des Vormonats.)

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. Lieferung erfolgt nur an Hausanschrift (nicht ans Postfach). Für Nichtmitglieder der dgs: Bestellungen nur beim Verlag; Abonnements-Abbestellungen müssen mindestens vier Wochen vor Jahreschluß 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.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Hans Huber AG bei. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.

TAGUNGSBEITRÄGE



Bernd Dietel, München

Das Teilleistungskonzept – Versuch einer neuropsychologischen Begründung

Zusammenfassung

Seit den 70er Jahren findet der Begriff „Teilleistungsstörung“, seit den 80er Jahren zusätzlich der reziproke Begriff „Integrationsstörung“ zunächst in der psychologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen, später auch in der sonderpädagogischen Diskussion, immer mehr Beachtung. Daß es sich hier um ein heuristisches Konzept, eine Art differential-diagnostischen Suchbegriff und um keine Patentdiagnose bzw. kein Patentrezept auf dem Weg zu adäquaten therapeutischen Strategien handelt, wird dabei häufig unterschlagen. Anhand von Beispielen und Übersichten wird versucht, ausgewählte neuropsychologische Modellvorstellungen (*Lurias* zentrale Verarbeitungstheorie, die sogenannten funktionellen Systeme, die dynamische Lokalisation und das Prinzip der funktionellen Polyvalenz sowie die besondere Rolle sprachlich-handlungsregulierender Teilleistungen) zu veranschaulichen.

1. Vorbemerkung

Obwohl die Begriffe „Teilleistungen“ bzw. „Teilleistungsstörungen“ und die zugehörigen neurowissenschaftlichen Ansätze bereits seit über 20 Jahren immer wieder von verschiedenen Autoren im deutschsprachigen Raum thematisiert werden (vgl. *Graichen* 1973, 1981, *Berger* 1977, *Schmidt* 1977, *Lempp* 1979, *Frostig/Müller* 1981, *Schuch/Friedler* 1982, *Radigk* 1986, *Dietel/Kassel* 1988, *Karch* 1989, *Spiel* 1990, *Esser* 1991, *Steinhausen* 1992; und erst 1994 widmete die Zeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“ zwei ganze Hefte diesem Themenschwerpunkt), ist eine Diagnostik von Teilleistungsstörungen nach wie vor mehr Programm als Realität. Ich möchte dafür in erster Linie drei Gründe nennen:

1. Die Komplexität der zugrundeliegenden neuropsychologischen Modellvorstellungen.

2. Die Neuropsychologie des Kindesalters selbst ist noch eine sehr junge Disziplin.

3. Die Anwendung subsystemspezifischer neuropsychologischer Untersuchungsverfahren steckt noch in den Kinderschuhen.

Obwohl ich selbst Mitautor einer neuropsychologischen Untersuchungsreihe bin (vgl. *Deegener/Dietel et al.* 1992, 1993), möchte ich jedoch vor dem Trugschluß warnen, daß sich mit dem bloßen Vorhandensein bzw. Anwenden solcher neuropsychologischen Untersuchungsverfahren bereits unmittelbar das Konzept der Teilleistungsdagnostik realisieren ließe. Das von mir vertretene Konzept einer neuropsychologisch orientierten Teilleistungsdagnostik darf nicht mit Testdiagnostik gleichgesetzt werden. Es wäre auch ein Irrtum anzunehmen, für jede Teilleistung ließe sich ein Test konstruieren, mit dem dann festgestellt wird: diese Teilleistung ist gestört, jene nicht usw.

Und schließlich möchte ich die weit verbreitete Vorstellung in Frage stellen, daß man zu jeder entdeckten Teilleistungsstörung nur noch das entsprechende Förderprogramm aus der Schublade ziehen müßte. Bereits in der Diskussion um die sogenannte Förderdiagnostik hat *Schlee* (1983) auf den irrigen Schluß hingewiesen, daß sich aus der differentialdiagnostischen Beschreibung von Ist-Zuständen gleichsam von selbst die anzustrebenden Soll-Zustände ergeben.

Unter Teilleistungsdagnostik verstehe ich eine besondere theoretische Sichtweise von Diagnostik, und zwar unter neuropsychologischen Gesichtspunkten. Ich möchte Ihnen

daher heute auch kein neues diagnostisches Verfahren vorstellen, sondern versuchen, Sie in diese besondere neuropsychologische Sichtweise von Diagnostik einzuführen.

2. Zum Begriff der Teilleistungen und zur Problematik ihrer Diagnostik

Ich komme nun zum zweiten Punkt meiner Gliederung. Was soll man unter Teilleistungen verstehen? Was sind Teilleistungsstörungen, Teilleistungstärken und Teilleistungsschwächen? Um uns den Begriffen – Teilleistungen, Teilfunktionen, manchmal spricht man auch von zentralen Basisfunktionen oder von neuropsychologischen Stärken und Schwächen – zu nähern, möchte ich Ihnen zuerst einen kurzen Text vorlesen. Er stammt von *Leontjew*, einem Psychologen, der sich lange Jahre erfolgreich um die Rehabilitation neurologisch geschädigter Patienten bemühte, und stellt m.E. einen Markstein neuropsychologischen Denkens (sowohl diagnostisch als auch therapeutisch) dar:

„Die psychologische Systemanalyse der Funktionen (z.B. Lesen, Schreiben; d.Verf.), die infolge von Herden im Gehirn gestört sind, hat nicht nur theoretische, sondern auch große praktische Bedeutung, indem sie Methoden zu ihrer effektiven Wiederherstellung gibt. Sie besteht darin, daß man, nachdem man vorher die Struktur der beschädigten Funktion aufgedeckt hat, ihr ausgefallenes Glied durch ein anderes, erhaltengebliebenes ersetzt und dann diese Struktur wieder „zurückbildet“, indem man den entsprechenden Prozeß allmählich automatisiert. So ist es z.B. möglich, daß nach einer Verletzung der vorderen Abschnitte des Okzipitallappens die elementaren Gesichtsfunktionen erhalten bleiben, aber dennoch die Lesefähigkeit gänzlich verlorengeht, wobei eine einfache Übung keine merkliche Beseitigung dieser Störung bewirkt. Deshalb bleibt ein solcher Defekt ohne Anwendung von Spezialverfahren manchmal jahrelang bestehen. Man kann jedoch die verlorengegangene Lesefähigkeit ziemlich schnell wiederherstellen. Zu diesem Zwecke wird das optisch-motorische Glied des betreffenden Systems durch ein manuell-motorisches ersetzt: Der Kranke muß das Lesen neu erlernen, und zwar dadurch, daß er mit der Bleistiftspitze die ihm vorgelegten Buchstaben nachzieht; später folgt dann ein 'visuelles Nachziehen'; nach einiger Zeit interiorisiert sich das System mit dem umgebauten und nunmehr wiederhergestellten Glied, und seine Funktion erhält die Form des gewöhnlichen automatisierten Lesens“ (*Leontjew* 1967, 37).

Die Teilleistung Augenbewegungen, das sogenannte optisch-motorische Glied, die normalerweise das sinnentnehmende Lesen ver-

mittelt, wird also zunächst durch die feinmotorische Teilleistung des Nachfahrens von Buchstaben, das sogenannte manuell-motorische Glied, ersetzt, später wird dann das motorische Nachfahren mit dem Stift allmählich durch das rein visuell-motorische Nachfahren der Buchstaben mit den Augen ersetzt, verinnerlicht und automatisiert.

Mit der Verwendung des Begriffs „Teilleistungsstörung“ ist im deutschsprachigen Raum sehr eng die Entstehung der Neuropsychologie des Kindesalters (vgl. *Remschmidt/Schmidt* 1981) verknüpft. Einer der wohl erfahrensten Vertreter dieser Fachrichtung, Johannes *Graichen* (1973, 1979), hat in Anlehnung an *Luria* (1970) einen ersten begrifflichen Definitionsversuch vorgelegt: Teilleistungen sollen als Leistungen einzelner Faktoren oder Glieder innerhalb eines funktionellen Systems definiert werden, die zur Bewältigung einer komplexen physiologischen (z.B. Atmen, Laufen) oder pädagogisch-psychologischen Aufgabenstellung (z.B. Wahrnehmen, Denken, Sprechen, Lesen, Schreiben oder Rechnen) erforderlich sind. Das Teilleistungsmodell stellt ein hypothetisches Konstrukt dar und schließt jede Vorausannahme einer spezifischen Entstehungsgeschichte, eines bestimmten Ausprägungsgrades, Alters oder Phänomenbereiches aus.

Nun, wie alle Definitionen klingt das zunächst sehr abstrakt, und außerdem ist darin ein weiterer neuer Begriff „das funktionelle System“ enthalten, der selbst wieder erklärungsbedürftig ist. Der vor einigen Jahren tödlich verunglückte Heil- und Sonderpädagoge Werner *Radigk* (eines seiner Hauptwerke ist das 1986 erschienene Buch „Kognitive Entwicklung und cerebrale Dysfunktion“) hat versucht, seinen Studenten und Zuhörern die abstrakten Begriffe „funktionelles System und seine Teilleistungen“ am Beispiel des Fahrerschülers zu veranschaulichen.

In der Regel läuft es wohl so ab, daß der Fahrlehrer dem Schüler zunächst das Auto und seine Steuerungseinrichtungen erklärt:

- die Pedale für Kupplung, Bremse und Gas,
- den Schaltknüppel und seine Schaltwege
- und alle anderen Bedienungselemente wie Blinker, Hupe, Licht, Scheibenwischer usw.

Bevor es richtig losgehen kann, erhält der Fahrschüler aber auch noch eine ganze Reihe sprachlicher Handlungsanweisungen zur Bedienung:

1. Kupplung treten;
2. Schaltknüppel in Neutralstellung bringen;
3. Starten;
4. Zündschlüssel nach dem Anspringen wieder loslassen;
5. ersten Gang einlegen;
6. vorsichtig Gas geben und gleichzeitig Kupplung langsam loslassen usw.

Halt! Schon hätten wir den Motor abgewürgt, weil wir etwas vergessen haben – Handbremse lösen.

Dann beginnen die Fahrübungen: Der Schüler probiert zunächst im Trockenkurs die Mechanik des Autos aus, dann versucht er, sich an die sprachlichen Handlungsanweisungen zu erinnern und diese in der korrekten Reihenfolge auszuführen. Nach einigen Wochen Fahrpraxis wird der Fahrschüler in der Regel nicht mehr auf die mittlerweile verinnerlichten sprachlichen Handlungsanweisungen zurückgreifen. Was er zu tun hat, läuft jetzt ohne Nachdenken – ohne bewußt-willkürliche Anstrengung – automatisch ab. Auf der Basis zahlreicher sensorischer, motorischer und sprachlich-kognitiver Teilleistungen hat sich das funktionelle System des Autofahrens entwickelt.

Was auf der Verhaltensebene als das Erlernen der komplexen Gesamtleistungverkehrsgerechtes Autofahren sichtbar ist, korrespondiert auf der Ebene des Gehirns mit dem Entstehen eines mehr oder weniger fest verschalteten Systems neuronaler Knotenpunkte. Dieses Netzwerk neuronaler Knotenpunkte mit seinen zahlreichen Teilleistungen stellt das *funktionelle System*, oder wie der eingangs zitierte *Leontjew* sagen würde, das *funktionelle Hirnorgan* des Autofahrens dar.

Der ursprünglich „entfaltete“ Prozeß des Autofahrens, in dem jeder einzelne Teilschritt bewußt und nacheinander abgerufen und durchgeführt wird – mit den bekannten Fehlern wie z.B. Abwürgen durch Reihenfolgevertauschung oder Auslassung einer Teilhandlung –, ist allmählich einer dynamischen Koordinierung der einzelnen Teilfunktionen

und einer simultanen sekundenschnellen Abstimmung mit den aktuellen Verkehrsgegebenheiten gewichen. Das ist aber nur möglich, wenn das funktionelle System des Autofahrens weitgehend automatisiert ist.

Da funktionelle Systeme gelernt sind, hängen sie auch von den entsprechenden Umweltanforderungen ab. Das funktionelle System Autofahren ist bei Engländern auf Linksverkehr und bei Amerikanern in der Regel auf Automatikgetriebe eingestellt. Beim ersten Fahren mit Schaltgetriebe kommt es zum Zusammenbruch des gesamten funktionellen Systems, d.h., das vorhandene System muß erst durch entsprechendes Training angepaßt werden.

Ein Kind, das heimlich Autofahren gelernt hat und prompt bei seiner ersten Spritztour einen Unfall baut, weil es verkehrt in eine Einbahnstraße fährt, wäre ein Beispiel für ein unvollständig entwickeltes funktionelles System, d.h. mangelnde Kenntnisse der Verkehrsregeln.

Eines der bekanntesten schulischen Beispiele für unvollständig oder falsch entwickelte funktionelle Systeme sind die sogenannten Legastheniker. Sie haben hochgradige Schwierigkeiten in der Verarbeitung schriftsprachlicher Informationen.

Besonders plastisch läßt sich m.E. das Teilleistungsmodell und die zugehörige Theorie der funktionellen Systeme anhand der folgenden Bilder veranschaulichen (vgl. Abb. 1, S. 100, im Original farbig).

Diese Farbbilder des Gehirns, die mit Hilfe eines besonderen neuroradiologischen Verfahrens – der sogenannten Emissionstomographie – entstanden sind, stammen aus einem 1978 erschienenen Aufsatz von *Lassen, Ingvar* und *Skinhoj*. Hier wird nicht nur die zentrale Fragestellung der Neuropsychologie – der Zusammenhang von Verhaltenstätigkeit und Hirntätigkeit –, sondern zugleich die Besonderheit der funktionellen Systeme des Sprechens (oben), des stillen Lesens (unten links) und des lauten Lesens (unten rechts) veranschaulicht, und zwar anhand der Durchblutungsmuster (rCBF) der Großhirnrinde:

- grün bedeutet mittlere Durchblutungsstärke,
- rot bedeutet deutlich erhöhte Durchblutung,

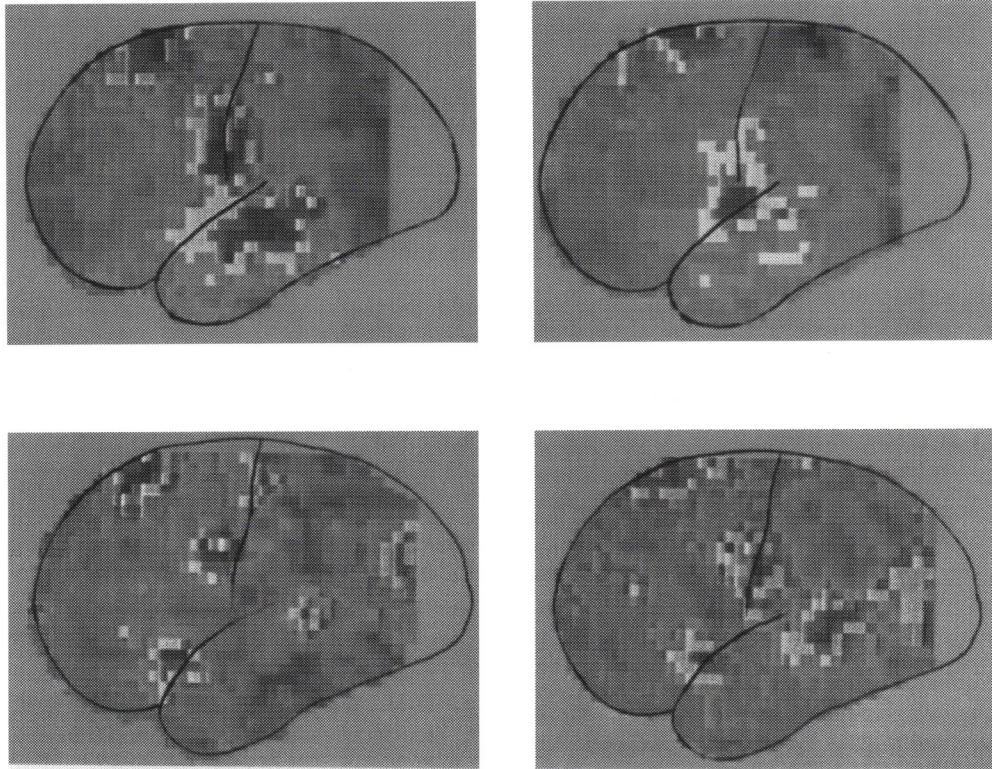


Abbildung 1: Unterschiedliche Durchblutungsmuster (rCBF) beim Sprechen und Lesen (aus: Lassen/Ingvar/Skinhoj 1978)

Zur Veranschaulichung der o.a. neuropsychologischen Modellvorstellung sollen folgende emissions-tomographische Aufnahmen dienen. Es wird nicht nur die zentrale Fragestellung der Neuropsychologie – der Zusammenhang von Verhaltenstätigkeit und Hirntätigkeit – sondern zugleich die Besonderheit der funktionellen Systeme des Sprechens (oben), des stillen Lesens (unten links) und des lauten Lesens (unten rechts) veranschaulicht.

Die beiden oberen Bilder zeigen das Durchblutungsmuster der Großhirnrinde beim Sprechen, links die linke Hemisphäre, rechts die rechte Hemisphäre. Grün bedeutet mittlere Durchblutungsstärke, rot zeigt eine um bis zu 20 Prozent erhöhte Durchblutungsstärke an und blau Abweichungen der Durchblutung bis zu 20 Prozent unter dem Durchschnittswert. (Den Farbangaben entsprechen in den obigen Bildern unterschiedliche Graustufen.) Die beiden unteren Bilder zeigen Hirnaktivitätsmuster jeweils der linken Hirnhälfte beim stillen Lesen (links) und beim lauten Lesen (rechts). Bereits ein einfacher Vergleich der Hirnaktivitäten zeigt, daß die

funktionellen Systeme des stillen und lauten Lesens sehr viel komplizierter und spezifischer organisiert sind, also auf sehr viel mehr und weiter auseinanderliegende neuronale Knotenpunkte verteilt sind, als bei der einfachen Sprechfähigkeit.

Beim stillen Lesen (links) heben sich insbesondere folgende Bereiche – zusätzliches motorisches Feld, frontales Augenfeld, Broca'sches Sprachzentrum sowie das Feld der Sehassoziationen – durch überdurchschnittliche Aktivitätsmuster ab. Beim lauten Lesen kommt es darüber hinaus noch zu einem verstärkten Blutfluß im Mundfeld und im Hörzentrum. Wenden wir unseren Blick noch einmal zum stillen Lesen: Auch hier läßt sich eine, wenngleich weniger umfangreiche Aktivierung des Hörzentrums registrieren. Diese Aktivität des Hörzentrums beim rezeptiven Lesen, obwohl kein äußeres Schallereignis auf das Ohr trifft, korrespondiert mit der spezifischen neuropsychologischen Teilfunktion des „inneren Hörens“, darunter versteht man das vorstellungsmäßige Reproduzieren phonetischer Strukturen.

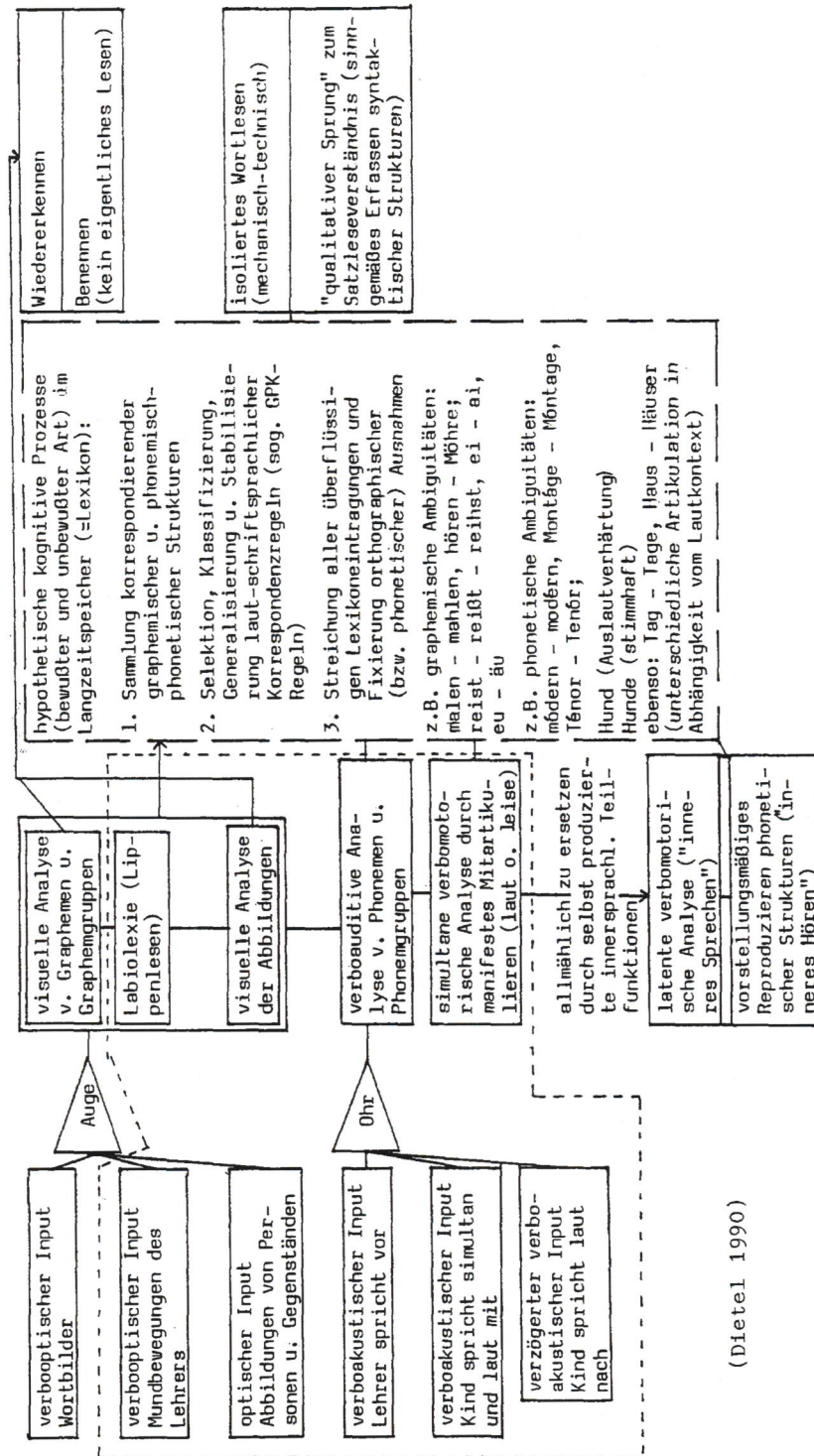


Abbildung 2: Das funktionelle System des rezeptiven Lesens (Etappen des Erwerbs) und die daran beteiligten neuropsychologischen Teilleistungen (in Anlehnung an Weigl 1974)

– blau bedeutet unterdurchschnittliche Durchblutung.

Bereits ein einfacher Vergleich der Hirnaktivitäten zeigt, daß die funktionellen Systeme des stillen oder lauten Lesens sehr viel komplizierter und spezifischer organisiert sind, also auf sehr viel mehr und weiter auseinanderliegende neuronale Knotenpunkte verteilt sind, als bei der einfachen Sprechfähigkeit. Entsprechendes gilt für die Anzahl und Verknüpfung der hypothetisch anzunehmenden Teilleistungen.

Vier Jahre vor der Veröffentlichung dieser bahnbrechenden Aufnahmen ist es dem Neuropsychologen Egon Weigl (1974) gelungen, die Teilleistungen der funktionellen Systeme unserer verschiedenen schriftsprachlichen Funktionen (wie Lesen, Abschreiben, Diktatschreiben, produktives Schreiben) zu entschlüsseln.

Sozusagen als Gegenstücke zu den Hirnbildern vom Lesen möchte ich Ihnen daher kurz zwei Schemata zeigen, die den komplexen Systemzusammenhang verdeutlichen:

1. Lesen im Stadium des Erwerbs (Abb. 2, S. 101): Auf der linken Seite ist der jeweilige Eingangsmodus vermerkt und rechts das Resultat. Dazwischen sind die vermittelnden innersprachlichen und kognitiven Teilleistungen eingetragen.

2. Lesen im Stadium der Automatisierung: Hier wird nur noch fakultativ auf die vermittelnden Teilfunktionen zurückgegriffen. Es kommt also zu einer Reduktion und damit zu einer erhöhten Leistungsfähigkeit des funktionellen Systems, äußerlich sichtbar an der erhöhten Lesegeschwindigkeit; bei der stillen Sinnentnahme kann sogar die zunächst gegebene Schranke der maximalen Sprechgeschwindigkeit überwunden werden (Abb. 3, S. 102).

Zusammenfassend könnte man sagen, unter Teilleistungen werden basale neuropsychische Funktionen verstanden, die wesentliche Voraussetzungen für das Erlernen aller komplexen psychischen und physischen Tätigkeiten sind. Auf der Grundlage und im Zusammenspiel dieser Teilleistungen lernen Kinder allmählich Sprechen und Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen und natürlich auch situationsgemäßes soziales Handeln. Häufig wer-

den daher für die Begriffe Teilleistungen/Teilleistungsstörungen auch die Begriffe Integrationsleistungen/Integrationsstörungen verwendet, um diesen ganzheitlichen Aspekt des komplexen Zusammenwirkens besonders zu betonen (vgl. Graichen 1981).

Ebenso wie es gute und schlechte Autofahrer, gute und schlechte Leser (aber auch Führerscheinlose und Analphabeten) gibt, ebenso verteilen sich auch die Teilleistungen auf einem Kontinuum. Die Streubreite reicht von – wenn auch relativ seltenen – Totalausfällen über Schwächen, Normalleistungen bis hin zu ausgesprochenen Teilleistungstärken, wie z.B. dem absoluten Gehör, dem absoluten Gedächtnis oder dem absoluten Auge, d.h. einer Fähigkeit, Gesehenes fast fotografisch reproduzieren zu können. Derartige Teilleistungstärken lassen sich übrigens auch immer wieder bei Geistigbehinderten und neurologischen Patienten beobachten (vgl. Sacks 1987, Luria 1991).

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, das Teilleistungskonzept diagnostisch und therapeutisch einzusetzen:

Möglichkeit 1 besteht darin, mit Hilfe neuropsychologischer Untersuchungsreihen (z.B. TULÜC, TÜKI, BLN-K) die individuelle Konfiguration von Teilleistungstärken und -schwächen festzustellen (s. Abb. 4, S. 104) und anschließend in einem Prozeß der Hypothesenbildung auf die diagnostischen Oberflächenbeschreibungen zu beziehen.

Möglichkeit 2 – die unbekanntere, aber nicht weniger wichtige Variante – besteht darin, komplexe menschliche Tätigkeiten wie z.B. Lesen, Schreiben, Rechnen usw. im Hinblick auf die sie konstituierenden, immanenten neuropsychologischen Teilleistungen zu analysieren (vgl. Abb. 2 und 3). Auf der Grundlage dieser theoretischen Analyse kann dann eine individuell abgestimmte Diagnose und Therapie erfolgen. Frau Kassel wird Ihnen im Anschluß (Beitrag ab S. 113) ein Beispiel für diesen zweiten Weg geben.

Die Zusammenstellung und Untergliederung von Teilleistungen, wie man sie in neuropsychologischen Untersuchungsreihen findet, aber auch die Zusammenstellung der Teilleistungen, die sich z.B. bei der Aufgliederung spezifischer schriftsprachlicher Tätigkeiten

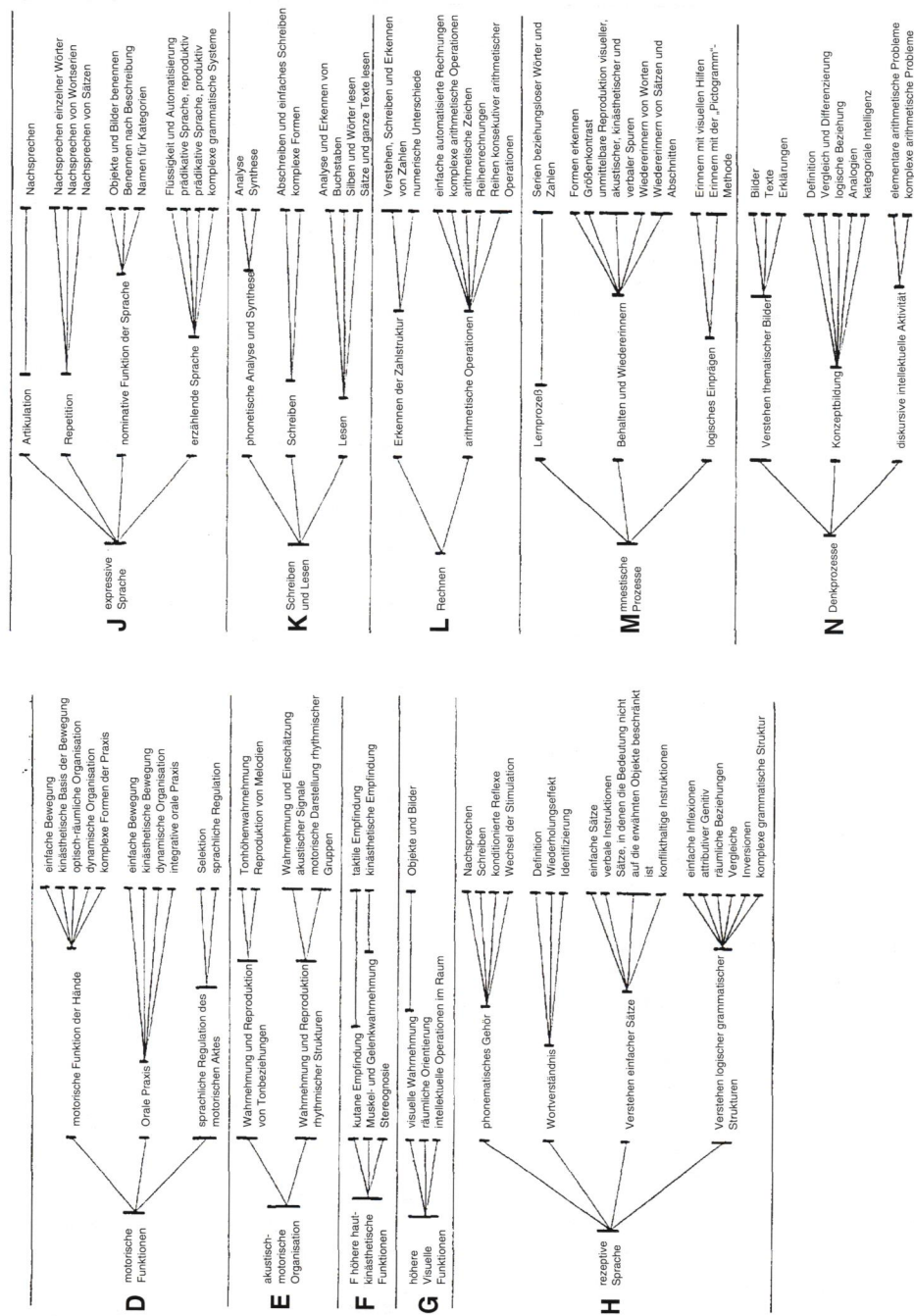


Abbildung: 4

Strukturschema der Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologischen-Untersuchungsreihe (aus: Hamster/Langner/Mayer 1980)

(Diktat, Abschreiben, produktives Schreiben usw.) ergeben, sind nicht das Resultat irgendwelcher statistischer Verfahren (wie Faktoren- oder Diskriminanzanalyse), sondern sind das Ergebnis jahrzehntelanger klinischer Forschung sowie der damit einhergehenden theoretischen Analyse der psychophysischen Funktionen, angefangen von der elementaren Bewegungssteuerung, über die hautkinästhetischen und visuellen Funktionen, bis hin zu den Teilfunktionen der gesprochenen Sprache, des Gedächtnisses und des Denkens.

Die Ausgliederung und Beschreibung von immer neuen und spezifischen Teilleistungen geschieht also auf der Grundlage und im engen Zusammenspiel von immanenter theoretischer Detailanalyse der Gesamtfunktionen und der genauen klinischen Untersuchung partieller Beeinträchtigungen, aber natürlich auch von partiellen Übersteigerungen (vgl. Sacks 1987, Luria 1991). Die theoretische Ausgliederung einer Teilleistung aus einer Gesamtfunktion ist also im Rahmen der Neuropsychologie erst dann gerechtfertigt, wenn aus der klinischen Praxis zumindest eine Fallbeschreibung mit einem entsprechenden partiellen Funktionsausfall oder besser einer Funktionsblockade (wie Egon Weigl sagen würde) existiert. Laut Weigl läßt sich nämlich für fast jeden Funktionsausfall aufgrund einer Desintegration des zugehörigen funktionellen Systems eine spezifische Bedingung konstruieren, wo die Funktion „deblockiert“. Hier befinden wir uns bereits auf dem verantwortungsvollen und schwierigen Gebiet neuropsychologischer Rehabilitation von sogenannten Abbausyndromen. Bei Kindern haben wir es in der Regel jedoch nicht mit der Rehabilitation ehemals intakter und voll ausgebildeter Funktionen zu tun, sondern mit der Habilitation, d.h. mit der Entwicklung bzw. dem Erlernen von psychophysischen Funktionen. Beeinträchtigungen werden daher in der Kinderneuropsychologie oft auch als Aufbaustörungen bezeichnet.

Vor Jahren habe ich einmal versucht (vgl. Dietel 1988), die angedeutete komplexe Problematik einer neuropsychologisch orientierten Teilleistungsdiagnostik in einem Schaubild (Abb. 5, S. 106) zusammenzufassen. Es würde allerdings zu weit führen, hier im Detail darauf einzugehen. Als besonders wichtig

möchte ich hervorheben, daß immer fünf Beschreibungsebenen (Erlebens-, Verhaltens-, Hirn- und Ursachenebene sowie eine übergreifende Entwicklungsdimension) gleichzeitig ins Auge gefaßt werden müssen und daß Hirn- und Ursachenebene immer deutlich auseinanderzuhalten sind (ausführlicher hierzu Dietel/Kassel 1993).

Ich möchte meinen einleitenden Klärungsversuch zum Teilleistungsbegriff hier abbrechen und als Quintessenz festhalten: Das Anliegen der hier vorgestellten Teilleistungsdiagnostik ist es also nicht, unseren kleinen Patienten ein neues wohlklingendes diagnostisches Etikett umzuhängen: frühkindliches psychoorganisches Syndrom, neurogene Lernstörung, integrationsgestört, teilleistungsgestört oder wie auch immer die Bezeichnungen lauten mögen.

Das Sammeln von Informationen aus Untersuchungen, Beobachtungen, Anamnesen usw., um sie anschließend auf ein diagnostisches Etikett zu reduzieren, steht dem Konzept der Teilleistungsdiagnostik diametral entgegen. Was wir benötigen sind nicht weniger, sondern mehr Informationen über unsere Kinder und Jugendlichen. Und diese Informationen können wir uns m.E. nur über eine funktionsspezifische Feindiagnostik verschaffen.

Die bisher gebräuchlichen globalen Zuschreibungsdiagnosen (Konzentrationschwäche, Wahrnehmungsschwäche, Leseschwäche, Rechenschwäche, Hyperaktivität usw.) sind in aller Regel für die Planung von Förder-, Behandlungs- und Therapiemaßnahmen völlig wertlos. Außerdem gaukeln sie dem Mediziner, Psychologen, Pädagogen und Therapeuten eine Homogenität der so klassifizierten Kinder vor, die der Wirklichkeit keinesfalls entspricht. Hinter all diesen Diagnosen verbergen sich vielfältige heterogene Zustandsbilder mit unterschiedlichen Konfigurationen von Teilleistungsstärken und Teilleistungsschwächen. Ich denke, damit dürfte auch deutlich geworden sein, daß der hier verwendete neuropsychologische Teilleistungsbegriff auf die Analyse der Tiefenstruktur einer vorliegenden Beeinträchtigung zielt und daher streng zu unterscheiden ist von dem Teilleistungsbegriff, der häufig in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klassifikation nach

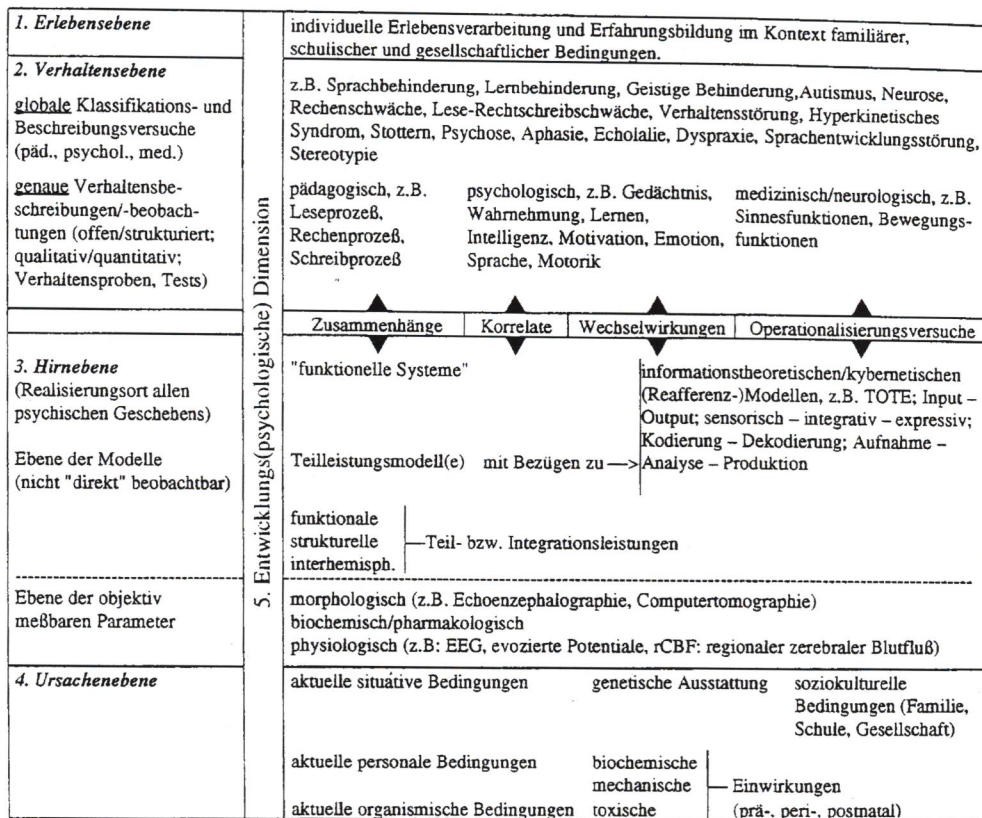


Abbildung 5: Schema zur Problematik einer neuropsychologisch orientierten Teilleistungsdiagnostik – Auswahl möglicher Beschreibungsebenen und Zusammenhänge (aus: Dietel 1988)

ICD 10 (International Classification of Diseases) bzw. DSM III-R (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) zur Anwendung kommt. Dort wird er im Sinne einer umschriebenen Entwicklungsstörung bzw. isolierten Lernstörung gebraucht und bezieht sich daher mehr auf die Oberfläche und das erste Erscheinungsbild einer Störung.

3. Ausgewählte neuropsychologische Grundlagen des Teilleistungskonzepts

Eine erste zentrale neuropsychologische Modellvorstellung, die Theorie der funktionellen Systeme (und seiner Teilleistungen) – ein Begriff, der übrigens schon 1935 von *Anochin* eingeführt wurde (vgl. *Anochin* 1978) – haben

wir bereits kennengelernt. Doch bevor ich auf weitere wichtige Modellvorstellungen der Neuropsychologie eingehe – was versteht man überhaupt unter Neuropsychologie?

Die Neuropsychologie will eine Brücke schlagen zwischen Verhalten und Erleben auf der einen Seite und dem Gehirn bzw. dem Zentralnervensystem auf der anderen Seite. Sie versucht Zusammenhänge aufzudecken, aber nicht im Sinn von Einbahnstraßen. Ursachen sind nicht allein in den neuronalen Prozessen zu suchen und das Verhalten bzw. Erleben ist keine bloße Folgeerscheinung solcher neuronalen Prozesse. In den Anfängen der Neurowissenschaften und ihren heutigen populärwissenschaftlichen Verkürzungen wurde das Gehirn üblicherweise als unabhän-

gige (fixe, unveränderliche) Variable und das Verhalten als die davon abhängige Variable betrachtet. Heute weiß man – nicht zuletzt aus der Biofeedback-Forschung –, daß das Gegenteil genauso wahr ist. Veränderungen des Verhaltens wirken sich auf die Struktur und Funktionsweise des Gehirns aus.

Ziel der modernen Neuropsychologie – wie ich sie Ihnen nahebringen möchte – ist also nicht die Reduktion auf Hirnvorgänge. Ziel ist es vielmehr, das Wissen um die neuronalen

Prozesse für das Verständnis kognitiver – ja überhaupt physischer und psychischer – Prozesse fruchtbar zu machen.

Ein grundlegender Baustein für dieses Verständnis ist *Lurias* zentrale Verarbeitungstheorie (Abb. 6). Der 1902 geborene und 1977 verstorbene Begründer der modernen Neuropsychologie teilt unser Zentralnervensystem im wesentlichen in drei große funktionale Einheiten (oder Blöcke) ein (vgl. *Luria* 1979, 1980, 1992):

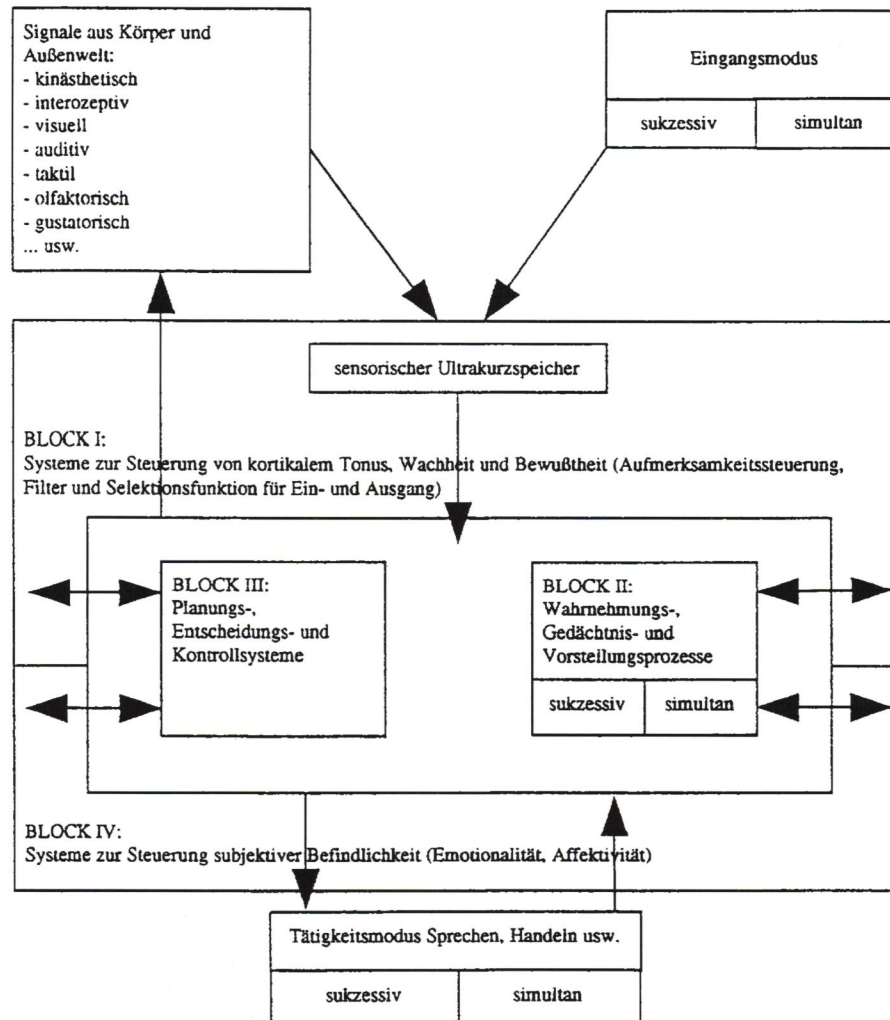


Abbildung 6: Neuropsychologisches Modell der zentralen Verarbeitung (in Anlehnung an Luria 1973, Das et al. 1979, Jantzen 1979; aus: Dietel 1992)

1. Die Antriebseinheit: die Aktivierung, Wachheit und Bewußtheit vermittelt.

2. Die Aufnahmeeinheit: die Analyse, Speicherung und Vergleich von Informationen vermittelt.

3. Die Planungs- und Produktionseinheit: die Programmierung, Ausführung und Kontrolle von Tätigkeiten vermittelt.

In *Lurias* Ausführungen (1966, 1980) bereits angelegt und von Wolfgang *Jantzen* (1979) explizit eingeführt, läßt sich noch eine vierte Haupteinheit für Emotionen und Affektivität unterscheiden. Die folgenden beiden Abbildungen (Abb. 7 und 8) sollen einen ungefähren Eindruck der angenommenen anatomischen Verhältnisse vermitteln.

doch stets in unterschiedlich viele Teilleistungen auflösen lassen. Alle genannten Komplexleistungen sind auf ein ganzes Netzwerk neuronaler Knotenpunkte – das Ihnen bereits bekannte funktionelle System – angewiesen. Und dieses Netzwerk neuronaler Knotenpunkte verteilt sich jeweils über die vier genannten Ebenen der Hirnorganisation: Antriebseinheit, Aufnahmeeinheit, Produktionseinheit und Einheit für Emotionen und Affektivität. D.h. natürlich auch, daß auf jeder dieser vier Hirnebenen Teilleistungen beeinträchtigt sein können.

Nun, aus den bisherigen Ausführungen ist schon deutlich geworden, daß es sich bei den funktionellen Systemen und ihren Teilleistungen um nichts Statisches, sondern um etwas

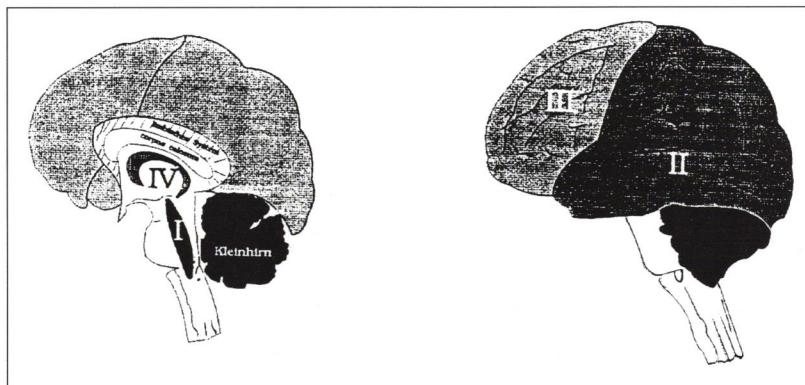


Abbildung 7 und 8: Versuch einer anatomischen Zuordnung der vier funktionellen Hirneinheiten (Block I – IV, in Anlehnung an *Luria* 1973, *Jantzen* 1979; aus: *Dietel* 1992)

Der Antriebseinheit (Block I) werden in erster Linie Teile des Rückenmarks und der *Formatio reticularis*, der Einheit für Emotionen und Affektivität (Block IV) Thalamus, Hypothalamus und limbisches System, der Aufnahmeeinheit (Block II) Parietal-, Temporal- und Okzipitalappen und der Produktionseinheit (Block III) vor allem die Frontallappen zugeordnet.

Im Unterschied zu den früheren lokalisationalistischen und antilokalisationalistischen Positionen geht *Luria* davon aus, daß alle komplexen Leistungen (wie z.B. Turmbauen, Puzzlelegen, Lesen, Autofahren, Klavierspielen usw.) als Gesamtheit ablaufen, sich dabei je-

äußerst Dynamisches, Veränderbares handelt. Man wird nicht einfach mit ihnen geboren, sie reifen auch nicht einfach heran, nein, sie entwickeln sich erst in der aktiven, tätigen Auseinandersetzung mit den Personen und Gegenständen der jeweiligen Umwelt.

Das Turmbauen und Puzzlelegen eines 1 1/2 jährigen Kindes ist deutlich unterschieden vom Turmbauen und Puzzlelegen eines 4- oder 5jährigen Kindes. Ebenso wie sich die psychologische Struktur dieser Tätigkeiten wandelt, ändert sich aber auch die kortikale Organisation. Auf den frühen Entwicklungsstadien spielen relativ elementare sensorische und motorische Prozesse eine entschei-

dende Rolle. Ihre Bedeutung verliert sich jedoch zunehmend zugunsten sprachlich-handlungsregulierender Teilleistungen.

Die „Lokalisation“ geistiger aber auch physischer Funktionen darf daher niemals als konstant oder statisch verstanden werden. Sie ändert sich ständig sowohl während der Entwicklung vom Neugeborenen zum Erwachsenen als auch durch Üben z.B. in schulischen Lehr-Lernprozessen; man spricht daher auch von *dynamischer Lokalisation* (Luria 1970). Bereits 1935 hat Wygotski – der zusammen mit Luria und Leontjew die sogenannte Troika der kulturhistorischen Schule bildete – eine bis heute für die gesamte Neuropsychologie wichtige Regel formuliert (Wygotski 1965):

Bei Kindern führen Störungen elementarer Bausteine der sensomotorischen Analyse und Synthese zur Unterentwicklung all der funktionellen Systeme höherer psychischer Leistungen, die darauf aufbauen. (Dies darf nicht als Widerspruch zur allgemein bekannten Plastizität und Kompensationsfähigkeit sich entwickelnder funktioneller Hirnsysteme verstanden werden.) Vergleichbare Schädigungen der elementaren sensomotorischen Analyse und Synthese wirken sich im Erwachsenenalter viel spezifischer aus, sind weniger beeinträchtigend und leichter kompensierbar. Umgekehrt können jedoch bei Erwachsenen Schädigungen der höheren kortikalen Abschnitte zur Desintegration auch der elementaren sensomotorischen Funktionen führen, weil letztere – ganz im Sinne der dynamischen Lokalisation – eine komplexere (insbesondere sprachlich vermittelte) Systemstruktur angenommen haben und damit sehr stark von den hochorganisierten Abschnitten abhängig geworden sind.

Im Kontext mit der dynamischen Lokalisation möchte ich schließlich noch das Prinzip der „funktionellen Polyvalenz“ (Luria 1970, 44) erwähnen: es gibt demnach keine Struktureinheit des Zentralnervensystems, die nur eine eng begrenzte Funktion hat. Unter bestimmten Bedingungen kann sie in andere funktionelle Systeme einbezogen, d.h. an der Realisierung anderer Aufgaben beteiligt sein. So kann z.B. das Schlucken, das normalerweise zum funktionellen System der Nahrungsaufnahme und Verdauung gehört, in der

Form des „Luftschluckens“ in das Atmungssystem eingebaut werden. Auch viele sprachtherapeutische Maßnahmen beruhen auf dem Prinzip der funktionellen Polyvalenz, z.B. das Anbahnen des Lautes „p“ durch die Aufforderung, kräftig mit zusammengepreßten Lippen zu pusten. Das Prinzip der funktionellen Polyvalenz ist also, wie wir bereits bei der eingangs erwähnten Reorganisation des Lesesystems gesehen haben – Ersatz des visuellen durch das manuell-motorische Glied –, von ganz entscheidender Bedeutung für eine neuropsychologisch orientierte Therapie.

4. Einige Beispiele zur besonderen Rolle sprachlicher Teilleistungen im Rahmen neuropsychologisch orientierter Diagnose und Therapie

Aufgrund der herausragenden Rolle, die gerade die Entwicklung der Sprachfunktionen in Lurias Neuropsychologie spielt, möchte ich Ihnen zum Abschluß noch drei Beispiele aus drei verschiedenen Altersstufen geben. Sie stammen aus einem Aufsatz von Luria und Subbotski mit dem Titel „Zur frühen Ontogenese der steuernden Funktion der Sprache“. Er ist abgedruckt in der „Psychologie des 20. Jahrhunderts“ und vermag m.E. paradigmatisch zu verdeutlichen, was ich unter neuropsychologisch orientierter Diagnose und Therapie in den ersten sechs Lebensjahren verstehe.

1. Beispiel: Ein 1 1/2-jähriges Kind, das gerade seine Spielzeugkiste ausräumt, wird sich in der Regel während dieser Tätigkeit nicht dazu bewegen lassen, wieder einzuräumen. Die sprachliche Aufforderung des Erwachsenen stünde im Widerspruch zur gerade dominierenden Handlung des Kindes. Meist wird das Kind sogar noch heftiger ausräumen. Auf dieser Ebene der Sprachentwicklung löst Sprache beim Kind in erster Linie Impulse aus. Die semantische, also die bedeutungstragende Seite der Sprache spielt noch keine so große Rolle. Aber unter nicht-konflikthaften Bedingungen könnte das Kind durchaus der Aufforderung einzuräumen nachkommen. Im Alter von 1 1/2 Jahren oder bei älteren behinderten Kindern mit einem vergleichbaren Stand der Sprachentwicklung können also verbale Aufforderungen kindliche Handlungen zwar in Gang setzen, aber noch nicht

unterbrechen oder gar auf eine ganz andere Tätigkeit umlenken. Ich denke, mit diesem Wissen im Hintergrund bräuchten viele häusliche Konfliktsituationen, die fälschlicherweise als Trotz oder Unfolgsamkeit interpretiert werden, gar nicht entstehen bzw. es könnte angemessener mit ihnen umgegangen werden.

2. Beispiel: 2 bis 2 1/2-jährige Kinder sollen eine begonnene symmetrische Reihe aus schwarzen und weißen Dominosteinen fortsetzen. Trotz visueller Vorlage und zusätzlicher sprachlicher Handlungsanweisung „schwarz, weiß, schwarz, weiß“ scheitern die meisten Kinder dieses Alters. Sie werden das Muster vereinfachen, allmählich nur noch schwarze oder weiße Steine oder eine Zufallsreihe legen. Mit einer kleinen Variation der Aufgabenstellung werden Kinder dieser Altersgruppe eine deutliche Verbesserung zeigen, jüngere Kinder werden jedoch nicht davon profitieren. Die Schachtel mit den schwarzen und weißen Steinen wird jedesmal zugedeckt und dann gefragt: Welcher Stein kommt jetzt? Weiß oder schwarz? Durch diese einfache Hilfestellung werden die für diese Aufgabe entscheidenden Teilleistungen der dritten Hirneinheit, nämlich Planung und Kontrolle der Reihenfolge, unter die äußere sprachliche Führung des Erwachsenen gebracht. Das Kind braucht dann nur noch die bereits stabilisierten sensomotorischen Teilleistungen des gezielten Herausnehmens und Hinlegens der entsprechenden Steine auszuführen.

3. Beispiel: Ältere Kinder (2 1/2 bis 3 1/2 Jahre), die das Nachlegen symmetrischer Reihen ohne Hilfe bereits beherrschen, scheitern wieder, wenn man die erforderlichen sensomotorischen Teilleistungen erschwert, indem man z.B. eine symmetrische Reihe aus Kreisen oder Kreuzen nachzeichnen läßt. Die gestiegenen Anforderungen an die Neurodynamik der sensomotorischen Systeme führen also zum Zerfall einer bereits beherrschten äußer- oder innersprachlichen Handlungsstruktur (das Einhalten einer symmetrischen Reihenfolge). Auch hier würde die Hilfestellung so aussehen, daß der Erwachsene zunächst die Planungs- und Kontrollfunktionen übernimmt und sich dann im Laufe der Verinnerlichung und Automatisierung dieser Teilleistungen durch das Kind allmählich wieder ausblendet.

Diese Beispiele belegen m.E. in anschaulicher Weise die ungeheure Bedeutung der planenden und handlungssteuernden Sprachfunktionen und der sozialen Interaktionen zwischen Kindern und Erwachsenen bei der allmählichen Entwicklung von Spielhandlungen und anderen Aktivitäten, einschließlich des schulischen Lernens sowie der zugehörigen funktionellen Systeme. In Anlehnung an Wygotski unterscheidet Luria (1961) dabei folgende Etappen:

- Die Erfüllung einfacher von außen kommender sprachlicher Aufforderungen, z.B. „gib mir den Ball“, „klatsche in die Hände“, stellt eine der allerersten Etappen bei den kleinsten Kindern dar.
- Mit der Entwicklung der Sprache nimmt das Kind sein Handeln immer mehr in eigene Regie, zunächst durch mehr oder weniger lautes handlungsbegleitendes Sprechen.
- Und schließlich kommt es zu einer immer stärkeren Verinnerlichung dieser sprachlichen Planungsfunktionen, zum sogenannten „inneren Sprechen“.

Wenn diese innersprachlichen Vermittlungsfunktionen entsprechend stabilisiert sind, bedeutet das einen enormen Zuwachs an Freiheitsgraden bei der Steuerung des eigenen Verhaltens. Damit einhergehend findet eine Abnahme stereotyper Reaktionsweisen bei den Kindern statt. Gleichzeitig ist auch eine geringere Ablenkbarkeit bzw. Störbarkeit durch äußere Faktoren wie z.B. Lärm und natürlich auch durch innere Faktoren wie z.B. Angst festzustellen. Wie Sie sicher bemerkt haben, kennzeichnet diese Beschreibung den Zeitpunkt der sogenannten Schulreife.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen die Möglichkeiten, aber auch die Schwierigkeiten eines neuropsychologisch orientierten Ansatzes etwas näher bringen, und ich hoffe auch, deutlich gemacht zu haben, daß ein neuro-wissenschaftlich begründetes Vorgehen nicht mit sogenannten „Muskeltests“ und dem Drehen an irgendwelchen „Gehirnknöpfen“ zu tun hat.

Literatur

- Anochin, P.K.: Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems. Jena 1978.
- Berger, E. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Bern, Stuttgart, Wien 1977.

- BLN-K: Neumärker, K.-J., Bzafka, M.W.: Berliner-Luria-Neuropsychologisches Verfahren für Kinder. Handanweisung. Psychodiagnostisches Zentrum, Humboldt-Universität. Berlin 1989.
- Das, J.P., Kirby, J.R., Jarman, R.F.: Simultaneous and successive cognitive processes. New York 1979.
- Deegener, G., Dietel, B., Hamster, W., Koch, C., Matthaei, R., Nödl, H., Rückert, N., Stephanie, U., Wolf, E.: Tübinger-Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI). Weinheim 1993.
- Deegener, G., Dietel, B., Kassel, H., Matthaei, R., Nödl, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. Handbuch zur TÜKI. Weinheim 1992.
- Dietel, B., Kassel, H.: Basale Funktions- und Teilleistungsdagnostik mit der Experimentalform der TÜKI (Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder) – Neue Möglichkeiten und Perspektiven für die Diagnose und Therapie von lese- und rechtschreibschwachen Kindern. In: Dummer-Smoch, L. (Hrsg.): Legasthenie. Bericht über den Fachkongreß 1988. Hannover 1989, 121-153.
- Dietel, B., Kassel, H.: Diagnostik von Teilleistungsstörungen. Neuropsychologisch-psycholinguistisch orientierte Diagnose und Therapie von Lese-Rechtschreibschwachen. Z. f. Heilpäd. 44 (1993), 297-316.
- Dietel, B.: Sonderpädagogische Diagnose- und Förderklassen in Bayern – Versuch eines ersten Resümees aus der Sicht der sozial-wissenschaftlichen Begleitung. Behindertenpädagogik in Bayern 31 (1988), 393-409.
- Dietel, B.: Grundlagen neuropsychologischer Diagnostik. In: Deegener, G., Dietel, B., Kassel, H., Matthaei, R., Nödl, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. Handbuch zur TÜKI. Weinheim 1992, 1-40.
- Esser, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen – Der langfristige Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen. Stuttgart 1991.
- Frostig, M., Müller, H. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen. Ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern. München 1981.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenutzung. Z. f. Kinder- und Jugendpsychiat. 1 (1973), 113-143.
- Graichen, J.: Zum Begriff der Teilleistungsstörungen. In: Lempp, R. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern, Stuttgart, Wien 1979, 43-62.
- Graichen, J.: Störungen der Integration. In: Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.): Neuropsychologie des Kindesalters. Stuttgart 1981, 280-291.
- Hamster, W., Langner, W., Mayer, K.: Tübinger-Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe (TÜLUC). Manual. Weinheim 1980.
- Karch, D.: Teilleistungsstörungen. In: Karch, D. et al. (Hrsg.): Normale und gestörte Entwicklung. Berlin 1989, 79-90.
- Lassen, N.A., Ingvar, D.H., Skinhoj, E.: Hirnfunktion und Hirndurchblutung. Spektrum der Wissenschaft 12 (1978), 51-61.
- Lempp, R. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern, Stuttgart, Wien 1979.
- Leontjew, A.: Der historische Aspekt bei der Untersuchung der menschlichen Psyche. In: Hiebsch, H. (Hrsg.): Ergebnisse der sowjetischen Psychologie. Stuttgart 1967, 1-44.
- Luria, A.R.: Experimentelle Analyse der Entwicklung willensmäßiger Handlungen bei Kindern. In: Brenngelmann, J.C., David, H.F. (Hrsg.): Perspektiven der Persönlichkeitsforschung. Bern, Stuttgart 1961, 107-115.
- Luria, A.R.: Higher cortical functions in man. New York 1966, 1980 (2. Auflage).
- Luria, A.R.: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin 1970.
- Luria, A.R.: The working brain. An introduction to neuropsychology. New York 1973.
- Luria, A.R.: Kleines Porträt eines großen Gedächtnisses. In: Luria, A.R.: Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Reinbek 1991, 151-249.
- Luria, A.R.: Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek 1992.
- Luria, A.R., Subbotski, E.W.: Zur frühen Ontogenese der steuernden Funktion der Sprache. In: Steiner, G. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII. München 1978, 1032-1048.
- Radigk, W.: Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion. Dortmund 1986.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.): Neuropsychologie des Kindesalters. Stuttgart 1981.
- Sacks, O.: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek 1987.
- Schlee, J.: Illusionen sogenannter Förderdiagnostik. In: Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.): Förderdiagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten. Heidelberg 1983, 48-57.
- Schmidt, M.H.: Verbale und nicht-verbale Teilleistungsschwächen und ihre Behandlung. In: Nissen, G. (Hrsg.): Intelligenz, Lernen und Lernstörungen. Berlin, Heidelberg, New York 1977, 167-175.
- Schuch, B., Friedler, E.: Teilleistungsschwächen. Diagnose und Therapie von Raumorientierungsstörungen. Wien, München 1982.

Spiel, G. et al.: Erste Ergebnisse mit einem neuropsychologischen Test in der Differentialdiagnostik von Teilleistungsstörungen. *Frühförderung interdisziplinär* 9 (1990), 102-113.

Steinhausen, H. (Hrsg.): *Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen*. Berlin 1992.

TÜLUC: s. Hamster et al. 1980.

TÜKI: s. Deegener, Dietel et al. 1992, 1993.

Weigl, E.: Zur Schriftsprache und ihrem Erwerb – neuropsychologische und psycholinguistische Betrachtungen. In: Eichler, W., Hofer, A. (Hrsg.): *Spracherwerb und linguistische Theorien*. München 1974, 94-173.

Wygotski, L.S.: Psychology and localization of functions. *Neuropsychologia* 3 (1965), 381-386.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Bernd Dietel
Clemensstraße 6
80803 München

Dr. Bernd Dietel ist Klinischer Psychologe und
Leiter einer heilpädagogischen Tagesstätte.



Hildegard Kassel, München

Praktische Arbeit mit dem Teilleistungskonzept

Neuropsychologisch orientiertes Vorgehen am Beispiel eines 12jährigen Jungen mit einer Sprachstörung und einer schweren Lese-Rechtschreibschwäche

Zusammenfassung

Über die Diagnose von Teilleistungsstärken und -schwächen sowie über die psycholinguistische Analyse der Schwierigkeiten, die der Schriftsprache immanent sind, kann selbst nach jahrelangen, erfolglosen schulischen und therapeutischen Bemühungen der Zugang zum Lesen und Rechtschreiben gebahnt werden. Dabei steht die Untersuchung und Veränderung der bereits automatisierten, inadäquaten Strategien im Vordergrund, die der Junge zur Kompensation seiner Sprachstörung entwickelt hat. Trotz fortbestehender Artikulationsdefizite in der Spontansprache kann auf der Ebene der bewußt-willkürlichen Sprachfunktion eine artikulationsgesteuerte Lautanalyse aufgebaut werden. Die Fähigkeit des Jungen, Zusammenhänge zu erkennen, wird genutzt, um dem kognitiv flexiblen Jungen unangemessene Strategien, lautanalytische Charakteristika und Umkodierungsbesonderheiten der Sprache bewußt zu machen. Anstelle eines erweiterten Lesepensums und eines Trainings der Rechtschreibregeln tritt eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf lautanalytische Merkmale der Sprache.

1. Einleitung

Während Bernd Dietel im ersten Teil mit seinen Ausführungen zum *Teilleistungskonzept* den *theoretischen* Rahmen abgesteckt hat, soll im zweiten Teil *am Beispiel des 12jährigen Theo* gezeigt werden, wie die konkrete Arbeit mit diesem Konzept aussehen kann.

Daten: Theo besuchte wegen seiner Sprachprobleme (u.a. Arhotazismus) seit der 1. Klasse eine Sprachheilschule. Zu Therapiebeginn (Frühjahr 1994) befand er sich in der 6. Klasse und war während der Schultage im angegliederten Heim untergebracht.

- *Rechtschreibtest* (DRT 4-5) für die 4./5. Klasse ergab Prozent-Rang (PR) 0. Von 100 Wörtern schrieb er nur 8 Wörter richtig.
- *Lesen:* Zürcher Lesetest: PR 0.

- *Intelligenztest:* PsB von Horn: Gute nicht-sprachliche Begabung (7 bis 9 Centile), gravierende Ausfälle im sprachlichen Bereich (0 Centile).

- Der Deutschlehrer, die Schulpsychologin, die Erzieherin und die Sprachtherapeutin waren sich einig: wenn jetzt nicht etwas passiert, bleibt Theo *Analphabet*. Sie sahen ihre Möglichkeiten, seine schwere Legasthenie zu beheben, erschöpft.

2. Unterschied zwischen der herkömmlichen Diagnostik und der Teilleistungs-Diagnostik am Beispiel einer Schreibprobe

An den ersten diagnostischen Untersuchungen, die ich im März 1994 bei Theos Erstvorstellung durchgeführt habe, soll der Unterschied zwischen der *herkömmlichen Diagnostik* einer LRS-Schwäche und der Diagnostik, die auf dem *Teilleistungskonzept* basiert, verdeutlicht werden.

2.1 Herkömmliche Diagnostik

Die *herkömmliche Diagnostik* bedient sich der Fehleranalyse mit folgendem Ergebnis (vgl. Abbildung 1, S. 114): *Abschreiben:* 1 Fehler, 6 Oberzeichen; Schreiben nach *Diktat:* bei 13 Wörtern/15 Fehler, 1 Oberzeichenfehler; 2 Wörter richtig geschrieben: „Die ... Alter ...“. *Das Ergebnis* der 3 kurzen Proben erbringt, so scheint es zunächst, nicht viel Neues, nämlich: Diktatschreiben ist bei Theo eine Katastrophe, das Abschreiben dagegen geht recht gut. Schaut man jedoch das Abschreiben einmal unter neuropsychologischen Gesichtspunkten an, dann ergibt sich ein anderes Bild:

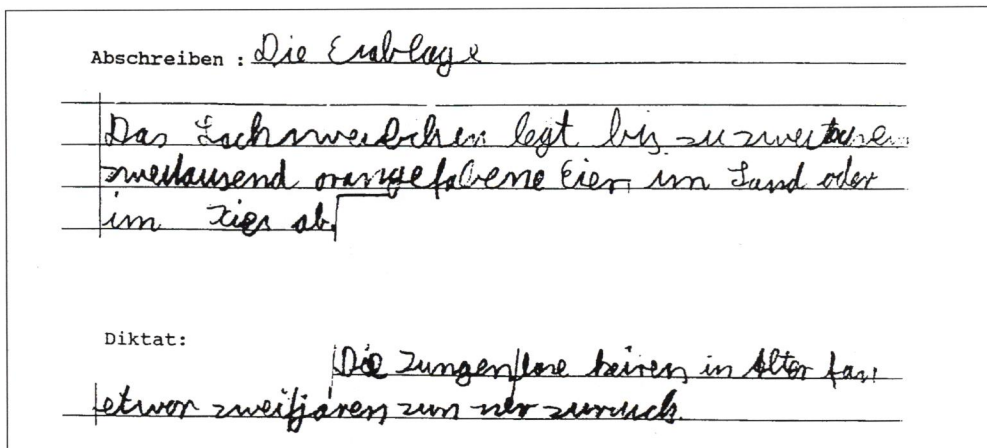


Abbildung 1: Beispiel

Exkurs

Schemata zur *Neuropsychologischen Funktionsanalyse des Abschreibens* und Diktatschreibens von Bernd Dietel (nach Weigl 1974, 94-173):

1. Das funktionelle System des Abschreibens im Stadium der Automatisierung (vgl. Abbildung 2, S. 115):

- Am *Abschreiben* des Schreibanfängers sind andere Teilfunktionen beteiligt als am automatisierten Abschreiben.
- Das automatisierte Abschreiben scheint ein einfacher Vorgang: Der Schreiber sieht den Text, erfährt den *Inhalt* und codiert diesen Inhalt *unmittelbar* flüssig im *Selbstdiktat* in Schrift um.

Ein Rückgriff auf die *entfaltete Form des Abschreibens*, wie es für die Lernphase charakteristisch ist, findet beim *Abschreiben im Stadium der Automatisierung* dann statt, wenn unbekannte Wörter auftauchen. Dann werden die Wörter wieder über das innere Hören und/oder Sprechen erfährt. Gelegentlich wird das Umkodieren in die Schrift an einer problematischen Stelle auch durch Mitartikulieren initiiert.

2. Das funktionelle System des Abschreibens im Stadium des Erwerbs:

- Am *Abschreiben im Stadium des Erwerbs* dagegen sind ganz andere Funktionen beteiligt:

- Der Schreibanfänger erfährt den Text zunächst nicht, sondern *mal* die Buchstaben *vorlagegetreu* ab.
- Erst wenn das Kind die Buchstaben, Silben und Wörter lautierend erfährt, d.h. in Laute, Wortklänge umkodiert, beginnt es zu schreiben. Durch lautierendes Sprechen löst es die graphomotorischen Muster der Buchstabenfolgen aus.
- Der *qualitative Sprung* zum eigentlichen Schreiben bedeutet auf der Inputseite: Die visuelle Wahrnehmung von Wörtern und Satzteilen erzeugt ein inneres Hören. Das manifeste Mitartikulieren initiiert die graphomotorische Umsetzung in eine kinetische Melodie.

Nach Weigl wird die Leistung des Abschreibens meist unterschätzt. Beim *zügigen Abschreiben* liest das Kind Wortteile, ganze Wörter oder Satzteile. Es erkennt das Wortklangbild und *erfährt die Bedeutung*. Das Abschreiben ist also *kein bloßes Kopieren* einer visuell vorgegebenen Vorlage, wie es vielleicht den Anschein haben mag, sondern geht von der erlesenen Wort- bzw. Satzdeutung aus, stellt also eine Art *Selbstdiktat* dar. Weigl formuliert das so: „Abschreiben besteht nicht im Abkopieren der graphemischen Vorlage in Handschrift, vielmehr wird der erfährte Inhalt in eigener Regie schriftlich wiedergegeben“. (Weigl 1974, 156) *Fehler* beim Abschreiben wie „ein Haus“ statt „das Haus“ belegen dies. Die Verschriftung findet aufgrund der eige-

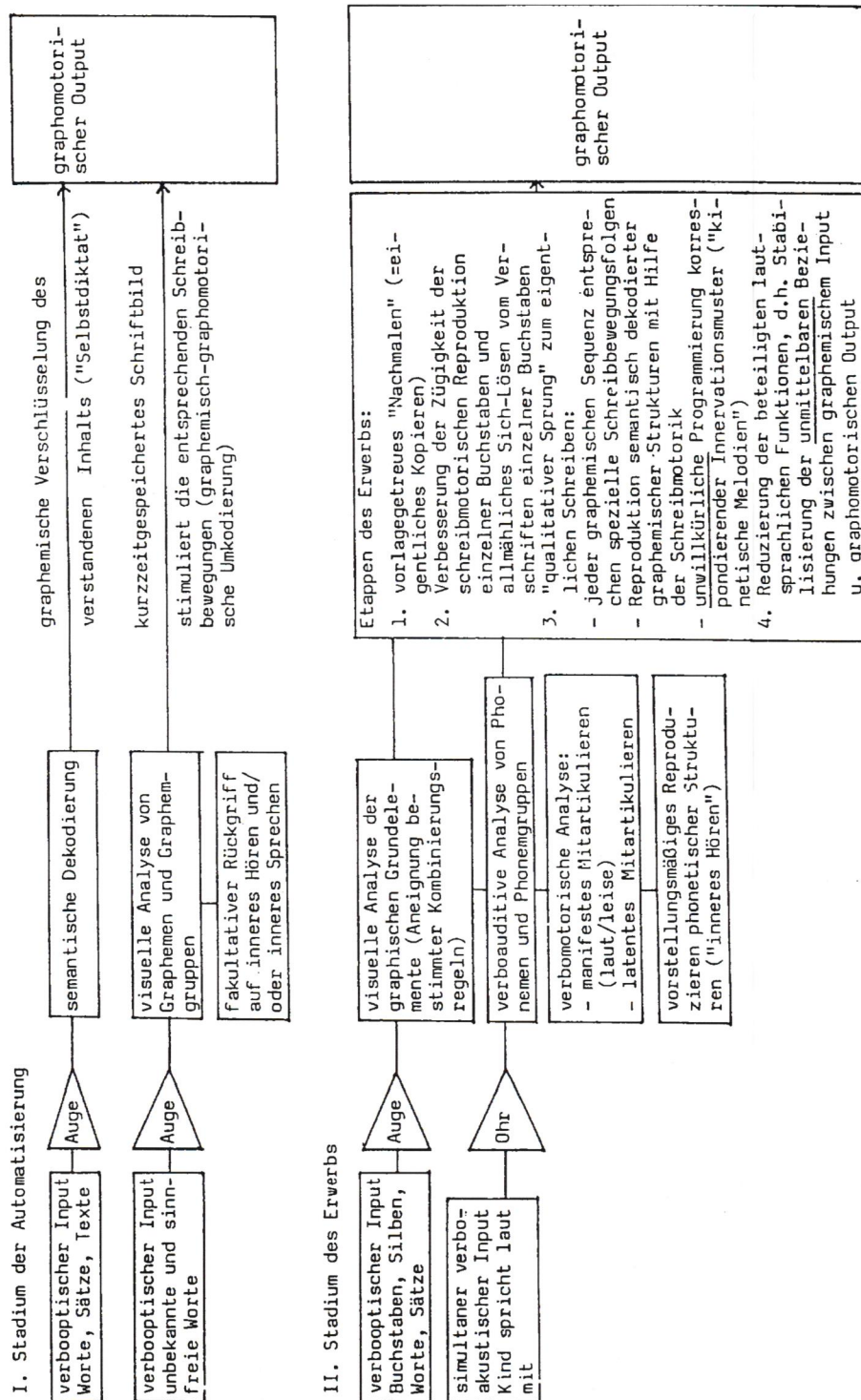


Abbildung 2: Das funktionelle System des Abschreibens und die daran beteiligten neuropsychologischen Teilleistungen (in Anlehnung an Weigl 1974)

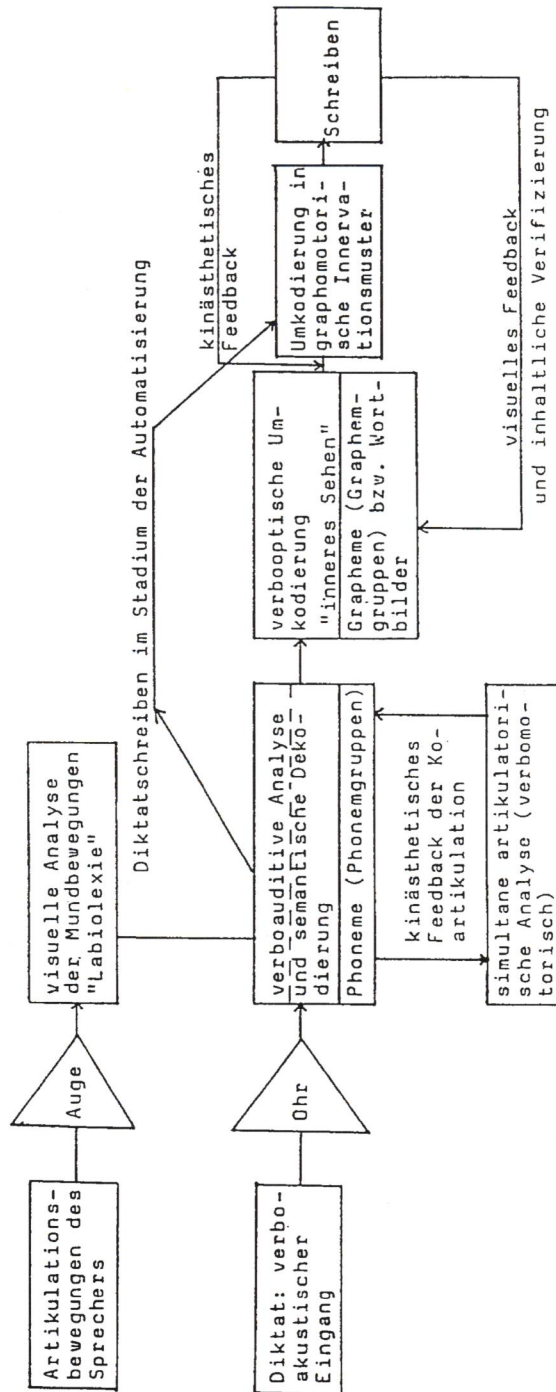


Abbildung 3: Das funktionelle System des Diktatschreibens und die daran beteiligten Teilleistungen (in Anlehnung an Luria 1970, Weigl 1974 und Berger 1977)

nen, bis dahin erworbenen *orthographischen Kenntnisse* statt. Das erklärt, warum Kinder beim Abschreiben meist dieselben Fehler machen wie beim freien Schreiben, was oft *fälschlicherweise* als Folge einer *Konzentrationsschwäche* interpretiert wird.

Eine *weitere Fehlerquelle*, die bei sämtlichen Falschabschreibern vorliegt, ist die *mangelnde Kontrolle* des Geschriebenen. Fehlerfreies Abschreiben kann nur erreicht werden, wenn das Kind lernt, das Geschriebene sukzessive zu kontrollieren und seine individuellen Schwierigkeiten mit der Groß-/Kleinschreibung, Dehnung, Doppelung, Buchstabenfolge usw. mitzureflektieren. Das Abschreiben beinhaltet also weitaus komplexere neuropsychologische Prozesse, als gemeinhin angenommen wird.

3. Das funktionelle System des Diktatschreibens (Abbildung 3):

In der *Lernphase* geht der *Input* zunächst übers Ohr und übers Auge:

- Das Kind analysiert sowohl das Gehörte als auch die Mundbewegungen des Lehrers und erkennt den Wortklang wieder, erfaßt den Sinn.
- Das Mitlautieren beim Schreiben ergänzt die visuell-auditive Analyse um die artikulatorisch-kinästhetische Analyse und initiiert die Umkodierung in die Schreibbewegung.
- Das Geschriebene wird einer visuellen Kontrolle unterzogen.

4. Diktatschreiben im Stadium der Automatisierung.

Das Gehörte wird sinngemäß erfaßt und unmittelbar in Schrift umgesetzt.

Ende des Exkurses

2.2 Prozeßanalyse

Während bei der *herkömmlichen Diagnostik* von Rechtschreibschwächen die Schreibprobe als Fehlerdokument im Zentrum steht, ist sie bei der *Diagnostik auf Basis des TL-Konzepts* nur ein Moment, entscheidend ist hier die Untersuchung des Schreibprozesses. Die Frage ist daher, wie sieht Theos *spontanes Abschreibverhalten* aus. Es geht darum, herauszufinden, ob Theo *im Selbstdiktat*, d.h. lesend und sinnerfassend abschreibt, oder ob er Buchstabe für Buchstabe abschreibt. Folgende Beobachtungen werden daher notiert.

- Frage (sie wurde erst nach Abschluß der 2. Abschreibaufgabe gestellt): „Weißt Du, worüber der Text geht?“ Theo: „Nein, ich habe nicht gelesen, ich habe einfach abgeschrieben.“

Nachdem Theo die ersten 4 Wörter abgeschrieben hat, ist bereits klar: Sein Abschreiben hat nicht den Charakter eines Selbstdiktats. Daher meine *nächste Frage*: Was geschieht, wenn ich Theo daran hindere, Buchstabe für Buchstabe abzuschreiben?

2.2.2 Wort-für-Wort-Abschreiben (mit Abdecken)

Ich breche also das Abschreiben ab und fordere ihn auf (*Anweisung*): „Versuche einmal, Wort für Wort abzuschreiben. Wenn Du an-

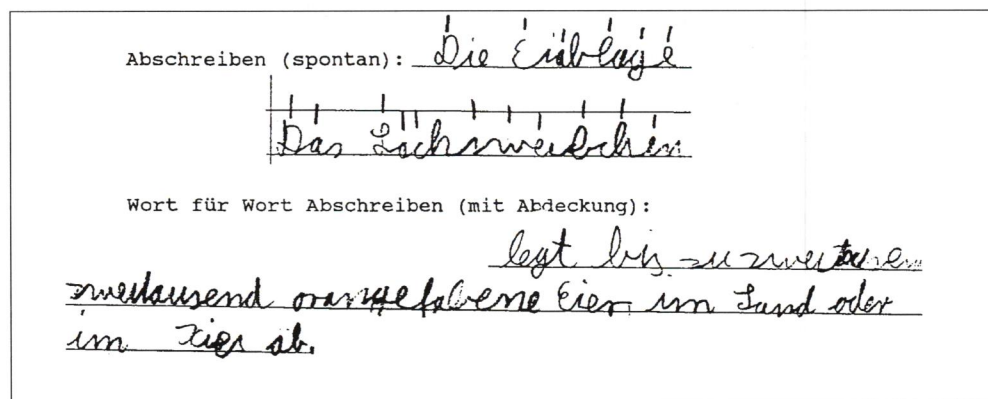


Abbildung 4: Beispiel

2.2.1 Abschreiben (spontan) (Abbildung 4)

Anweisung: „Schreibe diesen Text ab“.

- Theo liest die Wörter, die er abschreibt, nicht, er erfaßt den Inhalt nicht.
- Er bewegt den Kopf ständig zwischen Vorlage und Heft hin und her (in Abbildung 4 durch Striche gekennzeichnet): bei 27 Buchstaben/17 mal geschaut.
- Abschreibestrategie: Buchstabe für Buchstabe.
- Theo lautiert beim Schreiben nicht, er malt ab.

fängst zu schreiben, decke ich das Wort zu. Du kannst jedes Wort solange anschauen, wie Du willst.“ Interessant ist nun, zu beobachten:

- Schaut Theo wie gewohnt, nachdem er ein bis zwei Buchstaben geschrieben hat, nach der (nun abgedeckten) Textvorlage?
- Nein! Er befolgt bereitwillig die Anweisung und schreibt Wort für Wort ab.
- Theo lautiert leise beim Schreiben, Mundbewegungen sind deutlich zu beobachten.
- Fehler: tusend statt tausend. Er korrigiert den Fehler spontan.

- Frage: „Weißt Du, worüber der Satz ging, den Du abgeschrieben hast?“

Theo: „Daß die Jungen zum Meer zurückschwimmen.“

2.2.3 Vergleich der Vorgehensweisen

Vergleicht man nun das *Ergebnis* der herkömmlichen Untersuchung mit dem Ergebnis der Prozeßanalyse, so wird auch hier der Unterschied zwischen den beiden Vorgehensweisen deutlich: Vom *Resultat* und der *Fehlerzahl* her betrachtet, könnte man sagen, Theo schreibt sicher und nahezu fehlerfrei ab. Betrachtet man jedoch den *Prozeß* des Abschreibens, so fällt das Urteil weniger erfreulich aus: Sein Buchstabe-für-Buchstabe-Abschreiben läßt sich weit eher als Abmalen einer Zeichenfolge denn als Abschreiben eines sinnvollen Textes charakterisieren. Es ist ein *Schreiben ohne Sinnverstehen*. Der 12-jährige intelligente Junge schreibt spontan wie ein Erstkläßler ab. Unter kontrollierten Bedingungen ist er jedoch in der Lage, einen Text Wort für Wort nahezu fehlerfrei abzuschriften. Er zeigt keine Unmutsäußerungen über die unmögliche Aufgabe wie manches andere Kind, das mir in dieser Situation vorwarf: „Wie soll ich denn abschreiben, wenn ich den Text nicht anschauen darf?!“ Er liest Wort für Wort, achtet auf Schwierigkeiten wie Groß-/Kleinschreibung, korrigiert Fehler gelegentlich spontan und lautiert leise beim Schreiben im Selbstdiktat.

Die *Frage* ist: Warum hält Theo dennoch an seiner inadäquaten Abschreibstrategie fest, wo doch das Buchstabe-für-Buchstabe-Abschreiben viel aufwendiger ist und mehr Konzentration und Aufmerksamkeit erfordert als das Wort-für-Wort-Abschreiben? Er selbst gibt darüber folgende Auskunft: „Ich bin das so gewohnt!“ Womit er ausdrückt: Eine einmal automatisierte und erfolgreich angewandte Strategie wird nicht ohne äußeren Anlaß verändert.

2.2.4 Diktatschreiben

Wie vorher am Schema der neuropsychologischen Funktionsanalyse gezeigt, ist das Wort-für-Wort-Abschreiben eine Form des Diktats, nämlich ein Selbstdiktat nach Vorlage. Vergewenwärtigt man sich, daß Theo

beim (Fremd-)Diktat massive Schwierigkeiten hat, so wird verständlich, warum Theo beim Abschreiben lieber auf Nummer Sicher geht und Buchstabe für Buchstabe abmalt.

2.2.5 Fehlerentstehung, Fehlersuche, Handlungsstrategie

Auch die *Bewertung* der Fehler fällt beim neuropsychologisch orientierten Vorgehen anders aus als bei der *herkömmlichen Diagnostik*: Während in der *herkömmlichen Diagnostik* die Fehler nach Merk-, Wahrnehmungs- und Regelfehlern sortiert werden und als therapeutische Maßnahme daraus eine Wahrnehmung- bzw. Rechtschreibregeltraining abgeleitet wird, stellt sich bei dem auf dem Teilleistungskonzept basierenden Vorgehen erst einmal die Frage:

- Wie kommen die Fehler zustande?
- Nimmt Theo Fehler wahr?
- Korrigiert er Fehler spontan bzw. auf Hinweis?
- Kennt Theo bestimmte Rechtschreibregeln?
- Wenn ja, warum beherzigt er sie nicht?
- Wie korrigiert er Fehler?

Ich versuche also herauszufinden, welche *Handlungsstrategie* Theo verwendet und über welche alternativen Handlungsstrategien er – mit und ohne fremde Hilfe – verfügt.

2.2.6 Was heißt das konkret?

- Ich beobachte die Entstehung der Fehler. Beispiel: Theo will „jungen“ schreiben. Er hat sichtlich *Umkodierungsprobleme* beim „j“. (Er schaut suchend im Raum umher und fragt: „Wie geht das nochmal?“ Ihm fällt offensichtlich nicht ein, wie er diesen seltsamen j-Laut verschriften soll. Mit der Geste: „Ist mir doch egal“ schreibt er ein „l“ statt ein „j“).
- Theo korrigiert seinen Fehler nicht spontan, daher schicke ich ihn auf Fehlersuche und beobachte, ob und wie und mit welchen Hilfen er Rechtschreibfehler korrigiert: „Schau doch einmal bei jedem Wort nach, ob Du alles richtig geschrieben hast!“

- Welche Fehler findet Theo? (Gr/kl, n/m), Buchstaben-Auslassungen.
- Welche Fehler findet er nicht? Zusammen-/Auseinanderschreiben, Dehnung.
- Fehlerhafte Korrektur beim Dehnungs-h, „keiren“ verbessert er in „kheren“ statt „kehren“.
- Theo lautiert beim Schreiben.
- Sein Sinnverstehen des diktierten Textes ist gut.

2.3 Zusammenfassung

- *Nicht das Resultat* – die Schreibprobe mit Fehlerzahl und Fehleranalyse – gibt entscheidenden Aufschluß über die verschiedenen Schreibleistungen, *sondern der Prozeß* des Schreibens, die genaue Beobachtung des Schreibverhaltens und der Handlungsstrategie.
- *Diagnostik auf Basis des Teilleistungskonzepts hat zur Voraussetzung: eine detaillierte Kenntnis der beteiligten Tätigkeit, hier des Rechtschreibens*, und der daran beteiligten visuellen, kinästhetischen, auditiven, graphomotorischen und mnestischen Funktionen (vgl. die Schemata von Bernd Dietel zur neuropsychologischen Funktionsanalyse).

2.4 Gespräch mit Theo (am Ende der Erstuntersuchung):

Therapeut (Th): „Strengt Dich das Abschreiben an?“

Theo: „Ja, schon.“

Th: „Was glaubst Du, warum es Dich anstrengt?“

Theo: „Weiß nicht.“

Th: „Du schreibst Buchstabe für Buchstabe ab, das ist sehr anstrengend für Dich. Du mußt ständig hin und her schauen und unheimlich aufpassen, daß Du keinen Buchstaben ausläßt oder zweimal schreibst. Stimmt das?“

Theo (grinst): „Ja, da ist was dran.“

Th: „Ich habe gesehen, daß Du auch anders abschreiben kannst, nämlich erst das Wort lesen und dann aus dem Kopf schreiben. Und Du hast auch einen Trick angewendet, wie Du fehlerfrei abschreiben kannst. Weißt Du, welchen Trick ich meine?“

Theo: „Nö“

Th: „Du hast jedes Wort erst gelesen, dann geschrieben und dann kontrolliert, ob es auch stimmt, was Du geschrieben hast. Was kannst Du besser, lesen oder schreiben?“

Theo: „Lesen.“

Th.: „Siehst Du, so kannst Du Deine Fehler selber finden. Du liest einfach das, was dasteht und was Du geschrieben hast, und schaust, ob es stimmt. Das ist der Trick: Du bist Dein eigener Lehrer. Versuche es mal; wenn Du etwas abschreiben mußt, schreib Wort für Wort ab!“

3. Ergebnisse der Teilleistungsdiagnostik – therapeutisches Vorgehen

Erste Therapiestunde, vier Wochen später: Ich legte Theo einen *Text zum Abschreiben* vor mit der *Anweisung*: „Schreibe möglichst schnell ab!“ Durch die erhöhte Geschwindigkeit wollte ich provozieren, daß Theo mehr Fehler beim Abschreiben macht. Das Ergebnis war höchst erstaunlich: Theo hatte seine *Abschreibestrategie geändert*. Er schrieb Wort für Wort ab, d.h. im Selbstdiktat, wodurch sich natürlich die *Fehlerzahl erhöhte* (vgl. Abbildung 5, S. 120). Durchschnittlich bei 27 Buchstaben/9 mal geschaut, bei der ersten Abschreibprobe war das Verhältnis: 27 Buchstaben/17 mal geschaut. Theo kann erzählen, worüber der Text geht. Ich bringe mein Staunen und meine Freude darüber zum Ausdruck, daß er Wort für Wort liest und beim Schreiben leise mitlautiert. Theo gibt an, er schreibe jetzt auch in der Schule meist Wort für Wort ab und schaue bei einem Wort höchstens einmal nach, wie ich es ihm aufgetragen habe.

3.1 Ergebnisse

Die *Bilanz* der Untersuchung ist äußerst *positiv*:

Lesen: Theo verfügt über *zwei Lesestrategien*:

- Er ist in der Lage, Wörter, Satzteile auf einen Blick zu erfassen und unmittelbar in Sprache umzukodieren,
- und er verfügt über die Lautierstrategie: d.h. er kann langsam Buchstabe für Buchstabe in Laute umkodieren.

Schreiben:

- Theo lautiert beim Schreiben.
- Er erfaßt beim Abschreiben und beim Lesen den Inhalt des Textes.
- Er erkennt über lautierendes Lesen einen Teil der Rechtschreibfehler – was nicht

① Unbängst hatte ich ein seltsam^{es}
 Erlebnis. Ich befand mich in
 der Umgebung in Griechisch-
 land und wanderte von einem
 Mandri zum anderen. Dort
 merkt man dort die mit
 Linden umgebenen Rastplätze
 der Zigeuner - und Schaffherden. Die
 Zigeuner hatten schon lange
 in mein Land eingezogen, weil sie
 als die besten Geschickten - und
 Mäckerbrenner in den heutigen
 Griechischland gelten.

m: 8

i: 14

Sonst. Fehler 11

② Wenn Vögel hungrig sind, verfolgen
 sie über eine fünfsterliche
 Behendigkeit im Angriff, vor
 allem Einzelgänger wie der
 Würger, die meisten wegen
 Ungeressenen Leben. Da nun
 keine Sterne im Greifmaß zu
 entdecken waren, blieb mir
 nicht anderes übrig, als
 mich völlig ^{aus}Beispiel des Jungen
 auszusparen. Wie im Erz
 gesessen, stand Jungs da und
 stürzte den Tier an.

m: 0 bravo!

i: 8 bravo!

Sonst. Fehler: 9

Abbildung 5: Verlauf der Abschriftübungen

selbstverständlich ist: Häufig lesen Kinder nicht das, was dasteht, sondern das, was sie schreiben wollten, und können daher ihre Fehler nicht auffinden.

- Theo reflektiert sein Verhalten: so nahm er meine Anregung, Wort für Wort und nicht mehr Buchstabe für Buchstabe abzuschreiben, erstaunlich schnell auf und versuchte, sie umzusetzen.

All diese Teilleistungen beim Lesen und Abschreiben erbringt Theo jedoch nur dann, wenn die Koordination der einzelnen Schritte von außen, vom Therapeuten gesteuert wird, also unter *kontrollierten Bedingungen*, d.h., der Therapeut sitzt daneben und achtet auf die Einhaltung der Schritte.

3.2 Beispiel Lesen

Bei einem Leseabschnitt des *Zürcher Lesetests* kommen sehr viele sinnentstellende Falschlesungen vor. Auf meine Nachfrage gibt Theo an, er habe nicht verstanden, worum es im Text gehe. Ich frage nach dem Grund. Theo: „Es waren so viele *Fremdwörter* drin.“ Ich erwidere ihm, daß die Wörter, die er nicht verstanden hat, keine Fremdwörter sind und er etwas anderes gelesen habe, als da stand. Er schaut mich ungläubig an. Ich fordere ihn auf, einen Teil des Textes noch einmal zu lesen: Er liest: „Das *Wildwiblen*. Ein Mann ging in einem Wald spazieren.“ Er will fortfahren zu lesen. Ich frage ihn: „Weißt Du was das ist, ein *Wildwiblen*? Kennst Du das Wort?“ Theo: „Nein“. Ich: „Also schau noch einmal, was da steht!“ Er lautete langsam: „*Waldweiblein*.“ Ich: „Gibts das Wort?“ Theo: „Ja.“

3.2.1 Ziel der Leseübungen

Obwohl Theo über *zwei Lesestrategien* verfügt – er kann relativ *flüssig sinnerfassend lesen* und auch langsam *lautierend lesen* –, wechselt er bei Fehlern von sich aus meist nicht die Lesestrategie. Das hat massive Sinnentstellungen zur Folge. *Ziel der Therapie* ist daher, daß Theo den flexiblen *Wechsel der Lesestrategien* in *eigener Regie* vollzieht.

3.2.2 Ablauf der Leseübungen

Theo liest laut vor, bei Fehlern deute ich auf das falsch gelesene Wort. Schafft er die Korrektur auch beim dritten Versuch nicht, deute

ich mit dem Stift an die Stelle beim Wort, die fehlerhaft war. Meine Intervention ist fast ausschließlich nonverbal. – Interveniert der Therapeut verbal, so wird der Leseprozeß unterbrochen und das Sinnverstehen wird gestört. – Über die äußere Kontrolle wird Theo darauf hingewiesen, wann ein *Wechsel der Lesestrategien* angesagt ist. Theo soll darüber lernen, sein *Sinnverstehen einzusetzen* und das Gelesene einer ständigen Kontrolle zu unterziehen: „Kenne ich das Wort? Ergibt das Gelesene einen Sinn?“ Ist seine Antwort: „Nein, ich kenne das Wort nicht“, so ist damit der Wechsel der Lesestrategie angesagt.

3.3 Abschreibübungen

3.3.1 Ziel der Abschreibübungen

Auch bei den Schreibübungen steht der Aufbau einer angemessenen Handlungsstrategie im Vordergrund: *Durch Abschreibübungen* soll die Integration der vorhandenen Teilleistungstärken beim *Abschreiben* im *Selbstdiktat* verbessert werden. Ziel ist auch hier, über die *Fremdkontrolle* eine Strategie zur Fehlerkorrektur aufzubauen und sie zunehmend in *Eigenkontrolle* zu überführen.

3.3.2 Ablauf der Schreibübungen

Am Zeilenende notiere ich die Fehlerzahl. Theo liest das Geschriebene, ohne die Textvorlage einsehen zu können und sucht nach den *Fehlern*. Ich frage bei jedem Wort: Stimmt das Wort? Er findet fast alle Fehler selbständig. Bei der zweiten und dritten Abschrift, die Theo zu Beginn der wöchentlichen Therapie stunde macht, markiere ich am Zeilenende die Anzahl der Fehler, die Theo meist ohne näheren Hinweis darauf, welches Wort in der Zeile falsch geschrieben ist, findet (vgl. Abbildung 5). Nach der Abschreibprobe werden die Fehler vermerkt: Die häufigste Fehlerart ist „n“ statt „m“ und Auslassen der Oberzeichen. Die restlichen Fehler werden unter „sonstige Fehler“ zusammengefaßt.

1. Abschrift: *Fehler* m/n: 8, Oberzeichen 14, sonst. Fehler 11;
2. Abschrift: *Fehler* m/n: 0, Oberzeichen 8, sonst. Fehler 9;
3. Abschrift: *Fehler* m/n: 2, Oberzeichen 8, sonst. Fehler 2.

Diese Kategorisierung der Fehler soll eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die häufigste Fehlerart, auf m/n und Oberzeichen bewirken. Eine weitere Maßnahme soll diese Fokussierung unterstützen:

3.4 Lautgebärde

Für „m“ wird eine *Lautgebärde* eingeführt: die ausgestreckten Zeige-, Mittel- und Ringfinger der Hand, mit der nicht geschrieben wird, an den Mund führen und gleichzeitig das „m“ lautieren. Die Lautgebärde versucht die *Verbindung von Laut und Buchstaben* über *zusätzliche Kanäle (Modalitäten)* herzustellen:

- als *grobmotorisches* Muster: Bewegung von Arm, Hand, Fingern,
- als ein selbständiges *kinästhetisches* Muster, das visuell kontrolliert werden kann,
- als Gebärde, die Ähnlichkeit mit der Form des Buchstabens „m“ aufweist (visuell-kinästhetisch).

3.5 Kognitive Komponente

Mit Theo werden alle therapeutischen Maßnahmen zum Lesen und Schreiben ausführlich besprochen. Es muß *Theo bewußt gemacht* werden,

- daß er Teilstücke des Schreibprozesses bereits beherrscht;
- daß er diese *Teilleistungsstärken kompensatorisch* und als Hilfe zum Erlernen des Lesens und Schreibens *einsetzen* kann;
- daß er in seinem Wortschatz und seinem *Sinnverständnis* einen *brauchbaren Maßstab* besitzt, Fehler beim Lesen und Schreiben aufzufinden.

4. Diagnostische Maßnahmen zur Verbesserung des freien Schreibens und des Diktatschreibens

4.1 Analyse von Theos Rechtschreibfehlern

Die *herkömmliche Kategorisierung* der Rechtschreibfehler in Wahrnehmungs-, Merk- und Regelfehler reflektiert m.E. nicht auf die *Systematik* des Prozesses des Schreibenlernens und gibt daher bei Rechtschreibschwächen keine detaillierten Hinweise auf zugrun-

deliegende Teilleistungsschwächen. Dagegen erlaubt mir *die Auswertung nach meinen eigenen Kriterien* festzustellen, an *welchem Punkt des Schreiblernprozesses* Theo angelangt ist. Ich möchte hier die einzelnen Schritte des Schreiblernprozesses nur kurz andeuten: Angefangen bei der *Zuordnung* der Laute „a, b, ts“ zu den Buchstabenformen a, b, c, über *Lautanalyse*, serielle Analyse und Zuordnung, über *Abruf* der Laut-Buchstabenverbindungen, bis zu *Regelfehlern* mit ihren unterschiedlichen *Schwierigkeitsgraden*, die auch wiederum in unterschiedlichsten Teilleistungsschwächen begründet sein können.

Die Fehleranalyse bei Theo zeigte, daß er selbst mit den ersten Schritten des Schreiblernprozesses *Probleme* hatte, nämlich

- *bei Laut-Buchstaben-Verbindungen*, die nicht im Verhältnis 1:1 umkodiert werden, aber dennoch eindeutige Laut-Buchstaben-Verbindungen darstellen wie „pf“ zu p-f, „ng“ zu n-g und
- bei Einzellauten und Koartikulationen, deren Umkodierung festen Regeln folgt wie „ngk“ in winken (wenn auf „ng“ der Laut „k“ folgt, wird es „nk“ verschriftet) oder „scht“ in „Stein“ („sch“ wird im Anlaut, wenn ein „t“ folgt, mit s-t verschriftet).

Die Frage war nun: was ist die *Ursache* für Theos Umkodierungsprobleme? Wie können sie angegangen werden? In seinen Unterlagen wird von einer auditiven Wahrnehmungsschwäche berichtet.

4.2 Untersuchung der auditiven Differenzierungsfähigkeit von Sprechlauten

Die Untersuchung der auditiven Differenzierungsfähigkeit ergab keine auditive Differenzierungsschwäche für Sprachlaute. Theo kann problemlos gleiche und unterschiedliche Laute auditiv unterscheiden. Wie ist es zu erklären, daß bei Theo eine auditive Differenzierungsschwäche diagnostiziert worden war?

Die Diagnose „auditive Differenzierungsschwäche“ wird häufig fälschlicherweise aufgrund von Fehlern in der Rechtschreibung und undeutlicher Artikulation in der Spontansprache vergeben. Oft zeigt sich jedoch bei

genauerer Diagnostik, daß die *eigentliche Schwäche im produktiven Bereich*, also bei der Umkodierung des Gehörten in Schrift bzw. in der sprechmotorischen Umsetzung zu suchen ist. Heute wird häufig von einer *intermodalen Schwäche* gesprochen.

4.3 Untersuchung der Spontansprache

Theos *Spontansprache* ist *verwaschen*, beispielsweise macht er keine eindeutige Unterscheidung von n-m, f-pf. Recht klar dagegen ist seine Sprache, wenn er bewußt-willkürlich artikuliert: beim Vorlesen oder wenn er sich um eine deutliche Aussprache bemüht. Außerdem verfügt Theo über eine gute passive Sprachkompetenz, sein passiver *Wortschatz* ist recht groß.

4.4 Lautanalyse und Lautselektion

Teilleistungsschwächen fanden sich bei der Untersuchung seiner Fähigkeit zur Lautanalyse und zur Lautselektion. Ein Beispiel: Ich stellte ihm eine *Abbaufgabe*: „Laß einen Laut nach dem anderen weg, wie „Bus-Bu-B“. Bei Wörtern mit abwechselnd Mitlaut und Selbstlaut schafft Theo diese Aufgabe problemlos: „Wagen-Wage-Wag-Wa-W“. Bei *Koartikulationen* hat er Probleme: „Traube-Traub-Trau-T“, er korrigiert „Ta-Tr, nein Tra-T“. Dieses Phänomen des Hinzufügens und Weglassens von Lauten konnte auch beobachtet werden, wenn Theo Wörter mit Mitlauthäufungen lautete und schrieb.

4.5 Ergebnis der diagnostischen Maßnahmen

Theos Schwierigkeiten bei der Umkodierung des Wortklangs in Buchstabenfolgen sind nicht in einer Wahrnehmungs- oder Sprachstörung begründet, sondern sind Probleme bei der Lautanalyse und -synthese und der Umkodierung in Buchstabenfolgen.

5. Therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung des freien Schreibens und des Diktatschreibens

Wie bei den therapeutischen Maßnahmen zum Lesen und zum Abschreiben wurden auch zur Verbesserung des Diktatschreibens und des freien Schreibens Theos Teillei-

stungsstärken – an diesem Punkt seine spontansprachliche Kompetenz – zur Kompensation seiner Schwierigkeiten bei der Lautanalyse und der Umkodierung in Buchstaben eingesetzt.

5.1 Aufbau von Buchstaben-Laut-Verbindungen über Signalwörter

Die Fehleranalyse hatte ergeben, daß Theo Probleme bei der *Zuordnung von Einzellauten und Koartikulationen zu Buchstabenkombinationen* hat.

5.1.1 sch, st, sp im Anlaut

Einige Beispiele aus dem Rechtschreibtest: Theo schrieb: *Safner*, statt *Schaffner*, *absid* statt *Abschied*, *Schtraße* statt *Straße*. Der reine sch-Laut im Anlaut wird immer mit sch verschriftet. Folgt nach dem sch-Laut ein t wie in „Straße“ oder ein p wie in „Sport“, so wird der sch-Laut mit s verschriftet. Theo versuchte bisher vergeblich, den sch-Laut richtig zu verschriften. Wann jedoch sch mit sch und wann sch mit s verschriftet wird, scheint ihm ein Rätsel. Mal macht er es richtig wie bei „*Schall*“, mal falsch wie bei „*Safner*“. In der Schule ist dieses Problem nicht mehr Gegenstand des Deutschunterrichts. Theo besucht ja inzwischen die 7. Klasse der Hauptschule.

Da Theo Probleme mit der artikulatorischen Lautanalyse und Lautselektion hat, nicht jedoch mit der auditiven Lautanalyse, arbeite ich mit Signalwörtern. Das geht so: Gemeinsam mit Theo werden Wörter ausgesucht, die mit folgenden Lauten beginnen: sch – st – str – sp – spr.

Signalwörter man spricht – man schreibt:

<i>sch</i> – Schule	<i>Schule</i> – Schule
<i>st</i> – Stein	<i>Schtein</i> – Stein
<i>str</i> – Straße	<i>Schtraße</i> – Straße
<i>sp</i> – sparen	<i>schsparen</i> – sparen
<i>spr</i> – Sprudel	<i>Schprudel</i> – Sprudel

Theo bekommt ein *Kärtchen* mit den Wörtern, das er bei den Übungen vor sich liegen hat. Seine Aufgabe ist es nun: Über diese sogenannten *Signalwörter* die fraglichen Laute in anderen Wörtern wiederzuerkennen.

5.1.2 ng und nk

In derselben Weise wie bei den sch-Lauten wird mit den *ng-* und *nk-Lauten* verfahren. Als *Signalwörter* werden gemeinsam mit Theo „singen“ und „winken“ ausgesucht. Beispiele für Fehler: Sinknale statt Signale; beteglich statt bedenlich. Wenn die Zuordnung der feststehenden Lautverbindungen gelingt, ist das der erste wichtige Schritt zur Rechtschreibung, nämlich das *lauttreue Schreiben*. Es ist ein Schreiben, das Regeln wie Groß-/Kleinschreibung, Dehnungs-h, s/ss/ß außer acht läßt, aber beherzigt, daß die deutsche Schrift eine Lautschrift ist.

5.2 Silbentrennung als Hilfe zur Lautanalyse

Als zweite therapeutische Maßnahme erarbeite ich mit Theo die *Silbentrennung als Hilfe zur artikulatorischen Lautanalyse*. Hier ein Beispiel für Buchstabenauslassungen und -einfügungen: „bafuß statt barfuß“, „etwar statt etwa“. Durch Auftrennung der Wörter in Silben entstehen *kleinere Klangeinheiten*,

- die sich häufig wiederholen (typische Morpheme der deutschen Sprache) wie be-, ge-, ent-, vor-, ein-;
- die auch als selbständige Wörter vorkommen wie „bar“ in „barfuß“.

Die Analyse der Lautfolge und das Umkodieren in die entsprechende Buchstabenfolge wird dadurch erleichtert.

Welche Schwierigkeiten treten auf? Welche Hilfen nimmt Theo an? Theo kann spontan den Satz: „Ich esse gerne Schokoladenkuchen“ nicht in Silben getrennt sprechen. Über *Lieder* „Al-le mei-ne Ent-chen“ und Robotersprache, die jedem Kind aus den Science-fiction-Filmen vertraut ist, findet Theo den Zugang zum Silbentrennen. Bereitwillig nimmt er den durch Klopfen vorgegebenen *Rhythmus* auf und klopft beim Silbensprechen mit. Sobald er aufhört zu klopfen, gelingt ihm das Trennen nicht mehr. Beim Versuch, das Wort „Lokomotive“ in Silben zu trennen, spricht Theo sehr langsam, eine Silbe bzw. ein Laut geht verloren: Lo-mo-ti-ve statt Loko-mo-ti-ve, ge-re-net statt ge-reg-net. Ich habe den Eindruck, daß Theo beim Zerlegen eines Wortes in Silben der *Gesamtwortklang*

nicht mehr gegenwärtig ist, daß eine *Verfremdung* entsteht. Auf meine Frage hin bestätigt mir Theo diesen Eindruck. Es besteht also die Gefahr, daß für Theo das Zerlegen der Wörter in Silben zu einer zusätzlichen Fehlerquelle wird. Ich fordere ihn daher auf, zunächst *schnell zu sprechen*, so daß der Wortklang erhalten bleibt, und dann die Silben zunehmend deutlicher voneinander abzusetzen. Sobald der Wortklang verloren zu gehen droht, ruft sich Theo das Wort wieder als Ganzes in Erinnerung.

Nachdem Theo mit der mündlichen Silbentrennung keine Probleme mehr hat, wird die Trennung als Schreibhilfe eingesetzt. Ich gebe ihm die Wörter vor, die er im Rechtschreibtest falsch geschrieben hat. Der Erfolg liegt auf der Hand; Beispiele: Buchstabenfolge im Rechtschreibtest: Gesutheit (Gesundheit), furubging (vorüberging); Buchstabenfolge nach mündlicher Silbentrennung: Ge-sunt-heit, fo-ru-ber-ge-hen (vorübergehen).

6. Schlußbemerkung

Die hier beschriebenen Maßnahmen zur *Diagnose* und *Therapie* einer schweren Lese-Rechtschreibschwäche auf Basis des *Teilleistungskonzepts* wurden in den ersten drei Monaten durchgeführt. Theo wird weiterhin einmal wöchentlich von mir therapeutisch betreut. *Erste Erfolge* sind deutlich sichtbar: Schon nach vier Wochen erzählte Theo stolz, daß er in einer Woche ein ganzes Buch gelesen habe. Der Leseeifer hält an. Wie die Erzieherin berichtete, ist Theo zu einer Leserate geworden. Er lese lieber, als sich an Gruppenaktivitäten zu beteiligen, während er früher freiwillig kein Buch in die Hand genommen habe.

Zu Anfang der Therapie hatte Theo starke Zweifel geäußert, daß er jemals schreiben lernen werde. Theo hat neuen Mut gefaßt, denn er *hat* gemerkt und *erfahren*, daß *es auch für ihn einen Zugang zum Rechtschreiben gibt*. In allen therapeutischen Maßnahmen:

- sei es das Üben des Wort-für-Wort-*Ab-schreibens*,
- sei es der Aufbau einer angemessenen Handlungsstrategie beim *Lesen*,

- sei es das Erlernen von Laut-Buchstaben-Umkodierungen über *Signalwörter*,
- sei es das *Auftrennen* der Wörter in Silben mit Hilfe von *Rhythmusklopfen* und *Sprechgeschwindigkeit* –,

überall konnte Theo die für ihn neue und erstaunliche Feststellung machen, daß er über *Teilleistungstärken* verfügt, die er kompensatorisch einsetzen kann. Ja, daß selbst seine *Sprache*, die bisher viel bemäkelt und kritisiert worden war – „Du nuschelst so, man versteht Dich nicht“ –, ihm gute Dienste beim Erlernen der Rechtschreibung leisten kann.

Literatur

Berger, E. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Bern, Stuttgart, Wien 1977.

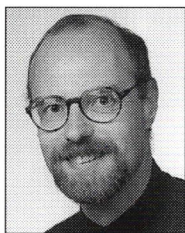
Luria, A.R.: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin 1970.

Weigl, E.: Zur Schriftsprache und ihrem Erwerb – neuropsychologische und psycholinguistische Betrachtungen. In: Eichler, W., Hofer, A. (Hrsg.): Spracherwerb und linguistische Theorien. München 1974, 94-173.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Hildegard Kassel
Clemensstraße 6
80803 München

Dr. Hildegard Kassel ist Klinische Psychologin und als Legasthenietherapeutin im Kinderhaus München (Legastheniezentrum), Menzingerstraße 139 in 80997 München tätig.



Stephan Baumgartner, München

Sprachheilende Interaktionen in der pädagogischen Moderne

Zusammenfassung

Wir erleben in unserer sprachheilpädagogischen Praxis, daß die sprach- und kommunikationsfördernde Beziehungsgestaltung eine anspruchsvolle und krisenhaft angereicherte Schwerarbeit geworden ist. Wir initiieren sie in einer pädagogischen Moderne, deren Merkmale u.a. Universalisierung, Wertepluralismus, stärkeres kindliches Selbstbewußtsein, veränderte Sprach- und Sprechkultur und ein Trend zur individualisierten Person sind. Unsere Antwort darauf sollten sprachtherapeutische Prinzipien sein, die sich im Sinne des Reformpädagogischen bewährt haben und mit denen wir, erfahrungssicher, komplexe sprachheilende Interaktionen erfolgreich bewältigen können.

1. Problemstellung

In einem für die Sprachheilpädagogik sehr traditionellen und für die Heilpädagogik insgesamt wieder ganz zeitnahen Sinne kann der Terminus „sprachheilende Interaktion“ bewußt für eine Heilkunst des „Ganzmachens“ unter erschwerten Sprachlernbedingungen benutzt werden. Im „System Heilpädagogik“ (Speck) richtet die Sprachheilpädagogik ihr Interesse auf Personen mit spezieller Sprach-erziehungsbedürftigkeit. Wir initiieren als Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen absichtsvolle und zweckmäßige Sprachbeziehungen zum Erreichen individueller Sprachlernziele (vgl. Baumgartner 1994). Wir beherrschen mit unserer professionell ausgeführten Tätigkeit zwei Aufgaben: die einfachere einer auf der Analyse sprachlicher Daten aufbauenden systematischen Auswahl sprachlicher Strukturformen und die ungleich schwierigere der Vermittlungsprozesse, die zu den heilpädagogischen Aspekten sprachtherapeutischen Handelns erst führen (vgl. Hansen 1994; Baumgartner/Füsse-nich 1992).

Pädagogik, die zur Entwicklung von Identität und zur Mitgestaltung des gesellschaftlichen

Lebens befähigt, macht Veränderungen durch, die tiefgreifende Wandlungen von Umwelt, Gesellschaft und Lebensformen bedingen (vgl. Bleidick 1994). Unsere Spracherziehungskultur, und ihr Anliegen einer besonderen sprach- und kommunikationsfördernden Beziehungsgestaltung, ist davon intensiv berührt. Moderne Zeiten vitalisieren außerdem ein altes pädagogisches Dilemma, in dem Erziehende immer standen und stehen: Sie klagen Erziehungstechno- und -rezeptologie ein und verweisen gleichzeitig auf die Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit der am Erziehungsprozeß Beteiligten.

Sprachheilende Interaktionen haben in einer rapide sich verändernden Welt ihre Risiken. Beziehungsarbeit ist gerade heute Schwerarbeit. Wir wollen denen entgegenreten, die in der Rolle des Pädagogen „schlicht eine Fehlbesetzung sehen“ (Pongratz 1989, 17). Wir wollen uns vielmehr als Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen auf die Suche nach der professionell ausgeführten Kunst der „geplanten Inszenierung sprachlicher Lehr-Lernprozesse“ (Dannenbauer 1994, 85) begeben. Heilpädagogik müßte ihre in 130 Jahren gewachsene Rolle eines „Erziehungsexperimentes“ beibehalten. „Was die Heilpädagogik leistet, soll und wird der Gesunderziehung zu Gute kommen“ (Georgens und Deinhardt 1863, 226; zit. nach Hillenbrand 1994, 54). Wir wollen Vordenker und praktische Vorarbeiter pädagogischer Reformen bleiben.

2. Anmerkungen zur Pädagogik der Moderne

Das Einlesen in die 1200 Seiten der von Leo Roth (1991) herausgegebenen „Pädagogik: Handbuch für Studium und Praxis“ oder in

das Inhaltsverzeichnis der 1400 Seiten umfassenden „Bildung und Erziehung an der Schwelle zum dritten Jahrtausend“ von *Seibert/Serve* (1994) offenbart eine differentielle Pädagogik, in der ein Diskurs über das, was Pädagogik in der Moderne ist, schier zerreißt. Zwar wird es ihn geben, dessen darf man aus eigener Erfahrung noch sicher sein, aber er ist nicht klar zu identifizieren. Pädagogik ist am Ende dieses Jahrhunderts, auch aufgrund ihrer unübersichtlichen Vielfalt, ein wenig sprachlos geworden.

2.1 Universalisierung

Pädagogik ist universalisiert. Neben der Schul-, Sozial- und Behindertenpädagogik steht die Bindestrichpädagogik der Sportvereine und Musikschulen, der Förderkreise für unsere Kleinen, die Großindustrie der Fort- und Weiterbildung, das Lernangebot im Gesundheits-, Freizeit- und Kulturbereich. Wir wollen ein lernend Volk sein, ein Volk, „das sich ständig darum bemüht, sich unter Anleitung zu verändern“ (*Winkler* 1993, 140). Dank seiner Universalisierung sind pädagogische Einflüsse vielfach unsichtbar, werden nicht als Erziehung begriffen und thematisiert. Die Folge ist, „daß die Leistung von Erziehung und Unterricht diffus, ja nicht einmal bewertbar wird“ (ebd., 141). Zudem erweist sich Erziehung immer noch als technologieschwach, und ihre Gesetzlosigkeit in der alltäglichen Anwendung bereitet uns Sorge. Wir schwanken in Erziehungsfragen zwischen Suchen, Zweifeln, Standfestigkeit und Weichenstellung. Die Vorstellung einer Pädagogik der Belehrung hat der einer Hilfe für andere, sich selbst zu verändern, Platz gemacht. Wir proben uns in Erziehungsentwürfen und „beweglicher“ Erziehung.

2.2 Pluralismus der Werte

Pluralismus ist eine Tatsache. Menschen machen in einer hochentwickelten Gesellschaft zwischen und innerhalb einer Generation voneinander zum Teil erheblich unterschiedliche Erfahrungen. Wir haben nicht ein Wertesystem, wir haben mehrere, was den Konsens über Ziele erschwert. Der gesellschaftliche Wandel erfordert die Anpassung an sehr viel mehr heterogene Handlungsbe-

reiche als früher. Die Erlebnisgesellschaft verlangt nach Interessantem, subjektiv Lohnendem, nach stets neuen materiellen Gütern, Schnellebigem. Zwangsläufig sollen auch Unterricht und Therapie unterhaltsame Veranstaltungen sein.

Individualisierung und der Verlust traditioneller Sicherheit gehen Hand in Hand. Die soziale Vereinzelung nimmt zu. Soziales Miteinander ist ungeschützter als früher. Kleinfamilien fehlen eher die Grunderfahrungen der gemeinsamen Freude, des gemeinsamen Trostes, Streitens und Teilens mit den Geschwistern. Die Verunsicherung durch wechselnde Erziehungsmuster, das offensichtliche Versagen nicht weniger Eltern bei der Vermittlung verpflichtender Werte steigt. Eltern und Großeltern sorgen häufiger für die egozentrische Verwirklichung ihres eigenen optimalen Selbst, die Pflege ihres wahren „inneren Kerns“. Vormalig starre Rollenverteilungen ersetzen heute partnerschaftlichere Beziehungen. Die Opferbereitschaft der nach mehr Unabhängigkeit strebenden Frau läßt nach. Dressurmethoden sind kein Mittel zur Bewältigung des gewandelten sozialen Miteinanders.

2.3 Die „neuen Kinder“

Viele Kinder haben ein verändertes Selbstbewußtsein. Lehrer porträtieren die „neuen Kinder“, so auf dem kürzlich abgehaltenen Symposium „Zukunft der Lehrerbildung“ an der Universität Münster, als „nervöse kleine Egoisten“. Im Trend sind Kinder dominanter als noch vor einigen Jahren, reagieren aggressiver auf die Aufforderung, sich mehr Mühe zu geben oder sich selbst zurückzunehmen. Sie sind weitgehend selbst verantwortlich für ihre Zukunft geworden. Die Heranwachsenden wollen als Individuen mit eigenen Rechten, Eigenarten, eigenen Gefühlen und eigenem Willen ernst genommen werden, nicht zuletzt denke ich auch an die Kinder anderer kultureller Herkunft.

Empirischen Untersuchungen zufolge stehen in der Hierarchie persönlicher Werte Selbstständigkeit, Mitbestimmung, Lebensgenuß und ein erfülltes Leben ganz oben (vgl. *Schmetz* 1993; *Psychologie Heute*, März-Heft 1993). Für die Zielsetzung sprachheilender

Interaktionen merken sollten wir uns auch noch das Begehren nach wenig Streß, Lust am Erleben des eigenen Körpers und das Engagement für bessere Gesundheit. Nachdenklich stimmt in der Auflistung persönlicher Werte ein Gedanke *Keupps* (1993, 373), daß die „Freiheitsgrade des Handelns“ ein „hohes Maß an Selbstverantwortung und damit auch klarer Vision der Erfüllung und des Versagens“ aufbürden.

2.4 Das lange Band der Reformpädagogik

Die Sprachheilpädagogik, die ihre erzieherischen, unterrichtlichen und therapeutischen Zielsetzungen in den Begriffen „naturgemäß, anschaulich, selbsttätig, ganzheitlich, interessant, entwicklungsorientiert“ führt, kann auf ein langes Band des pädagogischen Reformpostulats, das dieses Jahrhundert durchzieht, schauen. Die Diskussion um immer wieder gleiche oder ähnliche Zielsetzungen wurde und wird in Pädagogik und Heilpädagogik fast stetig geführt. Allerdings ist sich gerade die publizierende Elite dieser Kontinuität selten bewußt und stilisiert gerne zur Selbstaufwertung den gar nicht so neuen Neuanfang. Es fehlte so gut wie nie an der Vision, im Unterricht Lebensprobleme des Kindes zu beantworten. Lebensprobleme überlagern die Lernprobleme (*Hartmut v. Hentig*). Öffnet die Schule, lernt exemplarisch, kehrt zurück zur Sinnlichkeit, Ruhe und Ganzheitlichkeit! Seid skeptisch gegenüber bürgerlichen Tugenden wie Fleiß, Pünktlichkeit, Gründlichkeit, Ordentlichkeit und Autorität! Laßt euch auf Unbekanntes ein, lernt miteinander, findet euch selbst, lernt das Lernen (vgl. *Oelkers* 1989, *Röhrs* 1991)!

2.5 Geschwindigkeitsopfer

Wer, wenn nicht die Behindertenpädagogik, kennt die Verlierer einer individualisierten Gesellschaft, die weder zu Hause noch in der Schule angeregt werden, eigenständig Interessen zu finden, Perspektiven für eine befriedigende Lebensgestaltung? Es sind die Menschen, denen es schwerer fällt als anderen, was das moderne Leben fordert: Immer wieder selber die Ressourcen für die persönliche Integrität und Zufriedenheit zusammenzusuchen. Sie leiden mehr unter dem, was *Ulrich Beck* als unsere schamlose „Okay-Moral“ be-

zeichnet, unsere „organisierte Unverantwortlichkeit“. Ein Machbarkeitskult verdrängt Angst, Tod, alles, was nicht sympathisch, munter und fit ist. In Formulierungen von der drastischen Schärfe eines *Luthers* prangert *Horst-Eberhard Richter* in seinem Buch „Umgang mit Angst“ (1992) das „Zeitalter der Verdrängung“ an, seine „Beschwichtigungs- und Zerstreuungsindustrie“, seine „Kultur der Unbarmherzigkeit“ mit dem „qualligen, superrelativistischen Mehrzweckmenschen“. Heilpädagoginnen und -pädagogen sind davon betroffen, daß behinderte Menschen wie „... erratische Blöcke in eine Soziallandschaft hineinragen, deren Wesenselemente Bewegung, Tempo und Veränderung sind“ (*Kobi* 1991, 68; zit. nach *Fragner* 1992, 48). Sie stehen quer in der schnellebigen, kurzweiligen, unterhaltsamen, vielfach nichtssagenden Kommunikation der Zeit. Sie sind „Geschwindigkeitsopfer“ (*Fragner* 1992, 50).

2.6 Kein Ende der Erziehung?

Werte ändern sich. Man muß nicht zwangsläufig Verfallserscheinungen bedauern. Werte verfallen immer, denken wir an die, die mit alltäglichem Geschmack zu tun haben. Wir kommen dem Wertewandel nicht mit einfachen, eleganten Modellen bei; schon gar nicht mit dem einprägsamen Bild von einem hin und her schwingenden Pendel. Es führt kein Weg zur alten Werteordnung zurück.

Suche ich mit Studentinnen und Studenten der Sprachheilpädagogik nach Beispielen, die den Verfall von Pflicht- und Akzeptanzwerten belegen (Beispiele aus dem persönlichen Erfahrungsbereich), so wachsen skeptische Positionen, erhebt man Zweifel an der These vom „Ende der Erziehung“ (*Giesecke*). Man liefert im Gegenteil Beweise für eine selbstbewußte Entscheidung zur Tugend der Pünktlichkeit, Anpassungsbereitschaft, Pflichterfüllung, Disziplin und Bescheidenheit. Es gibt Bekenntnisse zu einem selbst als pädagogische Instanz, zu einem persönlich verantworteten Umgang mit sich und anderen. Die Verluste pädagogischer Sinnhorizonte halten sich in Grenzen. Natürlich: Wir entdecken Unsicherheiten, Beunruhigendes, schwankende Verhaltensweisen, Pluralitäten im Nebeneinander und viel mehr als früher Hilfen für methodisch geordnetes Lernen. Die

zukünftigen Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen gestalten in einer vordergründigen Vorzeigewelt, zu der auch die unwirtlich hierarchisch und anonym verwaltete Universität gehört, ihren persönlich geprägten Lebensraum, in dem der Humanismus möglichst wenig hinunterdefiniert worden ist. Sie üben Selbstausdruck, kultivierte Konfliktbewältigung, Kompromißverhandlung und Verzicht auf Gewalt. Sie ziehen das den Programmformeln Wertkonservativer mit ihrem subtilen pädagogischen Machtapparat zur Normalisierung und Normierung von Menschen vor. Sie stehen wieder, wie schon *Georgens* und *Deinhardt* vor 130 Jahren, in Einklang mit den Reformideen der Erziehungswissenschaft unserer Zeit, die „den Zusammenhang von Entwicklung des Individuums und der gewünschten humanen Kultur mittels Erziehung herzustellen“ bemüht ist (*Hillenbrand* 1994, 45).

3. Beziehungsarbeit in der Sprachheilpädagogik

3.1 Die Selbsterziehung des Kindes

Die alte Binsenwahrheit, nach der am wenigsten wichtig die Therapiemethode und am wichtigsten die sie handhabende Person ist, hat ein wenig die andere Person, auf die die Methode gerichtet ist, verdrängt. Heute steht man der Ressourcen-Variable des Klienten wesentlich mehr Bedeutung als der des Therapeuten zu (vgl. *Grawe et al.* 1994; *Kächele* 1992). Das Wissen „um die Konstitution flexibler Subjekte, die in reflexiver Steuerung autonom ihre Biographie gestalten“ (*Winkler* 1993, 147) hat bemerkenswerte Spuren hinterlassen. Kinder erzeugen jedes Verhalten, einschließlich des sprachlichen, im Sinne des Autonomiepostulats (*Speck* 1991) insoweit selbst, als sie nur in ihr Sprachsystem das integrieren, was ihrem Selbst- und Weltverständnis entspricht. Professionelles Angebot wirkt nur, wenn es „persönlich glaubwürdig und überzeugend vermittelt wird“ (*Keupp* 1993, 368).

Kinder benutzen ihre Umgebungssprache selektiv, machen aufgrund ihrer Bedürfnisse, ihrer persönlichen Verarbeitungsstile, ihres Weltwissens den „input“ zum „intake“. Sie erschließen über ihre Ressourcen formale Ei-

genschaften der Umgebungssprache, segmentieren, identifizieren, kategorisieren, testen Hypothesen. Ihr Sprach-Gehirn gibt keine Ruhe, „es spricht permanent mit sich selbst“ (*Maturana*). Die internalen Vorgänge „sind Eigenaktivitäten des Kindes, die es notwendigerweise zu erbringen hat, da ihm ohne sein Zutun kein sprachliches Wissen implantiert werden kann“ (*Dannenbauer* 1994, 85; vgl. auch *Hansen* 1994; *Baumgartner/Füsse-nich* 1992).

Die Grenzen sprachtherapeutischer Kontrollmöglichkeit liegen dort, wo „mein“ Verhalten endet und „sein“ Verhalten beginnt, und somit resultiert das grundsätzliche Spannungsverhältnis eines jeden erzieherischen Prozesses in den Veränderungsansprüchen von Personen einerseits und deren Unkontrollierbarkeit andererseits. Bereits sehr früh erkannten Heilpädagogen wie *Georgens* und *Deinhardt* (1861; in *Hillenbrand* 1994, 39) die Befähigung der ihnen Anvertrauten „zur individuellen Selbstständigkeit“. Lange bevor *Rothe* 1929 den Begriff der Umerziehung für die Sprachheilpädagogik besetzte, sahen die beiden in der „Umbildungsfähigkeit“ ihrer Zöglinge eine spezifische Potenz, eine positive Energie, mit der man auf das „Übel“ reagiert: Ansätze eines aktiven, handelnden Menschen, für den eine individuelle Behandlung nötig ist, „... dass er Produzent seiner selbst sein kann und sein muß“ (ebd., 42).

„Auswählen können“ ist für uns ein bedeutsames Merkmal des Menschseins. Es gibt eine Wahl zwischen *Möglichkeiten* im Rahmen eines von innen und außen kommenden Anpassungsdruckes. Wir leben mit der widerständigen Wahlmöglichkeit des „Neins“ und glauben, daß sprachheilende Interaktionen, die „Sinn“ erzeugen und Wahlmöglichkeiten bieten, ein Höchstmaß an Lernenergie freisetzen.

3.2 Persönliche Arbeitsstile

Die Autonomie des Kindes ist gebunden an die des Erziehers; Selbsterziehung des Kindes funktioniert in Interaktions- und Kommunikationserfahrungen mit der Selbsterziehung des Pädagogen. Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen haben durchweg eine hohe Meinung vom positiven Zusammen-

hang zwischen einer guten Beziehung und dem Sprachlernerfolg (vgl. *Grohnfeldt* 1989; *Baumgartner/Füssenich* 1992). Glaube kann Berge, aber nicht Berge von Wissen ersetzen. Für uns beruhigend, festigt die Psychotherapieforschung in mehr als tausend empirischen Untersuchungen unsere Meinung zur Qualität der Therapiebeziehung (vgl. *Grawe et al.* 1994). Die Regeln der Kunst beherrscht, wer Beziehung reflektiert und gekonnt einsetzt. Sind wir ausreichend auf einen interaktiven Kontext vorbereitet, in dem stärker Persönliches, Sprach-Subjektives und emotional Getöntes geschaffen werden? Dialogische Sprachhandlungen sind tiefer, persönlichkeitsnäher als Sprachverhaltensreglementierung und lehrerzentrierte Sprachübung. Heimliche Wirkfaktoren, auf der Seite des Klienten z.B. Leidensdruck, Selbstwahrnehmung, Therapieerfahrung, Offenheit, Ausdauer, Glaube an die Möglichkeit eigener Veränderung und auf der Seite des Therapeuten z.B. Geschlecht, Respekt vor dem Klienten, Bereitschaft zur eigenen Veränderung, großes Methodenrepertoire (vgl. *Lang* 1990; *Schulte* 1991; *Huf* 1993), bezeugen, daß es für sprachheilende Interaktionen kein einfach zielgerichtetes und strukturiertes Lernfeld im Rahmen einer im wesentlichen vernünftigen, kontrollierten und störungsfrei gehaltenen Beziehung gibt. „Auf welche Weise Therapiegrundlagen zu sichern sind, ist individuell sehr unterschiedlich zu bestimmen. Konkrete Handlungsanweisungen nützen hier der Therapeutin viel weniger als Erfahrung, soziales Geschick und Einfühlungsvermögen, denn es handelt sich um einen sehr intimen Prozeß“ (*Dannenbauer* 1994, 88).

Die dialogerfahrene Praktikerin verläßt Techno- und Rezeptologiedenken und entwickelt situationsangemessene, augenblicksbezogene Sprachhandlungsmuster. Wir müssen vom Faktum persönlicher Arbeitsstile ausgehen, von der Realität einer Art von „Gespür“ für das sprachtherapeutisch Notwendige! Die publizierende Therapiewissenschaft tut sich in ihrem Anspruch auf „harte“ Fakten mit einer solchermaßen beziehungsdurchwobenen, renitenten Praxiswirklichkeit schwer. Ihr fehlt in erheblichem Maße das Verständnis für die Bedeutung der Lebens- und Selbsterfahrung, die Grundlagen für die eigenen Therapiemo-

delle sprachheilpädagogisch Tätiger werden, und das Methodeninventar für deren Erforschung. Wo sind denn die Konzepte für das Training z.B. in der Ausbildung der Studierenden und in der Weiterbildung der Berufspraktiker für den wichtigsten Therapiefaktor, die persönliche Beanspruchung der eigenen Person der in der Kommunikation Handelnden? Welches Lehrbuch bietet mehr als den gängigen Hinweis auf eine freundlich-gutmütige, fürsorgliche Beziehung, und wer verläßt die zwar wissenschaftlichen, aber spitzfindigen Denk- und Sprachfiguren und berichtet über die Bewältigung allgegenwärtiger Therapie- und Erziehungskrisen? Die persönlich geprägte Sprachlern- und Kommunikationsbiographie ist Teil unserer dynamischen Fähigkeiten, mit dem Klienten gemeinsam sprachlich zu handeln, sich jeweils auf einen anderen Menschen und dessen Auffälligkeiten einstellen zu können.

3.3 Beziehungskrisen

Wir brauchen Hilfe in zwischen Vernunft, Wissen, Gefühl und Intuition krisenhaft angereicherten, sprachheilenden Interaktionen. Die Therapiewissenschaft gaukelt uns in der Kargheit allgemeiner Verhaltensregeln und in der Abstinenz anschaulicher Therapiebeispiele die Leichtigkeit von Behandlungsarbeit vor, die uns in der Praxis nur hochmotivierte, mitgestaltende, spiel- und denkfroide Klienten schenken. Während dort z.B. der „Aufbau einer tragfähigen Beziehung“ in aller Munde ist, erleben wir auch ihr Ende, abrupte Beziehungsabbrüche und eine mangelhafte Vorbereitung der Beziehungsauflösung. Das Erschaffen freier Therapieprojekte, offener Sprach-Spielräume und Spracherlebnisparks, das Verfolgen spontan entstehender Sprechansätze ist nicht jedermanns Sache, auch nicht der Rückgriff auf eine primäre Lust, seinen Körper in der Kommunikation in Bewegung zu setzen. Das Spielen mit Kindern und die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen zwingt uns manches Mal in ungewohnte und persönlichkeitsfremde Diener- und Opferrollen. Wir begegnen dem verwöhnten Kind, das grenzenlos viel will, und einem anderen Kind, das Wut und Enttäuschung im Widerstand gegen unser Vorgehen zum Ausdruck bringt. Viel Erfahrung und Selbstsicherheit verlangt

die Fähigkeit des „Loslassens“, der Verzicht auf den Zieldruck des schnellen Erfolgs. Konflikte birgt der Umgang mit therapeutischer Macht, unsere Sicht der Dinge dem Gegenüber aufzuzwingen. Wir müssen eine gehörige Portion Verständnis, gepaart mit Sachwissen und Ichstärke, für Väter, Mütter und Geschwister aufbringen, in deren Leben die Sprachauffälligkeit Ungleichgewicht, Unsicherheit und Orientierungslosigkeit bringt.

Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen stehen vor überforderten Müttern, die den Lernstoff unserer gut gemeinten Hausaufgaben emsig dem Kind einbimsen oder vor dem Therapiezimmer schnell noch einmal „schönes“ und „ordentliches“ Sprechen trainieren. Überzeugungskraft kostet der Umgang mit der Enttäuschung des Kindes und seiner Bezugspersonen über den ausbleibenden oder langsamen Lernfortschritt. Befremdet steht mancher vor den großen Spielanteilen dialogischen Sprachlerngeschehens. Gelassen müssen wir gegenüber der kindlichen Abneigung, Übungssequenzen mitzugestalten, bleiben können und einfühlsam bei der Anleitung der Eltern, den Fokus von der Störung weg, auf ihr eigenes sprachförderndes Interaktionsverhalten zu richten.

Probleme bereitet die wachsende Anzahl der Kinder, die nicht mehr konstruktiv und phantasievoll spielen können. Überhaupt: Wie sollen wir denn miteinander spielen, wenn weder Zeit noch Material noch Räumlichkeiten ausreichend zur Verfügung stehen? Wer hilft einem, Regieanweisungen für Sprachtherapie, die fast ausschließlich auf Einzeltherapie zugeschnitten sind, in vorgeschriebene sprachheilende Gruppeninteraktionen zu transformieren?

Beziehungsarbeit ist besonders heute, wo weit mehr als früher innere Kontrolle die äußere ersetzt, Schwerstarbeit. Sie ist es vielleicht auch deswegen, weil für viele Menschen die Sehnsucht nach intensiveren, verlässlicheren und dauerhafteren Beziehungen in einer unruhigeren, unübersichtlicheren Welt wächst. Es wäre vorstellbar, daß die hohen Erwartungen an das gegenseitige Verstehen und an das besondere Vertrauensverhältnis die Herausbildung von Verhandlungsfertigkeiten einiger von uns überfordert.

3.4 Absichtsvolle Beziehungen

Wir haben uns an die Metapher vom Therapeuten als „Begleiter“ fast schon gewöhnt. Ein Begleiter, der das Kind in seinem Lernen, eben weil es autonom ist, so ein bißchen „wegweist“, ein bißchen liebevoll „anstößt“? Ich weiß aus der Supervisionsarbeit, daß gerade Berufsanfänger häufig die „Begleitung“ mit laissez-faire verwechseln und sich sehr schnell in einem, alle Seiten verunsichernden, spracherzieherischen „Summerhill“ wiederfinden. Sie können in die Rolle des Nichtwissenden, machtlos Abwartenden geraten, während der Klient selbst zum zupackenden Experten seiner allerdings auffällig bleibenden Sprachlernerfahrungen avanciert. Besser wäre es, wenn der Therapeut aus der Einsicht Überzeugungsarbeit leisten würde, daß sprachheilende Interaktionen „zielorientierte und direktive kommunikative Beeinflussungssituationen“ sind (Baumgartner 1993, 82). Sprachheilende Interaktionen müssen also absichtsvolle Sprachbeziehungen sein. Wir lehren den Klienten, was wir über Sprachauffälligkeit und ihre Veränderung wissen und gleichen Wissens-, Erlebens- und Überzeugungssysteme zwischen ihm und uns an. Besondere Aufmerksamkeit verdient im kommunikativen Miteinander unser immerwährendes Bemühen um Sprachbewußtheit gegenüber unserem sprachlichen Modellieren, rückmeldenden Reagieren und Reflektieren sprachlicher Regeln und Prozesse.

Was wir beabsichtigen, formulieren wir mit den Betroffenen so genau und so langfristig wie eben möglich im Dialog. Dieses Maß duldet keine therapeutische Landstreicherei, in der man sich unterwegs beliebig seine Ziele wählt, wie sie kommen und wie man sie an der Zufälligkeit der Situation abliest. Die Ziele und Merkmale sprachheilender Interaktion überragen das Glaubensbekenntnis an eine Herzenspädagogik gegenüber dem wertvollen Gut „sprachauffälliges Kind“. So weit wollen wir die Positivierung von Kindern nicht treiben, daß die Reduktion des Kernanliegens einer jeden Pädagogik, nämlich planvoll zu verändern, Orientierung zu geben und Richtlinieninstanz zu sein, voranschreitet und die Verbindung zu einer rationalen, begründungspflichtigen und begrifflich abgesicherten Pädagogik abreißt.

Sprachheilende Interaktionen sind für ein bescheidenes, spielerisches Begleiten ungeeignet. Sie sind fordernd und kräftezehrend. Eine Studentin faßte das neulich in dem Satz: „dem Kind geht's gut – ich bin kaputt“ treffend zusammen. Ihre Erfahrungen bestätigen, daß Beziehung zugleich kraftvoll und machtlos und Kommunikation ein „liebender Kampf“ (Karl Jaspers) ist.

Das Setzen von Zielen ist in Anbetracht des Fehlens eines überzeitlichen Therapiedrehbuchs, nach dem sich das Geschehen unumstößlich richtet, schwer. Es ist besonders schwer für Kinder, die offene, durch ihre Initiative veränderbare Sprachhandlungsangebote brauchen. Manches, z.B. die systematische Verwendung einer Sprechtechnik, ist des Öfteren noch weniger vermittelbar als die Lehrerweisheit: man lerne nicht für die Schule, sondern für das Leben. Kinder definieren ihre Probleme anders als Erwachsene, und die Erfahrung lehrt schließlich, daß es in der Therapie neben den Zuständen, zu denen das Kind hin will, auch solche gibt, von denen es möglichst bald weg will. Ich erinnere daran, wie Kinder häufig unter ihrer Sprachauffälligkeit weniger leiden als ihre Eltern oder Lehrer. Die Festlegung von Therapiezielen ist von der Ausweitung des Krankheitsbegriffes und dem therapeutischen Umgang schon mit kleinsten Abweichungen vom maximalen Wohlbefinden betroffen. Hier scheint Zeitgeist zu sein, den optimalen und nicht mehr den wirklichen Menschen zum Maßstab der Auffälligkeit zu definieren und die Toleranz gegenüber unzureichender Normerfüllung weiter sinken zu lassen.

3.5 Die Folgen einer veränderten Sprach- und Sprechkultur

Mir klingen *Habermas'* Worte, die in einem seiner Vorträge fielen, „wir können die Welt, die wir selbst hergestellt haben, nicht mehr denken“, noch in den Ohren. Informiertheit, die das Maß des Erträglichen übersteigt, beschränkt die intellektuelle Befähigung und den Willen zur sprachlichen Verständigung. Sie produziert Dummheit und sprach-kognitive Verworrenheit. Lese-, Schreib-, Gesprächs- und Gedächtniskultur sind zutiefst getroffen von den katastrophalen Sprachmodellen des U- und E-Bereichs, von der radikal

verkürzten und vereinfachten Laut- und Schriftsprache im modernen Medienangebot und zudem von das Wort überflutenden Bildern. Der Trend, Anschauung weniger als früher direkt zu erarbeiten, hält an. Wir bekommen sie per Knopfdruck, didaktisch vorweg leichtgewichtig aufbereitet und ohne die tatsächliche Fülle und Tiefe des Wahrnehmbaren, bequem geliefert. Erlebnisfülle aus zweiter Hand erscheint gefühlsblässer und verringert Sprechanlässe. Weil unsere Wegwerfkultur die emotionale Bindung an die Dinge unterdrückt, fehlt auch hier das Motiv zur differenzierten, wiederholten sprachlichen Auseinandersetzung. Wo „Cool-sein“ Wert hat und man die Emotionstiefe vermindert, reichen Sprechblasen und -phrasen allemal aus.

Spracharbeit ist für jene schwerer geworden, denen Radio- und Fernsehstationen befremdliche Identitätspakete liefern und Halbsätze zu essen geben, die sie Information nennen. Wie soll man sich in der modernen Tempofamilie auf Mitteilungen sprachrezeptiv und -produktiv einlassen, die alles auf den schnell erreichbaren Punkt bringen? Ein Punkt, „Planetoid der puren Nichtigkeit“ (Claus Heinrich *Meyer*)! Geistig Geschrumpftes, zum lernhemmenden Fertiggericht verdorbene Sprache fordert nicht mehr zur Auseinandersetzung, zum Streiten, zum Nachfragen, zum Anhalten, zum gedanklichen Umweg, zum Nachprüfen. Wenn wir in der Reizflut, dem Stundenplan unserer Freizeitverbindlichkeiten, keine Zeit mehr zum Zuhören, Sprechen und bedachten Formulieren haben, läßt der Wille zum Verstehen, zum sprachlichen Durchdringen und zur sprachlichen Präzision nach. Zeit für sprachliche Kommunikation wird Luxuszeit. Wie können wir der „ältesten Form der Leidensüberwindung“, dem „Abwarten, daß die Zeit Wunden heilt“, vertrauen, wenn uns die Fähigkeit zum Abwarten, zum Nachdenken, zum Zwiegespräch und Selbstgespräch abhanden kommt (*Benesch* 1991, 29)?

Wir müssen heute die Bereitschaft zum sprachexplorativen Lernen erweitern und modernes Sprachlernen im Sinne des „coping with novelty“ (*Maurer* 1992, 16), als Fertigwerden mit dem Neuen und Ungewohnten, ernst nehmen. Wir müssen uns diesem Ty-

pus des Lernens intensiv nähern, der die konstruktive mentale Aktivität des Lernenden als notwendige Voraussetzung für jeden Wissenserwerb akzeptiert (vgl. *Leinhardt* 1993). Solches Lernen fördert die vielfältigen Kommunikations- und Interaktionsformen, interpersonale Aktivitäten und gegenseitiges Beobachten während des Problemlösens, was heute Gefahr läuft, unter die Räder zu kommen. Die eigenaktivitätsentwöhnten Kinder brauchen – genauso wie die hochaktiven, die konzentrationsgestörten und die stark selbstständig-kritischen – zeitintensive, verantwortete und selbstgesteuerte Tätigkeiten in offenen Lernumgebungen.

Der universitäre, von Hektik, Anonymität und Ex und Hopp besetzte Massenbetrieb kann das Sprachverhalten und -erleben zukünftiger therapeutischer Vorbilder nur ungünstig beeinflussen. Den Studierenden fehlt meistens die Gelegenheit zur Erkundung der Tiefen ihrer eigenen Spracherfahrungen und ihrer eigenen Kommunikationserlebnisse. Sie müssen sich der subjektgesäuberten Wissenschaftssprache beugen, ihrem schablonenhaften Überlegenheitsjargon, theoretischen Seiltänzen und terminologischen Pirouetten, der Aneinanderreihung von Masse statt Klasse. Mir fällt auf, daß Studierende viel lesen, ohne das Gelesene wirklich in sich aufzunehmen. Sie lesen Texte, die nichts hinterlassen. Ihnen fehlt, was unsere Wissenschaftssprache dringend benötigt, nämlich zwischen den Fakten und den abgeschliffenen Begriffen: das Persönliche, Subjektive, die Redundanz der Schattierungen, das Dazwischenliegende, die Abschweifungen des Narrativen, die Analogie und die Metapher. Das erst zwingt zum Nachdenken, zur Besinnung, zum Argwohn und motiviert zur Standpunktsuche. Wen wundert es, wenn der Wille der Studierenden zur Zeilenschinderei, zur persönlichen Urteilsbildung und zur außergewöhnlichen Anstrengung unter diesen Bedingungen immer häufiger nachläßt und Lesen für sie zur Tätigkeit von „Pendlern und Touristen“ verflacht, anstatt zum Vergnügen für „Fußgänger und Pilger“ (*Illich* 1991)?

3.6 Auf der Suche nach Methoden

Unsere Fachwissenschaft hat umfassende Erkenntnisse über die Komplexität und Dyna-

mik jeder Sprachauffälligkeit gewonnen. Das ökopsycholinguistische Wissen impliziert differenzierte Vorstellungen von einem individuell symptom erzeugenden Lebens- und Sprachhintergrund (vgl. *Rutter et al.* 1992; *Lahey* 1988). Dieses Wissen führt zu einer sprach- und kommunikationsbiographisch angelegten Behandlung, die wegen ihrer Vielfalt von Bedingungen schwer vollständig erfassbar und in ihrem Verlauf allenfalls eingeschränkt prognostizierbar ist.

Bei der Durchsicht gängiger Therapiehandbücher (z.B. *Grimm/Weinert* 1994; *Grohnfeldt* 1992; *Newman/Creaghead/Secord* 1985) überrascht die Vielfalt von Behandlungsverfahren für die einzelnen Störungsebenen sprachlicher Leistungen. Die Reichweite der einzelnen Methode schrumpft. Selten hören wir in unserer Fachdisziplin von Kaskaden der Abwehrbewegung gegenüber neuen Vorgehensweisen, von Kämpfen um die Reinhaltung einer Lehrmeinung. Wir praktizieren Therapieliberalismus, experimentieren mit Therapieelementen und greifen auf selbstgestrickte Therapiemischungen zurück. Jeder Methodenzweig legt wohl in der praktischen Anwendung Stärke und Wirksamkeit an den Tag, und wir wollen das nicht leichtfertig und ungeprüft als scharlatane Privatmeinung quacksalbernder Sprachheilpädagogen abtun. Trotzdem, besonders wenn der Behandlungsfortschritt ausbleibt, frage ich mich leicht irritiert, ob man z.B. Kommunikations-, Gestalt-, Bewegungs- oder Wahrnehmungstherapie und systematisches Sprechtraining einfach aneinandersetzen darf. Wenn ich solche Methoden in meinen persönlichen Vorgehensweisen integriere und flexibel handhabe, ist das dann der richtige Humus für das Notwendige, für die Sprachtherapie von Morgen?

Unsere therapieforschungsabstinente Sprachheilpädagogik greift dem Praktiker auf der Suche nach einer Liste überprüfter und wissenschaftlich anerkannter Methoden und Methodenpakete, nach Diskussionen über wissenschaftliche Standards, nach einem für alle verbindlichen Ethikkatalog oder Berufskodex nicht gerade unter die Arme. Mancher unserer Lehrmeinungsmacher schreibt von Praxis wie Kolumbus, der von Indien schwärmte und dann doch ganz andere Kontinente ansegelte. Was wir im Augenblick

bräuchten, sind weniger von Fallstricken und Stolperdrähten der Alltagswirklichkeit fein säuberlich gereinigte Praxis-Ideale, als kontrollierte Behandlungsstudien, die auch Bezug zur Störanfälligkeit praktischen Handelns haben.

4. Fixpunkte sprachheilender Interaktionen

Die pädagogische Moderne konfrontiert uns mit der Notwendigkeit von sprachheilenden Interaktionen, die komplexes Problemmanagement sind:

- Wir kommen uns und unseren Klienten in dem Wunsche nach flexiblen Therapien aus guten Gründen selbstbewußt nach;
 - wir wollen partnerbezogen und individualisierend vorgehen, Wahlfreiheiten und lernmotivierende Selbstbestimmungsansprüche in der Zielsetzung gelten lassen;
 - wir räumen der Selbstaktivität und der alltagstauglichen, lebensnahen Kommunikation Raum und Zeit ein;
 - wir lassen unmittelbare Sinneserfahrungen zu und aktivieren sprachliche Ressourcen, indem wir an den positiven Möglichkeiten des Klienten anknüpfen;
 - wir bestehen auf gestaltbaren Strukturen verkrusteter Schul- und Therapiesysteme mit ihren innovationsfeindlichen Formalen und Bürokratischem, das seinem Wesen nach viel zu sehr altertümlich verwalteten Postbetrieben gleicht.
- Sprachheilende Interaktionen haben ihre Risiken. Das haben sie mit Erziehung gemeinsam. Risiken sind Chancen:
- sich im Ausbalancieren zu üben zwischen fürsorglich, aber nicht restriktiv und überängstlich; responsiv, aber nicht zu stark kontrollierend; stimulierend, aber nicht überstimulierend;
 - für eine therapeutische Fehlerkultur, in der wir Fehler kritisch reflektieren und konstruktiv für Verbesserungen nutzen;
 - für kompetente Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen, auf den asphaltierten Wegen übender Verfahren genauso sicher zu wandeln wie auf den beschwerli-

chen personenbezogenen, kommunikativen der heuristischen Sprachtherapien;

- in der Geradlinigkeit planvoller Vorgehensweisen vor einem bißchen fröhlichen Durcheinander, einem bißchen „sündhafter Spracherziehung“ nicht angstvoll zu kapitulieren;
- für den Verzicht auf „professionelle Fertigprodukte“, die dazu führen, daß der Klient „Konsument von mundgerecht abgepackten Versorgungsleistungen“ wird (Keupp 1993, 377).

Die skeptische Anerkennung der Bereitschaft, mit der Ungewißheit zu leben, ist geachtete Haltung aller unserer großen humanistischen Pädagogen. Integrieren wir die Furcht vor Ungewißheit, Widersinnigkeit, Unlogik und Ambivalenz! Lösen wir Gewißheitskoordinaten und Einheitsvorstellungen für den realen Pluralismus therapeutischen Geschehens auf! Festigen wir unsere inneren Modelle für die Gestaltung komplexer und unsicherer Sprachtherapiegeschäfte durch Fachwissen, Zeit zur Reflexion eigenen Verhaltens, kollegiale Supervision und Erfahrungsaustausch!

Literatur

- Baumgartner, St.: Kinder lernen sprechen: Vom (un-)aufhaltsamen Weg in die Sprechflüssigkeit. In: *Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik* (Hrsg.): Sprache-Verhalten-Lernen. Würzburg 1993, 54-85.
- Baumgartner, St.: Sprachheilpädagogik als Heilpädagogik – ein Versuch. *Die Sprachheilarbeit* 39 (1994) 3, 140-152.
- Baumgartner, St., Füssenich, I. (Hrsg.): *Sprachtherapie mit Kindern*. München 1992.
- Benesch, H.: *Verlust der Tiefe. Eine psychische Dimension im Umbruch*. Frankfurt am Main 1991.
- Bleidick, U.: Pädagogik der Moderne auf dem Weg in die Postmoderne. *Die Sonderschule* (1994) 1, 2-18.
- Dannenbauer, F.M.: Zur Praxis der entwicklungsproximalen Intervention. In: Grimm, H., Weinert, S. (Hrsg.): *Intervention bei sprachgestörten Kindern*. Stuttgart 1994, 83-115.
- Fragner, J.: Behinderte Menschen im Strom der postmodernen Lebenswelt. In: Haupt, U., Krawitz, R. (Hrsg.): *Anstöße zu neuem Denken in der Sonderpädagogik*. Pfaffenweiler 1992, 47-60.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (Hrsg.): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen 1994.
- Grimm, H., Weinert, S. (Hrsg.): Interventionen bei sprachgestörten Kindern. Stuttgart 1994.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1. Berlin 1989.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Berlin 1992.
- Hansen, D.: Zur Wirksamkeit und Effizienz einer psycholinguistisch begründeten Methode der Sprachtherapie bei kindlichem Dysgrammatismus. Sprache-Stimme-Gehör 18 (1994), 29-37.
- Hillenbrand, C.: Reformpädagogik und Heilpädagogik. Bad Heilbrunn 1994.
- Huf, A.: Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim 1993.
- Illich, I.: Im Weinberg des Textes. Als das Schriftbild der Moderne entstand. Frankfurt am Main 1991.
- Kächele, H.: Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. Zsch. psychosom. Medizin 38 (1992), 227-239.
- Keupp, H.: Die (Wieder-)Gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (1993), 3, 365-381.
- Lang, H. (Hrsg.): Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin 1990.
- Lahey, M.: Language disorders and language development. New York 1988.
- Leinhardt, G.: On teaching. Advances in instructional psychology. Hillsdale, N.Y. 1993.
- Maurer, F.: Lebenssinn und Lernen. Bad Heilbrunn 1992.
- Newman, P., Creaghead, N., Secord, W. (Hrsg.): Assessment and remediation of articulatory and phonological disorders. Columbus, Ohio 1985.
- Oelkers, J.: Reformpädagogik: eine kritische Dogmengeschichte. Weinheim 1989.
- Pongratz, L.A.: Pädagogik im Prozeß der Moderne. Weinheim 1989.
- Röhrs, H.: Die Reformpädagogik und ihre Perspektiven für eine Bildungsreform. Donauwörth 1991.
- Rutter, M., Mabwood, L., Howlin, P.: Language delay and social development. In: Fletcher, P., Hall, D. (Hrsg.): Specific speech and language disorders in children. London 1992, 63-79.
- Schmetz, D.: Sonderpädagogik und Erziehung – Wandel der Werte. Zeitschrift für Heilpädagogik 44 (1993) 2, 99-112.
- Schulte, D. (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungen. Göttingen 1991.
- Speck, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. München 1991.
- Winkler, M.: Universalisierung und Delegation: Notizen zum pädagogischen Diskurs der Gegenwart. In: Hoffmann, D., Langewand, A., Niemeyer, Ch. (Hrsg.): Begründungsformen der Pädagogik in der „Moderne“. Weinheim 1993, 135-151.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Stephan Baumgartner
 Universität München
 Institut für Sonderpädagogik
 Geschwister-Scholl-Platz 1
 80539 München



Monika Hartig-Gönnheimer, Schuttertal

Affektiv-emotionale Entwicklung und Sprachbehinderung

Zusammenfassung

Die zu beobachtende Zunahme affektiv-emotionaler Probleme im sprachheilschulischen Alltag weisen auf die Notwendigkeit hin, diese nicht mehr nur als Störungen, sondern verstärkt als Teil des sonderpädagogischen Auftrages zu verstehen. Hierzu bietet die Einbeziehung von Erkenntnissen aus klinischer Psychologie und Psychotherapie eine gute Möglichkeit. Das theoretische Konzept des ‚Selbst‘ als Klammer für ein integratives Entwicklungs- und Störungsmodell zeigt drei qualitativ wichtige Phasen der Strukturbildung bei der kindlichen Entwicklung auf: 1. frühe präverbale Interaktionsmuster; 2. Übergangsbereich; 3. Trennung von Selbst und Objekt. Die damit verbundenen Entwicklungsprozesse sind sehr störanfällig und prägen den Aufbau der späteren Persönlichkeit nachhaltig. Es resultieren bestimmte Beziehungsmodi zur Lehrperson und Klasse, welche Ausdruck dieser Störungen sind. Das Wissen um die Entwicklung der Selbststruktur in ihrer normalen bzw. gestörten Ausprägung helfen dem Pädagogen, hilfreich eingreifen zu können.

1. Einordnung

Veränderung der Schülerpopulation hin zu komplexeren Störungsbildern, insbesondere auch eine *Zunahme von psychosozialen und emotionalen Problemen*, erschweren derzeit den sonderpädagogischen Auftrag der Schulen für Sprachbehinderte (vgl. Gieseke/Harbrucker 1991; Breitenbach 1992), wobei dieser *affektiv-emotionale Störungsbereich* vor allem als *Störung* des Unterrichtsablaufes in Erscheinung tritt. Nachfolgende Ausführungen versuchen durch Einbeziehung von Entwicklungs-, Störungs- und Praxismodellen der *klinischen Psychologie* und *Psychotherapie* eine bessere modellhafte Fassung dieses Störungsbereiches, eine entsprechende pädagogische Beeinflussung und somit eine Nutzbarmachung für die Pädagogik der Sprachbehinderten zu erreichen. Es wird dabei der Begriff des *Selbst* – als zentraler Be-

griff in fast allen neueren psychotherapeutischen Schulen konzipiert – als Klammer für ein *integratives Entwicklungs- und Störungsmodell* gewählt. Ausgewertet sind die Theorien aus psychodynamischen Ansätzen, aus den neuen Ergebnissen der Säuglingsforschung, aus der humanistischen Psychologie und aus kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (zur ausführlichen Entwicklung des pädagogisch-therapeutischen Modells und methodischer Zugangsweisen vgl. Hartig-Gönnheimer 1994).

2. Entwicklung und Störungen des Selbst bei sprachbehinderten Kindern

Das *Selbst* wird definiert als: *organisierte Struktur aller Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen, welche die eigene Person und ihre Interaktionen mit der Umwelt betreffen. Es manifestiert sich funktional und prozessual in diesen Interaktionen.*

Das Selbst konstituiert sich zunächst mit Hilfe affektiv-emotionaler Elemente: als Erwartungen, Ausführungen, Festigungen und zunehmende Differenzierungen von (an emotionale Erregungszustände gekoppelten) Interaktionen, die nach und nach die Selbststruktur bilden. Es sind bis zum Spracherwerb drei Entwicklungsphasen mit qualitativ unterschiedlicher Strukturbildung auszumachen, nach denen die folgenden Ausführungen gegliedert werden:

1. frühe Interaktionen und die Entstehung präverbaler Interaktionsmuster;
2. der Übergangsbereich: Übergangsobjekte und die Fähigkeit zur Abbildung;
3. symbolische Repräsentation und das Erleben der Getrenntheit.

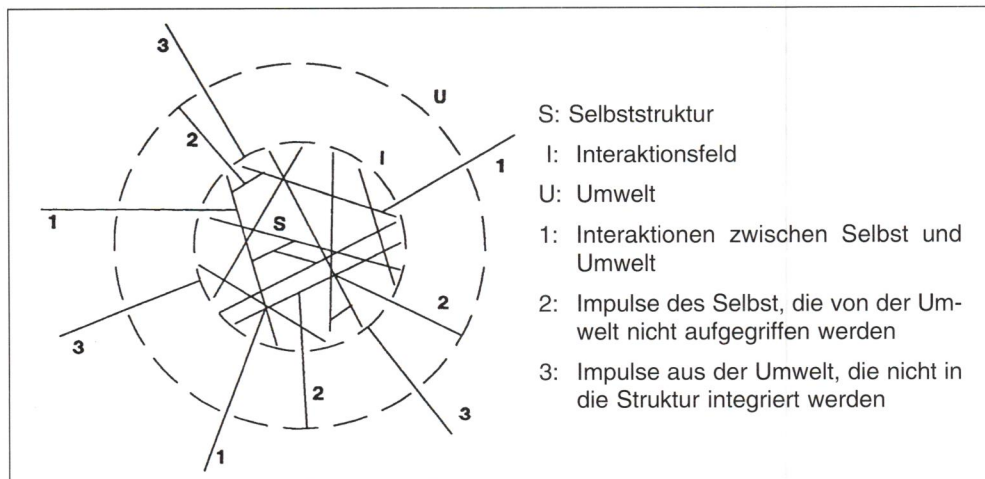


Abbildung 1: Das Selbst, Struktur und Interaktion

2.1 Erster Strukturwerb: Bildung präverbaler Interaktionsmuster – die Keimzelle des Selbst

Die ersten frühkindlichen Interaktionen nimmt der Säugling als Ganzes wahr, d.h. alle Sinnesindrücke aus dieser Situation sind miteinander verbunden. Durch Wiederholungen entstehen bald *generalisierte Interaktionsmuster*, die als Erwartungen durch gegenwärtige Situationen aktiviert werden können. So weiß der Säugling z.B. bald, welches der Geruch *seiner* Muttermilch ist oder mit welcher Stimme *seine* Mutter spricht, da er diese Aspekte der Umwelt als in der Interaktion zusammengehörend, richtig und gut wiederholt erfahren hat.

Diese früh generalisierten Interaktionsmuster bilden ein Netz von gespeicherten Erfahrungen, die an verschiedenen Stellen ineinander verwoben werden – ein interaktionelles und präverbales vorläufiges Strukturgerüst für mögliche (befriedigende) Beziehungen mit der Umwelt. Jede spätere Erfahrung wird eingewoben, sie modifiziert und verfeinert diese Muster und damit auch das Strukturgerüst.

Spätere Erfahrungen, die gar nicht zur bisherigen Struktur passen, können nicht integriert werden, aber solche, die ähnlich sind, werden aufgenommen und die Struktur wird dadurch verändert. Jede gelungene Integration einer neuen Erfahrung stärkt, stabilisiert und verfeinert die Struktur und geht mit dem guten Ge-

fühl einher, die Umwelt besser erfassen und damit die Kontakte zu ihr befriedigender gestalten zu können. Jede unintegrierbare Erfahrung dagegen gefährdet die bisher erreichte Struktur und muß abgewehrt werden aus Angst vor einem drohenden Zusammenbruch der eigenen Beziehungsmöglichkeiten, dem völligen Ausgeliefertsein an eine Umwelt, die dann weder verfügbar noch berechenbar ist. Je breiter und stabiler aber die eigene Struktur bereits angelegt ist, je mehr Interaktionen schon wahrgenommen und organisiert wurden und je vielfältiger sie waren, um so leichter fällt die weitere Differenzierung und Integration. Und umgekehrt: Je prekärer, instabiler, undifferenzierter und „dünner“ die bisherige Struktur, desto weniger Wahrnehmungen sind integrierbar, um so mehr müssen *abgewehrt* (geleugnet, verzerrt oder verdrängt) werden.

Die damit verbundene Herausbildung von Erwartungen ist vorwiegend präverbal und der kognitiven Ebene nicht oder nur teilweise zugänglich.

2.1.1 Der hilflose Säugling, der nach dem Lust/Unlust-Prinzip Kontakt zur Umwelt aufnimmt

Der Säugling wird gesehen als „normalisierte Frühgeburt“ (Lang 1992), als relativ instinktar-mes Wesen, das seine Bezugspersonen be-

sonders lange Zeit und besonders notwendig zum Überleben braucht. Er ist darauf angewiesen, daß seine Bedürfnisse erkannt und befriedigt werden. Um zu überleben, verfügt er (neben anderen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme) über ein ganz einfaches Mittel der Kommunikation: Er schreit, wenn es ihm schlecht geht, wenn Reize aus seinem Körperinneren ihn in eine hohe Spannung versetzen. Dieses Schreien signalisiert der Bezugsperson, daß er sich in einem Zustand befindet, in dem sich bei ihm eine affektive Spannung aufgebaut hat, die er selbst nicht mehr bewältigen kann. Sie wird in der Regel kommen, ihn aufnehmen und versuchen herauszufinden, wie sie sein Bedürfnis befriedigen und seine hohe Spannung damit wieder reduzieren kann. Der Säugling erfährt bei solchen Erlebnissen den Wechsel zwischen zwei Zuständen: Die hohe Spannung ist mit Unlust verbunden, die Minderung der Spannung bzw. die Befriedigung seines Bedürfnisses mit Lust.

Die Balance von Unlust und Lust galt in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie lange Zeit als die einzige Triebfeder für die Entwicklung von Anpassungsleistungen (der Instanz des Ich). Sie wird hier als eine wesentliche (aber nicht als einzige) Motivationsquelle gesehen.

Der normale Wechsel zwischen Unlust- und Lustzuständen und eine relativ bald erfolgende Regulierung hoher Bedürfnisspannungen durch die Bezugspersonen treibt die Entwicklung einer organisierten Wahrnehmung (im psychoanalytischen Modell: die Entwicklung des Ich) voran. Die Erfahrung von zuverlässiger Hilfe bei der Regulierung der Bedürfnisspannung schafft bei neuen spannungsreichen Zuständen Hoffnung auf Linderung, Vertrauen in die eigene Überlebensfähigkeit, in die ausreichende Güte und Qualität der Umwelt und in die eigenen Möglichkeiten und Mittel, diese zu beeinflussen und damit mit solchen Bedrohungen fertigzuwerden. Erikson (1982) spricht vom *Urvertrauen*, das als affektive Qualität der weiteren Entwicklung zugrundeliegt und aus dem das spätere Selbstvertrauen erwächst. Im Gegenzug bedeutet das lange andauernde Verweilen des Säuglings in einem Zustand hoher Bedürfnisspannung Ohnmacht, Verzweiflung und die Verhinderung von

Hoffnung. Überwiegt diese Verzweiflung, da die Mutter-Umwelt nicht fähig ist, die Spannung zuverlässig und rechtzeitig zu regulieren, so wird das Gefühl von Bedrohung, eigener Hilflosigkeit und *Mißtrauen* gegenüber den Entwicklungsbedingungen der Umwelt den Grund legen, auf dem sich jeder weitere Entwicklungsschritt aufbauen muß.

2.1.2 Der aktive Säugling mit einem angeborenem Bedürfnis nach Interaktion und Stimulation

Es existiert neben dem Bedürfnis nach Triebbefriedigung und Spannungsregulierung noch ein weiteres Grundbedürfnis, das *Bedürfnis nach Stimulation und Interaktion*. Zu dessen Befriedigung ist der Säugling von Anfang an mit Fähigkeiten ausgestattet, die ihn für die Aufnahme von Interaktionen mit seinen Bezugspersonen prädisponieren; er ist *kompetent* (vgl. Dornes 1993, 34f.).

Interaktionen stellen eine Quelle von Stimulationen für den Säugling dar, aus denen er diejenigen auswählen kann, welche seiner Informationsverarbeitung entsprechen und diese fördern (vgl. Tendenz zur *Selbstaktualisierung*, Rogers 1988, 1979). Der Säugling initiiert auch selbst Interaktionen und ruft damit bei seinen Bezugspersonen die ihm adäquaten Stimuli hervor. So fördert er selbst in Wechselwirkung mit einer *genügend guten Umwelt*, die auf seine Impulse reagiert (vgl. Winnicott 1983, 1984), seine eigene Wahrnehmungsverarbeitung (und er befriedigt dabei seine Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung). Dies alles dient der Organisation einer eigenen Vorstellung von der Welt und ihren Spielregeln, einer auf den eigenen, subjektiven Wahrnehmungen und Erlebnissen begründeten Struktur, dem Selbst!

Untersuchungen zur Rolle des Reizschutzes gegen inadäquate (zu massive oder zu komplexe) Außenreize lassen dabei den Schluß zu, daß eine Reizschranke zum Schutz vor Überstimulation beim Säugling erst heranreift und daß diese Schutzfunktion zunächst noch durch eine *Hilfs-Ich-Funktion* der Bezugspersonen ergänzt werden muß (vgl. Esman 1991, 153; Spitz 1983, 132). Er ist demnach durch unmäßige, inadäquate Reize aus der Umwelt gefährdet.

Die gesunde Entwicklung erfordert also eine Wechselwirkung zwischen der Bereitschaft zur Aktivität, Stimulationssuche und Informationsverarbeitung des Säuglings und einer Umwelt, konkreter einer Bezugsperson, die auf seine Kontaktangebote und Bedürfnisse (auch auf das Bedürfnis nach Ruhe und Rückzug) adäquat reagiert. Die Lust und das Bestreben des Säuglings, *etwas selbst zu bewirken*, ist dabei wesentliche Bedingung für alle Kontakte mit der Umwelt (vgl. Dornes 1993, 237f.; Lichtenberg 1990, 878f.). Dieses Bedürfnis des Säuglings, etwas zu verursachen, ist grundlegend für die Entwicklung des gesunden *Größenselbst* (nach Kohut 1981 a, b) und für die hiermit zusammenhängende spätere Entwicklung der *Selbstwirksamkeit* (nach Bandura 1977, 1982), die eine erhebliche intrinsische Motivationsquelle für jedes Verhalten auf die Welt hin, also auch für das Lernen darstellt.

Dieses Entwicklungspotential des Säuglings (seine aktive Suche nach Stimulation und Interaktion) entfaltet sich vor allem in einem Zustand wacher Aufmerksamkeit und damit einhergehender mäßiger Spannung, setzt also voraus, daß die im vorigen Kapitel beschriebene Spannungsregulierung durch die Bezugsperson einigermmaßen erfolgreich vonstatten geht (vgl. Lichtenberg 1991). Dieser Prozeß der Interaktionsmusterbildung kann durch verschiedene Bedingungen gestört werden:

- Durch ein Überwiegen von sehr hohen Spannungszuständen (wie sie in der Literatur z.B. für Risikosäuglinge beschrieben werden; vgl. Lichtenberg 1990, 879) oder von Zuständen tiefer Erschöpfung (wie sie beschrieben werden bei inadäquaten Reaktionen der Umwelt auf Kontaktangebote des Säuglings; vgl. Hartkamp 1990, 123);
- durch zu massive oder komplexe Außenreize, welche die erst heranreifende Reizschranke des Säuglings durchbrechen und seine bisherige Organisation von Wahrnehmungen gefährden, ohne von einem Hilfs-Ich abgewehrt zu werden;
- durch eine angeborene, undurchlässige Reizschranke des Säuglings (wie bei autistischen Kindern z.T. vermutet wird);
- durch mangelnde Fähigkeiten der Umwelt, auf die Impulse des Säuglings zu reagieren und adäquate Stimuli hervorzubringen. Der Säugling kann sich so nicht als Verursacher erleben, seine Funktionslust wird eingeschränkt, sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Umwelt aktiv verändern zu können, schwindet.

2.2 Der Übergangsbereich

2.2.1 Übergangsobjekte und die Fähigkeit zur Abbildung

Der Säugling erlebt Bezugsperson und Umwelt als Verlängerung seiner Aktivität, seiner Impulse und Bedürfnisse. *Mutter* ist also für ihn keine eigenständige Person, sondern *Selbstobjekt* (im Sinne Kohuts). Mit der zunehmenden Differenzierung von Interaktionsmustern geht auch eine erhöhte Anzahl von Frustrationen des Kleinkindes einher, indem manche seiner Interaktionserwartungen von seiten der Umwelt nicht erfüllt werden. Bei Kleinkindern von 6 bis 8 Monaten lassen sich erstmals deutlich Reaktionen der Angst feststellen, wenn die Mutter das Kind verläßt und wenn Fremde mit ihm kommunizieren wollen (bes. beschrieben von Spitz 1983, Mahler et al. 1980). Das Kind ist verunsichert, weil die gewohnten (und schon recht komplexen) Interaktionsabläufe, die es erwartet und für selbstverständlich hält und die es gern erlebt, nicht eintreffen.

In dieser Zeit gewinnt das Kind auch die Fähigkeit, solche Frustrationen aus eigener Kraft zu mindern: Es erschafft sich ein *Übergangsobjekt* (vgl. Winnicott 1983), d.h. es sucht sich ein jederzeit verfügbares Objekt aus seiner Umgebung aus, das die gerade wichtige, aber nicht verfügbare Person in der Interaktion ersetzen kann. Besonders deutlich wird dies, wenn dem Kind die Mutter in ihrer Hilfs-Ich-Funktion zeitweise nicht zur Verfügung steht: Hat es vorher das Interaktionsmuster des Beruhigt- und Getröstetwerdens verinnerlicht, so wird es sich jetzt etwas aussuchen, das eine der tröstenden Eigenschaften der Mutter aufweist (ihre Wärme, Weichheit, ihren Geruch, ihren Eindruck von Lebendigkeit), vielleicht ein Stück Stoff oder ein Kuscheltier, vielleicht auch die Puderdose oder ein anderes Utensil aus der Babypflege,

und es wird, indem es dieses Objekt an sich drückt, Trost finden.

Das Kind leistet damit einen wesentlichen qualitativen Schritt zur Strukturveränderung: Die Interaktionssituation, die bisher als Muster nur ganzheitlich gespeichert werden konnte, wird aufgebrochen, vom primären Partner getrennt, und dieser kann nun ersetzt werden durch ein anderes Objekt, das ihm irgendwie ähnlich ist, durch ein *Abbild* (im Sinne *Lichtenbergs*). Wesentlich ist, daß die Interaktion oder die Handlung hier noch nicht ersetzbar ist, sie muß in der Situation vollzogen werden – das *Abbild* ist an dieses „So tun als ob“ gebunden.

Es ist anzunehmen, daß das Übergangsobjekt die Phase einleitet, die *Lichtenberg* (1991) als Abbildungsfähigkeit bezeichnet, denn es ersetzt die Mutter in ihrer wesentlichen Hilfs-Ich-Funktion, und hier ist ein Ersatz bei Frustrationen für das positive Selbsterleben äußerst notwendig. Die Fähigkeit zur Abbildung bei Beibehaltung der tatsächlichen Interaktion wird vom Kind weiterentwickelt und bald als „Spielen“ bezeichnet. Hierdurch kann es mit Interaktionen jonglieren, sie modifizieren, neue ausprobieren, erfahrene nacharbeiten, differenzieren, bei Problemen Lösungen finden etc. Diese Fähigkeit der Abbildung und des „So tun als ob“ trägt nicht nur zur Entwicklung des Kindes bei, sondern auch zur Bewältigung von traumatischen Erlebnissen und wird in spieltherapeutischen Ansätzen genutzt.

Störungen bei der Fähigkeit, ein „Übergangsobjekt“ zu schaffen, können zurückgeführt werden auf

- eine bisher mangelnde Ausdifferenzierung von als hilfreich erlebten Interaktionsmustern mit den primären Bezugspersonen (z.B. aufgrund neurophysiologischer Schädigungen), so daß noch keine frustrierenden Abweichungen bemerkt werden und die Notwendigkeit der Suche nach einem allzeit verfügbaren und einsetzbaren Ersatzobjekt gar nicht besteht;
- ein Versagen der Mutter bei den Hilfs-Ich-Funktionen (vgl. *kumulatives Trauma: Khan* 1977), so daß das Kind gar keine hilfreichen Interaktionsmuster hat, die es jetzt reproduzieren könnte;

- zu frühe und zu intensive Frustrationen, die das Urvertrauen und die aus der Funktionslust entstehende Motivation untergraben;
- zu geringe Frustrationen durch eine jederzeit verfügbare Mutter. (In diesem Fall steht die Mutter selbst als Übergangsobjekt zur Verfügung. Dies dürfte in unserer Kultur aber eher selten sein.)

2.2.2 Die Funktion der Sprache im Übergangsbereich

Winnicott (1983) beschreibt, daß auch lautliche Äußerungen der Mutter vom Kind als Übergangsphänomene benutzt werden können. Das Reproduzieren solcher tröstlichen, angenehmen, beruhigenden Laute kann also für diese Seite der Mutter stehen und sie hierin ersetzen. Damit wird durch die Nachahmung der Lautproduktion der Mutter diese selbst (in ihren gerade erwünschten oder erwarteten Eigenschaften) quasi herbeigezaubert.

In die Phase der Übergangszeit fällt der *Erwerb erster Wörter*. Sie werden zunächst in einem ganzheitlichen Sinne gebraucht, d.h. sie stellen noch keine interaktionsunabhängigen Symbole dar, sondern stehen für ganze (hilfreiche, befriedigende) Interaktionsmuster und sind für das Kind an diese direkt gekoppelt. Es sind tatsächlich keine Wörter, sondern Ein-Wort-Sätze. „Mama“ bedeutet also nicht: Ich stelle mir meine Mutter vor, wie sie als ganze Person erscheint, sondern es heißt beispielsweise: Ich habe Hunger und erwarte als gut und richtig, daß meine Mutter mir etwas zu essen gibt; oder: Ich habe Angst und erwarte Trost. Das Gedächtnis, das bisher aus präverbalen Strukturen bestand (der Speicherung und Verknüpfung von Interaktionsmustern), ermöglicht hier die assoziative Verknüpfung dieser Muster mit Lautgebilden, die Bestandteil dieser Interaktionsmuster waren, bis diese alleine die gesamte Situation repräsentieren oder vorwegnehmen können. Diese emotional-motivationale Seite des Spracherwerbs wird bislang in der Fachliteratur kaum behandelt. Das Wort „Mama“ kann als Beispiel für die Verbindung eines Wortes mit einem Interaktionsmuster (dem Stillen oder der Fütterung) dienen. Es weist in fast allen Kulturen eine gleiche oder sehr ähnliche

Lautfolge auf und erinnert an das motorische Muster des Lippenschlusses und der Lippenöffnung.

Ebenso werden auch alle weiteren Wörter zunächst in bedeutsamen Interaktionssituationen erlernt und repräsentieren dementsprechend die Ganzheitlichkeit der Wahrnehmungen und Gefühle in dieser Situation. Erst zu einem späteren Zeitpunkt kann das Wort wieder von der speziellen Situation gelöst und als Summe verschiedener semantischer Merkmale, als abstraktes Symbol, gespeichert und verwendet werden.

Störungen der ersten Sprachverwendung können demnach resultieren aus:

- Störungen des Kontakts mit der Umwelt (wie in der vorigen Phase beschrieben),
- Störungen bei der Bildung von Übergangsobjekten oder Übergangsphänomenen,
- ungenügendem Bereithalten sprachlichen Materials von seiten der Umwelt,
- organische Störungen, die eine zunehmend differenzierter werdende Wahrnehmungsverarbeitung behindern.

Dies bedeutet symptomatisch: Das Kind verfügt kaum über eigene Fähigkeiten, mit Frustration umzugehen und sie zu bewältigen. Es kann sich nicht selbst beruhigen; Spaltungstendenzen können sich durch ungehindert schlechtes Selbsterleben manifestieren (narzißtische und Borderline-Störung) oder das Kind klammert sich stark an die Mutter, um Frustrationen zu vermeiden. Der Phantasie- und Spielbereich bleibt unterentwickelt.

2.3 Emotionales Erleben und Anerkennen der Getrenntheit – Bildung interaktionsunabhängiger symbolischer Repräsentanzen

Das Kleinkind hat mit Hilfe der Abbildungsfähigkeit gelernt, sich aus dem Zwang der ganzheitlichen Situation zu lösen, und es kann so tun als ob, obwohl es den eigentlichen Interaktionspartner durch einen Stellvertreter ersetzt hat. So kann es die wahrgenommene Getrenntheit von der Mutter bewältigen, ohne sie letztendlich anerkennen zu müssen. Das Kind zeigt Neugier, Unternehmungslust und ein Liebesverhältnis zur Welt. Es entstehen

jetzt aber gleichzeitig mehr und mehr Situationen, in welchen die Mutter deutlich anderer Meinung ist als ihr Kind: Es kann nicht alles haben, was interessant erscheint; es darf nicht so weit fortlaufen, daß es dabei in Gefahr gerät; die Mutter kann immer weniger jedem Bedürfnis des Kindes nachgeben. Die Konflikte zwischen Kind und Umwelt drehen sich jetzt nicht mehr ausschließlich um die reale Verfügbarkeit oder Nichtverfügbarkeit der Umwelt-Mutter, sondern um den gezielten Widerstand, der seinen Bedürfnissen entgegengebracht wird.

2.3.1 Der Trennungskonflikt und seine Bewältigung

Um den 18. Monat datiert *Spitz* (1978) den Erwerb des „Nein“, des ersten abstrakten Wortes des Kindes. Er weist diesem Ereignis die Qualität eines neuen psychischen Organizers zu und befindet sich damit in Übereinstimmung mit den Theorien *Lichtenbergs*, der um diese Zeit die Phase der Bildung erster handlungsunabhängiger symbolischer Repräsentanzen ansetzt.

Es ist eine Zeit, in der sich durch die zunehmenden eigenen motorischen und planerischen Möglichkeiten auch die Konflikte mit der Umwelt und besonders mit den Bezugspersonen häufen. Es ist die Zeit der sogenannten Trotzphase, in der die beiden Seiten des äußeren Konflikts mit aller Heftigkeit aufeinanderprallen. Diese Konflikte entzünden sich häufig auch an der jetzt entstehenden Fähigkeit des Kindes, seine Ausscheidungs-muskulatur kontrollieren zu können, und dem Interesse der Umwelt an der Sauberkeit des Kindes. In der klassischen psychoanalytischen Triebpsychologie wird dieser Entwicklungszeitraum als *anale Phase* bezeichnet, sie entspricht der zweiten Phase im Entwicklungsmodell von *Erikson* (1982), die sich im Spannungsfeld von *Autonomie versus Scham und Zweifel* abspielt.

Durch das „Nein“ der Mutter wird das Kind gezwungen, einen Gegensatz zum eigenen Fühlen und Wollen wahrzunehmen, und zwar ausgehend von einem Selbstobjekt, das ja bisher als eine Möglichkeit der Erweiterung des eigenen Wirkungskreises fungierte und eigenen Bedürfnissen zur Befriedigung ver-

half, das es also auch als Teil seiner selbst wahrnehmen konnte. Das „Nein“ der Mutter muß also auf das Kind wirken, als sei ein Teil von ihm dafür, ein anderer Teil aber auch dagegen. Das Kind muß diesen Widerspruch affektiv erleben, um den Sinn der Verneinung zu erfassen. Die Bewältigung dieses Widerspruchs besteht aus zwei Schritten, die nur theoretisch so voneinander zu trennen sind:

1. Das Kind beginnt jetzt, sich selbst als eine von der Mutter unabhängige, eigenständige Person zu fühlen. Es bildet eine eigene Vorstellung von seinem Selbst – in Abgrenzung zu anderen Menschen – aus. Erst jetzt entstehen tatsächlich *interaktionsunabhängige Selbstrepräsentanzen*. Gleichzeitig wird die Mutter in solchen Konfliktsituationen als eine Person wahrgenommen, die von ihm getrennt und nicht mit ihm identisch ist.
2. Die Anerkennung dieser Trennung ist anfangs nicht stabil und vollständig, sondern taucht vor allem bei Konfliktsituationen auf und tritt dann wieder in den Hintergrund. Sie löst Angst aus und führt zu dem Wunsch nach ihrer Überwindung, nach der Wiederherstellung des guten Einvernehmens mit der Umwelt und dem Selbstobjekt. Das Kind kann sich dabei entscheiden, dem Wunsch der Mutter nachzugeben, indem es sich mit ihr identifiziert; entweder aus Liebe oder Vertrauen zu ihr – oder weil es ihre Fähigkeiten und Stärke als ideal wahrnimmt und so sein will wie sie. Es läßt dann den eigenen Wunsch unerfüllt. Die *Identifikation* setzt somit voraus, *daß die Alternative gespürt und eine freie Entscheidung gefällt wurde*.

Die Bewältigung des Trennungskonflikts besteht also in der Identifikation mit der Konfliktpartei, wobei gleichzeitig ein eigenes, abgegrenztes Selbsterleben auftritt. Der in dieser Zeit enorme Zuwachs an sprachlichen Ausdrucksmitteln ist sicherlich ebenfalls eine Folge identifikatorischer Prozesse und enthält eine weitere kreative Lösung des Trennungskonflikts: Die *Verwendung von Sprache* ist zugleich eine Bestätigung der Getrenntheit – daß Sprache überhaupt notwendig ist, um sich zu verständigen – und ihre Überwindung: Indem Bezugsperson und Kind die gleichen

Symbole verwenden, ist es wieder möglich, in der Kommunikation eine gemeinsame Welt entstehen zu lassen. Der Dialog kann fortgeführt werden, auch unter Anerkennung der Getrenntheit und der Verschiedenheit. Es ist anzunehmen, daß die Wahrnehmung der Trennung von Mutter und Selbst überhaupt erst die Fähigkeit der interaktionsunabhängigen Symbolbildung mit sich bringt: Die Partner der Interaktion, früher in einer Situation mit dem ganzheitlichen Interaktionsmuster verschmolzen, können jetzt beide getrennt voneinander wahrgenommen werden. Damit sind auch die Grundlagen für die eigene Erschaffung beziehungsstiftender Relationen zwischen den unabhängigen Repräsentanzen möglich. Das Kind kann mit seinen inneren Abbildern jetzt auch innerlich jonglieren, es kann denken. Sprachlich erwirbt es nun grammatikalische Regeln, die wesentliche und wechselnde Beziehungen zwischen verschiedenen Repräsentanzen anzeigen.

2.3.2 Die Rolle des Vaters im Trennungskonflikt

Beobachtungen an Kleinkindern zeigen, daß am Ende des ersten und vor allem im zweiten Lebensjahr ein besonders intensives Bedürfnis des Kindes nach einer Beziehung zum Vater besteht (vgl. *Abelin* 1986, 53; *Rotmann* 1978, 1106f.; *Stork* 1986, 17; 1990, 256f.). Er ist als der andere oder der Dritte Stimulanz und Hilfe bei der Bewältigung des Trennungskonflikts. Diese Funktion hat folgende Aspekte:

- a) Der Vater ist eine Attraktion in der Welt außerhalb der Mutter-Kind-Dyade. Er bietet Gefahr, Aufregung, motorische Stimulanz und steht häufig in engerem Kontakt zur Außenwelt als die Mutter, zu einer Welt, die das Kleinkind sehr interessiert. Insofern lockt er das Kind aus der Sicherheit gebenden Beziehung zur Mutter.
- b) Mutter und Vater als die zwei wichtigsten Selbstobjekte werden schon als voneinander getrennt wahrgenommen, noch bevor das Kind sich selbst als eine eigenständige, von der Umwelt bzw. der Mutter getrennte Person bewußt erlebt. Durch das Erlebnis einer Beziehung zwischen seinen beiden wichtigsten Bezugsperso-

- nen kommt es zur *Triangulation* (vgl. *Abelin* 1986; *Ermann* 1989; *Rotmann* 1978), zu einer Dreierbeziehung, in der das Kind seine bisher dominierenden verschmelzungsähnlichen Zweierbeziehungen relativieren muß. Die Zeit für den Prozeß der Triangulation wird von *Abelin* und *Rotmann* mit dem 18. Monat des Kindes angegeben und erscheint damit als Bestandteil der hier beschriebenen dritten Phase. Diese Situation ist konstituierend für das Bewußtwerden des Kindes, eine eigene Person zu sein. In diesem Fall eine Person, die, ebenso wie der Vater, die Mutter liebt und, ebenso wie die Mutter, den Vater liebt (vgl. *Abelin* 1986, 50). Es kann sich in einer solchen Dreierbeziehung also mit beiden Personen gleichermaßen identifizieren, ein Umstand, der in der Psychoanalyse mit dem Begriff *Kreuzidentifikation* (vgl. *Rotmann* 1978, 1107) bezeichnet wird. Voraussetzung für diesen Prozeß ist, daß der Vater eine Beziehung zu dem Kind hat, d.h., daß er für das Kind regelmäßig präsent ist und daß zwischen ihm und der Mutter eine Beziehung gegenseitiger Zuneigung besteht.
- c) Der Vater ist Identifikationsfigur bzw. Modell für eine andere, nicht verschmelzende Beziehungsqualität zur Mutter. Während des Trennungskonfliktes mit der Mutter und den damit einhergehenden Gefühlen von intensiver Liebe und ebenso intensivem Haß erlebt das Kind den Vater weniger zwiespältig als die Mutter. Er ist sozusagen ein „nicht kontaminiertes Objekt“ (*Rotmann* 1978, 1117) und bietet hierdurch eine Alternative, wenn die Beziehung zur Mutter sehr belastet ist. Eine schlechte Beziehung ist – wenn noch keine stabilen, unabhängigen Selbstrepräsentanzen vorhanden sind – identisch mit einem schlechten Selbst, und hier hat das Kind nun die Möglichkeit, dieses schlechte Selbst zu relativieren, indem es eine zweite, gute Beziehung aufrechterhält. Das Selbst kann so vom schlechten Selbstobjekt, der Mutter, getrennt werden – ein Vorgang, der die Differenzierung von Selbst und Bezugsperson erleichtert. In einem weiteren Schritt kann nun die Mutter mit den Augen des Vaters wieder als liebenswert gesehen werden, aber die Distanz zu ihr ist durch diesen Prozeß größer geworden.
- d) Wenn der Vater eine gute Beziehung zur Mutter hat, muß das Kind, das sich dem Vater zuwendet, die Mutter nicht gleichzeitig völlig aufgeben. Die Hinwendung zu einer Person außerhalb der Mutter-Kind-Beziehung bedeutet dann keinen völligen Verzicht auf die Mutter oder gar einen Verrat an ihr.
- ### 2.3.3 Der Erwerb eines inneren verhaltensregulierenden Systems
- Regeln, Standards, Steuerungsfunktionen, abstrakte Ideale und Ziele für die eigene Person werden als Teil der Selbststruktur durch die Interaktion mit der Umwelt errichtet (vgl. *Bandura* 1979; *Kanfer et al.* 1991). Sie sind Abstraktionen aus erlebten Erfahrungen, gehen einher mit dem Erwerb der symbolischen Repräsentationsfähigkeit und sind von ihr abhängig. Einzelne, wichtige Aspekte der Entwicklung dieses inneren, verhaltenssteuernden Systems sind:
1. *Die Übernahme von Ge- und Verboten:* Sie erfolgt durch Vorgänge der Identifikation, wie im vorigen Kapitel ausführlich beschrieben.
 2. *Der Umbau des Größenselbst* (nach *Kohut*): Die zunehmende Wahrnehmungs- und Organisationsfähigkeit führt zu Diskrepanzen zwischen dem eigenen Größenselbst und der Wahrnehmung der tatsächlichen eigenen Möglichkeiten. Die Anerkennung dieser Diskrepanz erfolgt langsam und schrittweise; die Selbststruktur kann nur langsam umgebaut werden, sie darf nicht gesprengt werden. Die bisherigen Anteile des Größenselbst, die nicht aufrecht erhalten werden können, werden zum großen Teil einer bewunderten Person der Umgebung zugeschrieben oder bereits in abstrakte Ziele umgewandelt.
 3. *Die Idealisierung und Entidealisierung einer Bezugsperson:* Das Kind, das beginnt, die eigene Hilflosigkeit und Abhängigkeit realistischer wahrzunehmen, hat das dringende Bedürfnis nach einer star-

ken, schützenden, idealen Bezugsperson, mit der es sich identifizieren kann. Dies kann Mutter oder Vater oder auch eine andere Person sein. Entscheidend ist zunächst, daß diese Person sich idealisieren läßt, daß sie also nicht Gefühle von Insuffizienz ausstrahlt oder die Idealisierung nicht erträgt. Wesentlich für die Bildung von abstrakten Idealen ist nun wieder der umgekehrte Prozeß: Das Kind entdeckt Schritt für Schritt die Unvollkommenheit seiner idealisierten Person und gewinnt mehr und mehr eine Vorstellung von deren realen Möglichkeiten, ohne daß dabei die zugrundeliegende, liebevolle und tragfähige Beziehung zwischen beiden zerbricht. Voraussetzung ist hierbei, daß die ehemals idealisierte Person jetzt auch eine solche Entidealisierung erträgt, die Enttäuschungen des Kindes aushält, ohne sich dabei in ihrem eigenen Selbstwert bedroht zu fühlen. Ist dies der Fall, so können Ideale und Ziele endgültig von einer realen Person abstrahiert werden und als solche modifiziert in die Selbststruktur eingehen. Sie stärken auf diese Weise die innere Motivation, die wiederum den Einsatz und die Erprobung der eigenen Fähigkeiten unterstützt. Darüber hinaus wird die Distanz zwischen den Idealen und Zielen und den realen eigenen Möglichkeiten bewußt ausgelotet, es können Zwischenschritte geplant werden, die bewältigbar sind und die die Überzeugung von der eigenen *Selbstwirksamkeit* stärken (vgl. Bandura 1977, 1982).

Ebenso wie der Erwerb der Sprache vorrangig in die Zeit vom 12. Lebensmonat bis etwa zum 5. Lebensjahr einzuordnen ist, findet auch die Übernahme von abstrakten Regeln, Normen, Idealen und Zielen in der Regel noch vor dem Schuleintrittsalter statt. Dieser Prozeß ist aber, wie auch der Spracherwerb, damit nicht abgeschlossen; vielmehr ist nun ein Strukturteil errichtet, der im folgenden weiter differenziert werden kann und muß. Das Grundschulalter ist also entwicklungspsychologisch gesehen eine Phase, in der entscheidende Schritte des Strukturaufbaus bereits vollzogen sind, in dem diese Struktur aber auf vielfältige Weise differenziert, weiter

ausgebaut und damit auch stabilisiert wird. Es gilt beispielsweise, Beziehungen zu neuen Personen herzustellen und dabei die alten Muster zu erproben und zu modifizieren, neue Verhaltensregeln zu erlernen, neue Räumlichkeiten als Lebensumwelt zu begreifen, die eigene Selbständigkeit von der Familie weiterzuentwickeln u.v.m.

2.3.4 Störungen

Konflikte zwischen den eigenen Impulsen und den Wünschen einer Bezugsperson werden, dank der in aller Regel zugrundeliegenden liebevollen Beziehung zu ihr, durch die Verinnerlichung des Konflikts und die damit einhergehende Identifikation sowie mit Hilfe der Triangulation schließlich gelöst. Wird solchen Konflikten mit unterdrückerischen und strafenden Aktionen der Umwelt begegnet, hat das Kind nicht die Möglichkeit, die Identifikation als alternative, freiwillige, eigene, kreative Lösung einzusetzen. Rein äußerlich unterläßt das Kind wahrscheinlich zukünftig den eigenen, spontanen Handlungsimpuls aufgrund der erwarteten Strafe, der identifikatorische Prozeß verläuft dann jedoch ohne Bewußtwerden der eigenen Getrenntheit: Eine aggressive Überreaktion der Bezugsperson gefährdet das eigene, von dieser Person ja immer noch abhängige Selbst. Die eigenen (das Selbst somit gefährdenden) Impulse werden deshalb unterdrückt zugunsten einer Verinnerlichung des aggressiven Erwachsenen, und zwar nicht aus Liebe und Bewunderung, sondern zum Schutz vor der eigenen Zerstörung. Das Kind wird in dieser Verinnerlichung auch die Grausamkeiten übernehmen, die man ihm selbst angetan hat. Es gilt also, beim Trennungskonflikt folgendes zu beachten, damit es zur Bildung eigenständiger Selbstrepräsentanzen und weiterer symbolischer Repräsentanzen kommen kann:

- Die Bezugspersonen müssen sich klar als abgegrenzte Personen konturieren, sie müssen selbst die Wahrnehmung der Getrenntheit und auch die sich daraus ergebenden Konflikte zulassen können und dürfen sich nicht aus Angst vor diesen Konflikten dem Kind unterordnen. Ansonsten wird die Repräsentanzenbildung ebenso erschwert wie die Entwicklung des Denkens

als Probehandeln und der Erwerb eines verhaltensregulierenden Systems.

- Sie müssen dem Kind genügend Zeit und Möglichkeiten geben, den Konflikt wahrzunehmen und konstruktiv zu bearbeiten und dürfen es nicht zu blindem Gehorsam zwingen. Das Kind wird sich wegen seiner eigenen Bedürfnisse nach guten Beziehungen zur Umwelt mit der Bezugsperson identifizieren und nicht, weil das von ihm verlangt wird. Wird es häufig zur Beilegung des Konflikts gezwungen, so ist sein Selbstempfinden, seine Kreativität bei der Lösung von Konflikten sowie seine Kritikfähigkeit gegenüber Zwang schwer belastet. (Gefahr der Bildung eines falschen Selbst.)
- Die Impulse des Kindes dürfen nicht mit massiver erwachsener Aggression bestraft und unterdrückt werden, da es sonst zur Verinnerlichung dieser aggressiven Seite des Erwachsenen gezwungen wird. Es lernt dann nicht, aus eigenen Bedürfnissen heraus die eigenen Impulse zu kontrollieren, sondern sich selbst und andere zu strafen und zu unterdrücken.
- Dem Kind sollte eine zweite, weniger in den aktuellen Konflikt hineinverwickelte Bezugsperson (ein Vater) zur Verfügung stehen, die als zusätzliches Identifikationsobjekt hilft, eine distanziertere aber gute Beziehung zur Mutter (und umgekehrt) wieder herzustellen. Das Fehlen von Erfahrungen der Triangulation hemmt die Wahrnehmung und Bearbeitung von Trennungserfahrungen; es wirkt sich negativ auf die Intelligenzentwicklung und auf die Entwicklung moralischer Standards aus.
- Die Bezugspersonen des Kindes sollten in ihrem eigenen Selbstwert unabhängig genug sein, um sowohl Idealisierungs- als auch Entidealisierungsvorgänge zu ertragen. Versagen sie in dieser Funktion, muß das Kind sich durch eigene, unrealistische Größenphantasien schützen und kann dann weder ein realistisches, akzeptables Selbstbild aufbauen noch kann es abstrakte Verhaltensregeln erwerben, aus denen es selbst Motivation und Ansporn bezieht. Spaltungsprozesse und Probleme im Sozialverhalten werden dadurch begünstigt.

3. Störungen des Selbst beim sprachbehinderten Kind

Bei Eintritt in die Schule bringen sprachbehinderte Kinder, wie jedes andere Kind auch, eine durch frühere Interaktionen geformte Selbststruktur mit. Diese ist häufig nicht so stabil und aufnahmefähig wie es altersgemäß bei guten Entwicklungsbedingungen zu erwarten wäre. Es gilt dabei im Einzelfall jedes sprachauffälligen Kindes zu überprüfen:

- Handelt es sich beim Störungsbild des Kindes um eine *isolierte Entwicklungsverzögerung der Sprache*, die sich durch entsprechende sprachtherapeutische Förderung ausgleichen läßt?
- Geht die Sprachstörung einher mit *funktionalen Mängeln der Interaktion mit der Umwelt*, die durch das Angebot „gesünderer“ Interaktionen behoben werden können?
- Handelt es sich bei dem vorliegenden Störungsbild um ein *strukturell verankertes Entwicklungsdefizit*, so daß der therapeutische Zugang zusätzlich über eine Einwirkung auf die Selbststruktur erfolgen muß?

Diese drei Störungsebenen sind nicht scharf voneinander zu trennen: Isolierte Sprachstörungen wirken sich relativ schnell auf Störungen der Interaktion aus, funktionelle Interaktionsmängel können andererseits auch auf einer prekären Struktur des Selbst beruhen, denn diese Funktion ist durch die Struktur mitbedingt und sie beeinflusst diese. Sprachstörungen, die mit ausgeprägten Störungen der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt einhergehen, sind dann in *enger Wechselwirkung mit einem strukturellen Mangel des Selbst* zu betrachten. Aus dem breiten Spektrum an Auffälligkeiten bei sprachbehinderten Kindern, die als Schwäche des ‚Selbst‘ verstanden werden können, soll hier exemplarisch ein Bereich herausgegriffen und auf der vorgelegten Theorie interpretiert werden.

3.1 Die Gestaltung der Beziehung zur Lehrperson

Es lassen sich idealtypisch fünf mögliche Beziehungsqualitäten unterscheiden (denen man in der Praxis in der Regel als Mischformen begegnet), die alle Ausdruck eines mehr oder weniger gelungenen Versuchs sind, den

Konflikt zwischen der Einheit mit der Umwelt und der Abgegrenztheit von ihr zu bewältigen. Diesen Verhaltensweisen ist eines gemeinsam: Sie sollen helfen, Ängste vor einer Destabilisierung der individuellen Selbststruktur zu bewältigen – manche von ihnen zu dem Preis, auf weitere Entwicklung und Wachstum zu verzichten.

3.1.1 Rigide Abgrenzung

Das Kind vermeidet den persönlichen Kontakt so gut es geht. Es ist distanziert, zurückgezogen, spricht wenig, leise, meidet auch den Blick- und den Körperkontakt. Eine Beziehung zum Lehrer wird nur zögernd aufgenommen, das Kind ist stets auf der Hut und bereit, sich wieder in sein „Schneckenhaus“ zurückzuziehen. Es unternimmt keine Versuche, auf andere Kinder zuzugehen und reagiert nur sehr zurückhaltend auf die Werbung der anderen. Die Lehrperson bemüht sich meist freundlich und geduldig um solche Kinder, nimmt sie in besonderen Schutz und versucht, ihnen ein Wort oder ein Lächeln zu entlocken. Dieser Rückzug ist möglicherweise das Resultat einer schweren Deprivation oder eine Reaktion auf eine Umwelt, die den eigenen Impulsen des Kindes, seiner Aktivität und Neugier keinen Platz ließ (hier ist oft ein dominierendes Elternteil mit der Erziehung befaßt), so daß das Kind sein Selbst nur durch Abschottung gegen die Umwelt schützen kann.

3.1.2 Wünsche nach regressiver Verschmelzung und „erstickender“ Nähe

Problematisch und aufreibend für die Lehrperson sind die Wünsche einiger Kinder nach regressiv-passiver Verschmelzung mit ihr. Diese Kinder „hängen dem Lehrer am Rockzipfel“, sie entwickeln kaum mehr eigene Initiativen und suchen auch nicht den Kontakt mit Gleichaltrigen. Ihre Nähe wird oft als „klebrig“ empfunden, sie scheinen kein autonomes Eigenleben zu haben. Diese Kinder wecken bei der Lehrperson manchmal den Wunsch, sie sich irgendwie vom Leib zu halten, die eigene Freundlichkeit ihnen gegenüber zu reduzieren, sie keinesfalls zur Nähe zu ermuntern, sie aggressiv „abblitzen“ zu lassen. Solche Kinder versuchen, um den

Preis der eigenen Initiative, Autonomie und Aktivität die Trennung von Selbst und Umwelt zu vermeiden, die sie als Eingeständnis der eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit und der damit einhergehenden Angst vor Vernichtung ihres Selbst erleben müssen.

3.1.3 Wünsche nach aggressiver Abgrenzung

Es wird ein Verhalten gezeigt, das darauf abzielt, sowohl Aufmerksamkeit als auch Mißfallen und Ablehnung des Lehrers hervorzurufen. Obwohl Lehrer diesen Mechanismus häufig erkennen, stehen sie der Situation oft hilflos gegenüber, denn Strafen haben kaum abschreckende Wirkung und werden z.T. sogar mit Stolz getragen. Der Versuch, die herausfordernden Provokationen zu ignorieren, führt in der Regel zu einer Eskalation derselben, und zwar so lange, bis der Lehrer dann endlich doch „aus der Haut fährt“. Diese Kinder erhalten ihr Selbst, indem sie garantiert das Gegenteil ihrer Umwelt sind; ihnen fehlt aber die Möglichkeit der Identifikation, um diesen Konflikt zu überwinden. Sie können in ihrer Suche nach Abgrenzung auch keine eigenständigen Impulse entwickeln, sondern sie sind gezwungen, stets negativ auf die Impulse der Umwelt zu reagieren. Sie sind sozusagen *negativ abhängig* oder *gegenabhängig*. Ihre aggressive Abgrenzung erscheint als ein verzweifelter Bemühen, eine Form von eigener Autonomie gegen die Umwelt einzunehmen, die eigenen unstillbaren Wünsche nach regressiver Verschmelzung abzuwehren und sich wenigstens eine betonte Unabhängigkeit mit dem darin enthaltenen gewissen Entwicklungspotential zu bewahren.

3.1.4 Wünsche nach Spiegelung und Idealisierung

Einem großen Teil der Kinder gelingt es zwar in der Regel, eine grundsätzlich positiv getönte Beziehung zur Lehrperson aufzunehmen, auffällig ist aber dabei das Ausmaß, in dem Aufmerksamkeit und persönliche Zuwendung gefordert werden. Insbesondere nach der Einschulung besteht ein großes Bedürfnis, die Lehrperson im Sinne einer „hilfreichen Beziehung“ zu benutzen: sich in allen Impulsen ihr mitzuteilen, sich in ihr zu spiegeln und von ihr emotional gehalten zu werden. Gelingt

dies, so kann das Kind sich selbst glücklich idealisieren und bei den unausweichlichen Frustrationen durch die Realität diese Idealisierung zum Teil in Struktur umwandeln und zum Teil auch auf den Lehrer übertragen (vgl. umwandelnde Verinnerlichung, Kohut 1981a und b). Auch hier löst nach und nach eine realistischere Sichtweise diese überschwengliche Beziehung ab, und das Kind geht dazu über, sich gesund abgegrenzt, partnerschaftlich und empathisch zu verhalten und ein eigenes, unabhängiges, verhaltensteuerndes System zu erreichen.

3.1.5 Ausgewogenheit zwischen Distanz und Nähe

Nicht alle Schüler und Schülerinnen an den Schulen für Sprachbehinderte leiden an strukturellen Defiziten des Selbst. Es gibt auch Kinder, deren Sprachstörung relativ isoliert steht und bei denen andere Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung nicht wesentlich betroffen sind. Wenn es gelingt, bei diesen Kindern interaktionelle Folgestörungen der auffälligen Sprache zu vermeiden, sind sie in ihrem Lern-, Leistungs- und Sozialverhalten unauffällig. Diese Kinder fanden „genügend gute“ sozial-emotionale Entwicklungsbedingungen vor, ihre Sprachbehinderung ist meist auf recht isoliert oder kurzzeitig wirksam werdende organische Ursachen zurückzuführen. Sie stellen eine zwischen Distanz und Nähe ausgewogene Beziehungsqualität her. Sie kommunizieren gern mit der Lehrperson, unterstreichen ihre verbalen Mitteilungen mit nonverbalen Ausdrucksmitteln, haben aber neben dieser Beziehung auch viele andere Interessen und Kontakte zu Gleichaltrigen. Sie sind in ihrem Selbsterleben relativ sicher und autonom, haben eigene Verhaltensregeln entwickelt, die sie modifizieren können, und sie versuchen, Konflikte zunächst selbst zu bewältigen und abzuwägen, bevor sie im Notfall auf die situative Unterstützung oder Klärung mit Hilfe des Lehrers zurückgreifen. Diese Kinder sind bereits fähig zu Rollendistanz und Empathie und sie sind meist bei anderen Kindern beliebt und geachtet. Ihre Anwesenheit in einer Klasse unterstützt die Schaffung einer konstruktiven Atmosphäre und entlastet die Lehrperson. Leider sind sie nur selten anzutreffen und wenn, dann mei-

stens begierig zu lernen, leicht sprachlich zu rehabilitieren und in die Grundschule zu reintegrieren.

Der Sprachheilpädagoge wird in der Praxis zumeist mit den Beziehungsqualitäten 1 bis 4 befaßt sein. Da aber bisher eine Theorie zur Einordnung und zum Verständnis dieser Beziehungsqualitäten fehlte, wurden die damit verbundenen Verhaltensweisen oft als ärgerliche, den Unterrichtsablauf und das Lernen störende Faktoren betrachtet. Werden diese Beziehungsqualitäten jedoch mit Hilfe einer Theorie des Selbst analysiert, so sind sie nicht mehr zu sehen als Störung des sonderpädagogischen Auftrags, sondern vielmehr als Teil dieses Auftrags. *Sie sind – ebenso wie die Sprachbehinderung – Teil des Versuchs, das Selbst vor Desintegration und Destabilisierung zu schützen.* Somit ist es Aufgabe der Sprachheilpädagogen, die Beziehungsqualität als eine wesentliche Variable der Sprachstörung zu betrachten und diese Beziehung so mitzugestalten, daß sie eine den Möglichkeiten des Kindes entsprechende optimale Lernsituation bietet.

Literatur

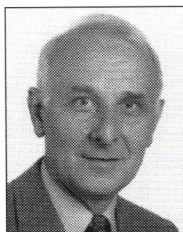
- Abelin, L.: Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork, J. (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Stuttgart, Bad Cannstatt 1986, 45-72.
- Balint, M.: Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek (1968) 1973.
- Bandura, A.: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 84 (1977) 2, 191-215.
- Bandura, A.: Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart 1979.
- Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 37 (1982) 7, 122-147.
- Bastine, R.: Klinische Psychologie. Stuttgart 1990.
- Breitenbach, E.: Strukturwandel in der Schülerschaft an Sprachheilschulen – Tatsache oder Einbildung? *Die Sprachheilarbeit* 37 (1992) 3, 111-118.
- Dornes, M.: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a.M. 1993.
- Ermann, M.: Das Dreieck als Beziehungsform. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 34 (1989), 261-269.

- Ellis, A.: Die rational emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München 1977.
- Emde, R.N.: Die endliche und die unendliche Entwicklung 1. Angeborene und motivationale Faktoren aus der frühen Kindheit. *Psyche* 45 (1991a) 9, 745-779.
- Emde, R.N.: Die endliche und die unendliche Entwicklung 2. Neuere psychoanalytische Theorie und therapeutische Überlegungen. *Psyche* 45 (1991b) 10, 890-913.
- Erikson, H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart (Erstauflage 1950) 1982.
- Esman, A.H.: Die „Reizschranke“. Forschungsbericht und Neubetrachtung. *Psyche* 45 (1991) 2, 143-156.
- Fthenakis, W.E.: Die Vaterrolle in der neueren Familienforschung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 31 (1984) 1, 1-21.
- Fthenakis, W.E.: Väter, Bd. 1. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung. München 1985.
- Fthenakis, W.E.: Zur Rolle des Vaters in der Entwicklung des Kindes. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37 (1992) 4, 179-189.
- Gieseke, T., Harbrucker, F.: Wer besucht die Schule für Sprachbehinderte? *Die Sprachheilarbeit* 36 (1991) 4, 170-180.
- Grohnfeldt, M., Werner, L.: Ein Beitrag der Sprachbehindertenpädagogik im Rahmen interdisziplinärer Sprachförderung. *Die Sprachheilarbeit* 29 (1984) 1, 1-20.
- Hartig-Gönnheimer, M.: Das sprachbehinderte Kind mit MCD-Verdacht. *Die Sprachheilarbeit* 33 (1988) 4, 186-192.
- Hartig-Gönnheimer, M.: Entwicklungen und Störungen des Selbst bei sprachbehinderten Kindern. Berlin 1994.
- Hartkamp, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39 (1990), 120-126.
- Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D.: Selbstmanagement-Therapie. Berlin 1991.
- Khan, M., Masud, R.: Selbsterfahrung in der Therapie. München 1977.
- Kohut, H.: Narzißmus. Frankfurt a.M. 1981a.
- Kohut, H.: Die Heilung des Selbst. Frankfurt a.M. 1981b.
- Lang, H.: Die „strukturelle Triade“. Überlegungen zur Neubewertung des Ödipuskomplexes. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37 (1992), 207-215.
- Lichtenberg, J.D.: Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen. *Psyche* 44 (1990) 10, 871-901.
- Lichtenberg, J.D.: Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin, Heidelberg 1991.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a.M. 1980.
- Miller, A.: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt a.M. 1979.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P.: Gestalttherapie, Bd. I: Grundlagen. München (Erstauflage 1951) 1991.
- Rogers, C.R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt a.M. (Erstauflage 1951) 1988.
- Rogers, C.R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart 1979.
- Rotmann, M.: Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungsphase“. *Psyche* 32 (1978) 12, 1105-1147.
- Spitz, R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart (Erstauflage 1965) 1983.
- Spitz, R.A.: Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Stuttgart (Erstauflage 1957) 1978.
- Spitz, R.A.: Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihrer Rolle in der Persönlichkeitsbildung. München (Erstauflage 1963) 1988.
- Stork, J.: Der Vater – Störenfried oder Befreier? In: Stork, J. (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Stuttgart, Bad Cannstatt 1986, 9-30.
- Stork, J.: Neue Betrachtungen zu Merkmalen der Psychopathologie des Säuglingsalters. In: Stork, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Stuttgart, Bad Cannstatt 1990, 240-278.
- Winnicott, D.W.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt a.M. (Erstauflage 1958) 1983.
- Winnicott, D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt a.M. (Erstauflage 1965) 1984.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Monika Hartig-Gönnheimer
Untertal 23a
77978 Schuttertal

Dr. Monika Hartig-Gönnheimer arbeitet seit 1984 als Sonderschullehrerin an Sprachheilschulen, meist als Klassenlehrerin in der Stufe 1/2; Betreuung von Schulkindergärten, z.Zt. eines Sonderschulkindergartens für Sprachbehinderte.



Jürgen Teumer, Hamburg

Die Anfänge des Sprachheilwesens in Hamburg – wirklich nur eine Erfolgsstory?¹

Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der Darstellung steht die sogenannte Heilkursphase zwischen den Jahren 1888 und 1912. Chronologische Abläufe, Inhalte und Strukturen der Heilkurse finden ebenso Berücksichtigung wie die handelnden Personen. In narrativer Form werden am Beispiel eines „sprachgebrechlichen“ Kindes sowie seines Heilkurslehrers alltags- und sozialgeschichtliche Details herausgearbeitet.

Vorbemerkung

Hamburg und sein Sprachheilwesen hatten – soviel ist aus der recht defizitären Historiographie immerhin bekannt – seit jeher ein positiv-fortschrittliches Image. Lambeck (1927, 56) konnte ihm deshalb pauschal einen „ehrenvollen Platz“ zuweisen. Das war und ist cum grano salis sicher nicht unverdient, denkt man an manche das Sprachheilwesen in Deutschland und darüber hinaus prägende Entwicklungen, Initiativen oder Persönlichkeiten. Nicht zuletzt deshalb hatten jahrzehntelang die frühere „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ und ihre Nachfolgerin, die jetzige „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)“, ihren Sitz in der Hansestadt.

Andererseits: Die Überschrift meines Beitrags mit ihrem sprachlich leicht verfremdeten und fragenden Untertitel deutet an, daß es an der Tragfähigkeit und Gültigkeit dieses Eindrucksurteils Zweifel geben könnte. Ich halte es deshalb für gerechtfertigt, mit dem wissenschaftlichen Instrumentarium des Quellenstudiums zu überprüfen, ob derartige Zweifel überhaupt angebracht sind.

Im folgenden soll die Anfangsphase des Sprachheilwesens in Hamburg einer gebotenen sachlichen und nüchternen Gesamt-schau unterzogen werden. Zunächst ist des-

halb nach der zeitlichen Spanne zu fragen, deren Betrachtung hier in den Mittelpunkt gestellt werden soll. Meine Entscheidung, dafür den Zeitraum zwischen 1888 und 1912 auszuwählen, hat sicher den Beigeschmack des Zufälligen. Immerhin aber steht das erste Datum für den Beginn breit angelegter Bemühungen um sprachbehinderte Kinder, nämlich der Heilkurse, das zweite für deren teilweise Ablösung durch die Einrichtung einer ersten Sprachheilklasse. Ausgeklammert sind damit alle jene sporadischen Bemühungen aus dem Bereich der Taubstummenfürsorge bzw. von kirchlichen und karitativen Institutionen im frühen 19. Jahrhundert.

Angestrebt wird keine lückenlose und strikt chronologisch angelegte Darstellung. Informationen dazu sollten besser aus den einschlägigen Publikationen entnommen werden, z.B. bei Dirnberger (1973), Dupuis (1983), Hansen (1929), Kolonko/Krämer (1992) und Orthmann (1980) im allgemeinen, bei Hahn (1962), Lambeck (1927) und Wendpap (1960, 1963) im besonderen für Hamburg. Die Schwerpunkte werden hier statt dessen auf ausgewählte und solche Belange gesetzt, die dort unberücksichtigt geblieben sind bzw. überhaupt noch nicht im Blickhorizont liegen konnten. Dabei ist besonders eine zeitliche Koinzidenz zu beachten. Die Etablierung der Heilkurse fällt nämlich mit der nachgerade erregenden Phase des reformpädagogischen Aufbruchs zusammen. Hamburg hat hierbei eine führende Rolle gespielt.

Am Rande sei vermerkt, daß in verschiedenen Textpassagen eine heute ungebräuchli-

¹ Gekürzte Fassung des Vortrages, gehalten am 7. Oktober 1994.

che Terminologie, z.B. Wolfsrachen, Hasenscharte, sprachgebrechlich, eingesetzt wird. Im Interesse einer einheitlichen und zeitbezogenen Diktion wird sie jedoch nicht gesondert als veraltet ausgewiesen.

1. Das Entstehen der Heilkurse

Anders als in Preußen, wo die Fürsorge für die sprachgebrechliche Jugend zur Aufgabe der Gesundheitsbehörden und Schulverwaltungen gemacht wurde, war in Hamburg die private Initiative erforderlich. Zwei hiesige Kaufleute, Gustav August *Reimers* und Wilhelm *Welzien*, hatten in ihrer ehrenamtlichen Funktion als Schulpfleger in öffentlichen Volksschulen nicht nur die alltägliche physische und soziale Not der Kinder, ihre Unterernährung, ihren Mangel an Kleidung, ihre gesundheitlichen Probleme, kennengelernt und im Verein mit anderen wohlhabenden Bürgern nach Kräften gelindert. Sie hatten auch die seelische Not der sprachgebrechlichen, vor allem der stotternden Kinder erkannt. *Reimers* hatte sogar 1887 eine Umfrage in der Schule seiner Zuständigkeit veranlaßt. 13 Stotterer wurden unter 1011 Schülern ausgemacht – übrigens eine anteilige Größe, die sich immer wieder bestätigen sollte. Bevor jedoch aus diesem Ergebnis klar umrissene institutionelle Konsequenzen gezogen wurden, wurde im Sinne bewährter kaufmännischer Tugenden zunächst eine kasuistische Effizienzkontrolle durchgeführt: Zwei schwer stotternde Knaben wurden nämlich mit Einwilligung des Schulrates auf Kosten der beiden Kaufleute in Privatbehandlung gegeben. Nach drei Monaten konnten diese dem Schulrat – glücklicherweise fast vollständig geheilt – wieder vorgestellt werden. Die grundsätzliche Heilbarkeit des Stotterns war damit experimentell nachgewiesen.

Wilhelm *Rump*, ein Freund und Vertrauter der beiden Kaufleute, konnte deshalb in seiner Funktion als Mitglied der Bürgerschaft dort den folgenden Antrag einbringen: „Die Bürgerschaft ersucht den Senat, die Oberschulbehörde zu veranlassen, in Erwägung zu ziehen, ob ein spezieller Sprachunterricht für stotternde Schulkinder einzuführen ist“ (*Lambeck* 1927, 58). (Anm. d. Verf.: Der Wortlaut des Antrages hat in anderen Veröffentlichungen, z.B. bei *Schleuß* 1928, 667 oder *Wend-*

pap 1963, 2, eine geringfügig andere Fassung.)

Der Antrag wurde am 22. und 29. Februar 1888 in der Bürgerschaft ausführlich diskutiert und schließlich mit knapper Mehrheit abgelehnt. *Rumps* eindringlichem Appell, sich der schätzungsweise 500 bis 800 stotternden Schulkinder der öffentlichen Volksschulen im Interesse ihrer Charakterbildung und ihres Lebensglücks und der Abwehr von Mißmut, Verschlossenheit, gar Selbstmordgefährdung durch die Einrichtung von Heilkursen nach dem Vorbild anderer Städte anzunehmen, wurde u.a. entgegengehalten, daß der exakte ziffernmäßige Nachweis für die Bedarfslage fehle, der Staat schließlich eine Menge anderer Aufgaben zu erfüllen habe (wie Suppe und Schuhe für bedürftige Kinder) und im übrigen sich das Stottern beim Lese- und Schreibunterricht verlore (vgl. *Schleuß* 1928).

Rump, *Reimers* und *Welzien* waren nunmehr gehalten, das für dringlich Angesehene selbst in die Hand zu nehmen: Sie gründeten wenige Tage später, am 11. März 1888, einen „Verein zur Heilung stotternder Volksschüler“. Ihnen gesellten sich der Direktor der Taubstummenanstalt, Heinrich *Söder*, und der Hauptlehrer einer Volksschule, H. *Lüder*, hinzu. Zur Finanzierung des Vorhabens der Heilkurse sollte neben Eigenmitteln auf Spenden zurückgegriffen werden. Anfang März 1888 waren Zeitungsanzeigen erschienen, und Ende März erfolgte ein Aufruf in 3000 Exemplaren, in dem um Unterstützung in Form von Spenden geworben wurde (vgl. *Lambeck* 1927, 58).

Der Erfolg des Spendenaufrufs war nicht gerade überwältigend, immerhin aber auch nicht so entmutigend, daß das Vorhaben vorschnell aufgegeben werden mußte. Vielmehr wurde sogar im Interesse der besseren empirischen Absicherung die Oberschulbehörde veranlaßt, in allen öffentlichen Volksschulen Hamburgs „die mit Sprachgebrechen behafteten Kinder“ (*Lambeck* 1927, 59) feststellen zu lassen. Das Ergebnis: Unter 58354 Schülern befanden sich 446 Sprachkranke, und zwar 305 Knaben und 141 Mädchen – eine Quote, die vergleichsweise als zu niedrig eingeschätzt wurde. (Als Erklärung diente die mangelnde Aufklärung in der Öffentlichkeit, in diesem Falle speziell in der Lehrerschaft.)

Der Verein lud im Juli 1888 alle jene Lehrer zu einer Versammlung ein, die sich zur Stotterbehandlung befähigt fühlten. Acht wurden schließlich dafür ausersehen, übrigens allesamt Autodidakten, ausschließlich Volks- bzw. Hilfsschullehrer (die auch lediglich autodidaktisch weitergebildete Volksschullehrer waren). *Söder* wurde die fachliche Verantwortung übertragen.

Am 17. September 1888 konnte nach einem nahezu einjährigen Vorlauf in acht Gruppen und mit 85 stotternden Knaben (im Laufe des Jahres noch durch stotternde Konfirmanden auf 108 aufgestockt) die Heilkursarbeit beginnen. Die Oberschulbehörde hatte dem Verein dafür die Klassenräume unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Nach überaus guten Anfangserfolgen – die Mehrzahl der Stotternden konnte ausweislich der Berichte von *Söder* geheilt werden – und aufgrund des Engagements weiterer angesehener Bürger wurden die Heilkurse zu einer festen Einrichtung. Allerdings bereitete trotz wiederholter Spendenaufrufe die Finanzierung erhebliche Schwierigkeiten, so daß schon bald (ab 1891) staatliche Zuschüsse eingeworben werden mußten. Zunächst waren es 1800 Mark, später 3000 Mark pro anno – bei einem Gesamtbudget der Oberschulbehörde von (1888) 3,1 Mill. Mark (vgl. *Schleuß* 1928, 667) geradezu lächerliche Beträge. Als die Antragssumme für das Jahr 1900 auf 5000 Mark steigen mußte, eine Summe, die fast deckungsgleich mit dem Gesamtvolumen der erforderlichen Mittel war, ging die Arbeit voll in die staatliche Zuständigkeit der Oberschulbehörde, hier der Abteilung für das Volksschulwesen, über. Der Verein löste sich auf. „Ein Werk edelster Humanität war geschaffen worden“ (*Lambeck* 1927, 62). Und mit Genugtuung durfte festgestellt werden, daß die erbrachten Leistungen den behördlich organisierten in anderen Bundesstaaten ebenbürtig waren und „Hamburg in dieser Arbeit mit an der Spitze in Deutschland marschierte“ (*Lambeck* 1927, 63).

1.1 Anmerkungen

Bezüglich der Etablierung einer (öffentlich oder privat getragenen) Fürsorge für sprachgebrechliche Schulkinder lassen sich auch

mit Blick auf die Situation im Deutschen Reich folgende Feststellungen treffen:

a) Abgesehen von sporadischen Bemühungen – der Rahmen einschlägiger Maßnahmen für Sprachbehinderte im 19. Jahrhundert spannt sich von Einrichtungen für Taubstumme über das Umfeld ärztlich, karitativ bzw. kirchlich geprägten Engagements bis hin zu den üblen Machenschaften von Scharlatanen, die auf Marktplätzen, in Hinterzimmern oder in Operationssälen (man denke an die berühmten Zungenoperationen von *Dieffenbach*) ihr Unwesen trieben – geraten sprachbehinderte Menschen erst spät ins Visier öffentlichen Interesses, auch und vor allem der pädagogischen Bewußtseinslage. Beachtlich älter und entschiedener sind die Bemühungen um Taubstumme, Blinde, Krüppel und Blödsinnige bzw. Idioten. Dieses Schicksal einer relativen Vernachlässigung teilen mit den Sprachbehinderten alle übrigen Behindertengruppen, die bisher noch keine Erwähnung fanden, also die Schwerhörigen, ferner (nach der heutigen Terminologie) die Lernbehinderten und die Verhaltensgestörten.

Dieser Zustand ändert sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts allgemein. Die Erklärungen dafür mögen vielfältig sein. Vieles spricht jedoch dafür, daß maßgebliche Impulse von den sich tiefgreifend ändernden politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ausgingen (vgl. u.a. *Dupuis* 1983, *Krämer* 1990, *Kolonko/Krämer* 1992). Das Deutsche Reich steigt zu einer Wirtschaftsmacht auf, dessen Industrie einen erheblichen und zusätzlichen Bedarf an besserqualifizierten Arbeitskräften hat. Das ökonomische und utilitaristische Denken ist auf die bürgerliche Brauchbarkeit und industrielle Verwertbarkeit orientiert. Eine Behinderung im Wirtschaftsleben, eine Minderung in der beruflichen Tauglichkeit, nicht zuletzt auch die Herabsetzung der Wehrfähigkeit sollten tunlichst vermieden werden. Die Schulbildung, voran die Volksschulbildung, geriet in den Blick – und mit ihr, freilich am Rande, auch die Bedürftigkeit der sprachgebrechlichen Schuljugend. Ihr vermutetes Potential, vor allem das der Stotterer, wurde in den Rahmen der Normalität eingeordnet.

b) Im Hinblick auf die institutionelle Etablierung der Heilkurse spielten Hamburg und die

hier agierenden Personen sicher keine prägende oder vorbildhafte Rolle. Diese muß zwei überragenden Persönlichkeiten, nämlich Albert und Hermann *Gutzmann*, konzidiert werden. Ihre fachliche Autorität besaß in jeder Weise modellbildende Kraft für alle Regionen im Deutschen Reich. Sie hatten sich mit ihren grundlegenden Veröffentlichungen und der Herausgabe des Periodikums „Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde“ (ab 1891; 1913 abgelöst durch „Vox“) das wissenschaftliche Renommee geschaffen, das sie auch über die ab 1889 in Berlin installierten Ausbildungskurse für Lehrer und Ärzte zu festigen und auszubauen wußten. 1898 gab es schon weit über 300 in der *Gutzmann'schen* Methode unterwiesene Volks-, Hilfsschul- und Taubstummenlehrer. Die Behörden bzw. Kommunen gewährten ihnen die erforderliche Unterstützung ideeller und finanzieller Art.

Aus Hamburg ist nicht bekannt, daß Lehrkräfte in den Genuß der Zusatzausbildung bei *Gutzmann* selbst gekommen wären. Die Konstruktion des privaten „Vereins zur Heilung stotternder Schulkinder“ und dessen notorisch finanzielle Knappheit ließen derartige Möglichkeiten wohl nicht zu. Allein über *Söder* wird mitgeteilt, daß er „der Schüler und Mitarbeiter A. *Gutzmanns*“ (*Lambeck* 1927, 56) gewesen sei und er darüber hinaus „einen mehrwöchigen Urlaub dazu benutzt (habe), um auf eigene Kosten bei Herrn Dr. *Gutzmann* in Berlin Theorie und Praxis dieser Heilkunst zu studieren“ (*Söder* 1896, 38).

c) Auffällig ist generell, daß es aus der Lehrerschaft praktisch ausschließlich die Volks- und Hilfsschullehrer waren, die die Praxis der Sprachheilarbeit in der Gestalt der Heilkurse übernahmen. Taubstummenlehrer gehörten kaum dazu. Diese hatten zweifellos eine unleugbare Bedeutung für das Sprachheilwesen, geradezu eine stiftende Wirkung bezüglich Methodik und Aufbau von Institutionen. Aber ihre Bedeutung bezog sich viel weniger als vermutet auf die unmittelbare praktische Tätigkeit selbst als vielmehr „auf die Vorbereitung der Volksschullehrer und Hilfsschullehrer für die Sondertätigkeit, auf die Beaufsichtigung der Heilkurse und Abhaltung der Prüfungen in den Kursen“ (*Lambeck* 1927, 56). Beste Beispiele für die Richtigkeit dieser Ein-

schätzung sind Albert *Gutzmann* (Berlin) und eben *Söder* (Hamburg), aber auch *Gentner* (München), *Stötzner* (Dresden) oder vor ihnen *Graßhoff* (Berlin) und *Otto* (Erfurt). Es ist müßig, lange darüber zu spekulieren, was für diese Aufgabenteilung verantwortlich zu machen war. Zieht man berufs- und standespolitische Erwägungen ins Kalkül, und das sind zugleich auch finanzielle Belange, dürfte man sicher nicht ganz fehlgehen.

d) Hamburg ist bei der Einrichtung von Heilkursen einen Sonderweg gegangen: die private Initiative und Verantwortung war für die ersten zwölf Jahre an die Stelle der anderenorts üblichen staatlichen Zuständigkeit getreten. Zudem verriet Vorbereitung, Absicherung und Durchführung der Heilkurse einen Eigencharakter. Freier Bürgersinn, gepaart mit sozialem Engagement, vor allem aber kaufmännische Gediegenheit waren für jedermann erkennbar. Kritische Betrachter mögen darin auch die dem Hamburger nachgesagte Pfeffersackmentalität ausmachen. Verklausuliert kommt diese Einschätzung in einem Zitat zum Ausdruck, dessen Urheberschaft sogar in der Oberschulbehörde (sic!) liegt: „Es darf als charakteristischer Zug der Hansestädte angesehen werden, daß man die Betätigung auf kulturellem Gebiete zunächst gern der Tatkraft privater Kreise überläßt, die dadurch entstandenen Einrichtungen später, wenn sie ihre Lebensfähigkeit bewiesen haben, staatlich unterstützt und sie endlich verstaatlicht und weiter ausbaut“ (*Oberschulbehörde Hamburg* 1925, 8).

2. Die Struktur und Kontur der Heilkurse

Das *Organisationsmuster* der Heilkurse für stotternde Volksschüler, in die übrigens von Anfang an auch schwere Stammer und Kinder mit Wolfsrachen und Hasenscharte aufgenommen wurden (vgl. u.a. *Söder/Pluder* 1894), entwickelte sich im Laufe der praktischen Erfahrung. Hatte man sich anfangs darauf eingestellt, die Schulkinder in einem einmalig angesetzten Kurs zu versorgen, ergab sich bald aus Gründen hoher Rückfallquoten bzw. der Absicht, diese zu vermeiden, die Notwendigkeit, alle – eben auch die Geheilten – im Anschluß an den übungsintensiven ersten Kurs (Hauptkurs) sofort in einen zweiten (Nachkurs/Nachhilfekurs) mit gerin-

gerem Zeit- und Übungsaufwand aufzunehmen, den nicht Gebesserten hingegen sogar die Teilnahme an einem weiteren Haupt- oder Wiederholungskurs abzuverlangen.

Adressaten der Heilkursangebote mit Gruppengrößen bei etwa zwölf waren zunächst ausschließlich die älteren Schülerjahrgänge. Ausschlaggebend hierfür war vor allem die Erwartung, bei den älteren am ehesten den Willen und die Bereitschaft zur Mitarbeit mobilisieren zu können, aber auch die erhoffte Eitelkeit und den Wunsch zu nutzen, den Makel vor Eintritt in das Erwerbsleben ablegen zu wollen. Im Laufe der Zeit ergaben sich notgedrungen auch andere, nämlich altersinhomogene Gruppen. Neue Einsichten in das Entstehen, den Verlauf und die Chancen der Behebbarkeit des Stotterns führten zu dem Bestreben, vermehrt jüngere Jahrgänge einbeziehen zu können.

Die *Anzahl* der Kursangebote lag konstant bei sieben (anfangs sechs) für Knaben und zwei (anfangs ein Kurs) für Mädchen. Aus Gründen finanzieller Knappheit mußte eine strikte Begrenzung, die unterhalb des eigentlichen Bedarfs lag, in Kauf genommen werden. Erst nach Übernahme der Heilkurse in die staatliche Zuständigkeit, aber auch bedingt durch das starke Bevölkerungswachstum in Hamburg, wurden die Angebote erheblich erweitert (ab 1908/9 z.B. 13 Kurse; Anm. d. Verf.: Die in den Publikationen jener Zeit genannte Anzahl 26 enthält jeweils die Haupt- und Nachkurse).

Der *zeitliche Aufwand* betrug im Hauptkurs viermal pro Woche eine Stunde, und zwar immer in der Zeit von 17 bis 18 Uhr. Die Kurse

waren auf 20 Wochen Dauer angelegt, also auf insgesamt 80 Stunden. Die Nachkurse umfaßten einmal pro Woche eine Stunde, ebenfalls über 20 Wochen verteilt, also insgesamt 20 Stunden. Die Ferien abgerechnet, verblieben die Kursisten somit etwa mindestens über den Zeitraum eines Jahres in der Obhut des Heilkurses. Den Teilnehmern wurden damit ziemliche Zusatzbelastungen auferlegt. Nicht zuletzt die soziale und gesundheitliche Lage der Kinder boten Hinderungsgründe genug, sich dieser Anforderung zu entziehen. Insofern bestand hier ein konfliktträchtiges Arbeitsfeld, in das bald bestimmte Steuerungsmechanismen eingebaut wurden. So heißt es in einem Berichtsblatt des Vereins (1891): „Auch die Bestimmung des Vorstandes, allen Schülern, welche den Unterricht während des ganzen Cursus pünktlich und regelmäßig besucht haben, die beim Eintritt bezahlten drei Mark beim Schluss des Unterrichts zurückzuerstatten, hat auf das regelmässige Erscheinen unserer Pflegebefohlenen den heilsamsten Einfluss ausgeübt.“

Zum Ende des jeweiligen Kurses, etwa um die Osterzeit, stand eine *Abschlußprüfung* an. Sie hatte die Funktion, „auch der Öffentlichkeit ein anschauliches Bild von den erreichten Heilerfolgen und der Unterrichtsart selbst zu geben“ (Söder 1907, 388).

Ein besonderer Aufwand galt der *Statistik* als Grundlegung und Absicherung der Heilkursarbeit. Nicht nur, daß regelmäßig Umfragen in den Volksschulen über die Anzahl der Sprachgebrechlichen durchgeführt wurden, nein, mit großer Stetigkeit wurde über die Heilungserfolge berichtet.

	1896		1897		1898	
	93 ♂	14 ♀	106 ♂	13 ♀	135 ♂	31 ♀
geheilt	54,84 ^{*)}	28,57	57,55	38,46	54,81	48,39
sehr gebessert	24,73 ^{*)}	50,00	30,19	38,46	28,89	41,93
gebessert	18,28 ^{*)}	21,43	12,26	23,08	15,56	9,68
nicht gebessert	-	-	-	-	0,74	-

^{*)}Anm. d. Verf.: Die angegebenen Prozentwerte summieren sich nicht auf 100 %.

Tab. 1: Statistik zu den Behandlungsergebnissen (in %) der Jahre 1896-1898 in den Hamburger Stotterer-Heilkursen (aus: Söder 1907, 389)

Der in Tab. 1 dargestellte Ausschnitt belegt die durchgängigen und über Jahre auch stabilen Heilungserfolge. Natürlich mag man die Quoten anzweifeln und in ihnen eine den Behörden und der Öffentlichkeit geschuldete Form von selbsterfüllender Prophezeiung erkennen. Immerhin aber wurde versucht, zu einer gewissen Objektivierung und ergänzenden Einschätzung des Eigenurteils zu gelangen, indem über ein sogenanntes Verkehrsbuch auch Mitteilungen durch Eltern und Klassenlehrer über die sprachlichen Leistungen des Kindes bei den täglichen schulischen bzw. häuslichen Verrichtungen in die Bewertung einfließen.

Auffällig und ohne jede interpretative Anmerkung von *Söder* oder den anderen Berichterstatern sind die durchgängig schlechteren Heilungserfolge bei den Mädchen.

Die Heilkurse zeitigten einige äußerst willkommene *Nebeneffekte*. So wurden alle Kinder von einem Spezialarzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (Dr. *Pluder*) unentgeltlich auf Mängel im Bereich der Atmungs-, Artikulations- und Stimmorgane untersucht, gegebenenfalls auch operiert. Zahnärzte (Dr. *Birgfeld* und *Elvers*) besorgten eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung und Behandlung. Zur Verbesserung der Hygiene beschafften sie auch Zahnbürsten. Für die Kinder mit Wolfsrachen und Hasenscharte schließlich fertigten sie Obturatoren an, damit die Defekte abgedeckt werden konnten.

Ein Nebeneffekt ganz anderer Art war die in Maßen vorhandene Bereitschaft anderer Lehrkräfte, in den Kursen zu hospitieren. Es kann angenommen werden, daß auf diesem Wege nicht nur ein gewisses Verständnis für die Arbeit und Einblicke in den Vollzug gebahnt wurden, sondern auch Nachwuchsförderung betrieben worden ist.

Zur *Organisation der inneren Arbeit* ist zu vermerken, daß die Kurslehrer monatlich einmal mit *Söder* zusammenkamen, um neben organisatorischen in erster Linie inhaltliche Fragen zu besprechen. Diese Treffen – heute würde man sie vielleicht pädagogische Konferenzen nennen – hatten zudem eine wünschenswerte Fortbildungsfunktion. Die Schriften von Albert und Hermann *Gutzmann* wurden diskutiert, die Hefte der „Medizinisch-pädagogi-

schen Monatsschrift“ zirkulierten. Unabdingbare Richtschnur der Arbeit war und blieb die Methode *Gutzmanns*, ein primär übungstherapeutisches, auf die Physiologie des Sprechvorgangs ausgerichtete Stotterer-Heilverfahren. Das ebenfalls eingesetzte „Übungsbuch für stotternde Schüler“ von Albert *Gutzmann* (1891) diente zugleich als Hilfe bei der Behandlung der Stammler.

2.1 Anmerkungen

Zwei miteinander verwobene Aspekte, nämlich das System der Kurse und die angewandte Methode, sollen hier einer zusätzlichen Betrachtung unterzogen werden:

a) Das Organisationsmuster und das System der Kurse offenbarten zweifellos das Bestreben, die Heilerfolge zu optimieren. Als objektive Grundlagen dienten die regelmäßigen statistischen Veröffentlichungen, Ausdruck eines positivistischen Wissenschaftsverständnisses (vgl. *Kolonko/Krämer* 1992, 23). Sie waren, bei Lichte betrachtet, jedoch pure Erfolgsmeldungen, wohl mehr dem schönen Schein als der Realität der wahren Rückfallquoten geschuldet. Später, als die Heilkursphase teilweise von den Sprachheilklassen abgelöst werden sollte, wurden die Statistiken entsprechend entlarvt (vgl. u.a. *Carrie* 1916). Für den Anfang aber verschafften sie das Maß an Rückendeckung und Glaubwürdigkeit, das wohl erforderlich war, um den Heilkursen zunächst Bestand zu geben.

Dennoch, der Erwartungsdruck der skeptischen Öffentlichkeit, d.h. vor allem der Behörden, muß sicher groß gewesen sein. Und ein Teil der Entlastung wurde auch in den öffentlichen Abschlußveranstaltungen gesucht, wahrscheinlich auf Zeit sogar gefunden. Diese Schaustellungen mögen aus heutiger Sicht groteske Züge getragen haben. Aber, so darf wohl gerechterweise auch gefragt werden, wurde hier nicht ein Rollenverhalten der Betroffenen als Almosenempfänger verlangt, das behinderte Menschen auch in unserer Zeit früh einzuüben gewohnt sind?

Dem Ziel, möglichst viele Schulkinder von ihrem sprachlichen Gebrechen zu befreien, stellten sich manche Hindernisse in den Weg. Wenn es zunächst eher organisatorische Mängel waren, wie z.B. das ungenügende

Angebot an sich, die kurze Dauer der Kurse oder die schlechte Terminierung am späten Nachmittag, so ließen sich diese noch am leichtesten abstellen (der Nachmittagstermin blieb jedoch unverändert). Schwerer wogen da schon Ursachen und Gründe, die aus der sozialen Lage der Kinder resultierten, wie z.B. die mangelnde Präsenz. Druckmittel, Strafen schufen zwar einige Entlastung. Das Verständnis und die Bereitschaft der Eltern und Kinder konnten dadurch aber kaum gefördert werden. Dauerhaft am schwersten aber war es, den pädagogischen und konzeptionellen Mängeln wirkungsvoll zu begegnen. Die nach Alter und Leistungsvermögen überaus heterogenen Gruppen, die Belastungsgrenzen der physisch ohnehin labilen Kinder, das einförmige Übungsangebot, der unkoordinierte Bezug zum Schulunterricht, die ungenügend vorbereiteten Heilkurslehrer und die distanzierte Haltung der Klassenlehrer waren Belastungen, die schließlich zu anderen Lösungen führen mußten. Schon früh, nämlich 1891 in einer von der „Rheinisch-Westfälischen Sprachheillehrer-Vereinigung“ gefaßten Entscheidung, wurde die Forderung nach Sonderklassen laut (vgl. *Lambeck* 1927, 68). In Hamburg wurden ähnlich gelagerte Vorstellungen erstmals 1908 entwickelt, und zwar in zwei unabhängig voneinander verfaßten und zugeleiteten Eingaben an die Oberschulbehörde von *Schleuß* sowie von *Harbeck* (vgl. *Schleuß* 1925, 481).

Daß in Hamburg das Kursangebot ausschließlich den Schulkindern galt, während anderenorts längst auch Kurse für Kinder im Vorschulalter etabliert worden waren (z.B. in Hannover; vgl. *Lambeck* 1927, 63), gibt zu weiteren Überlegungen Anlaß. Mag sein, daß auch in diesem Falle die private Konstruktion der Kurse einem solchen Ansinnen und einer größeren Flexibilität im Wege stand. Wahrscheinlicher aber ist, daß die obwaltende kaufmännische und bürgerliche Ideologie den Schulabgänger als potentiellen Berufseinsteiger favorisierte. Der längere Atem, der für die Schulanfänger oder gar die Vorschulkinder vonnöten gewesen wäre, gehörte nicht in diese Vorstellungswelt.

b) Ins Zentrum der Kritik geriet jedoch die in den Heilkursen im gesamten Deutschen Reich eingesetzte Methode nach *Gutzmann*.

Ihre Rigidität – „sie war wirklich zu einem mechanischen Drillverfahren, zu einer öden Sprechgymnastik ausgeartet“ (*Hansen* 1929, 39 f.) – und die in Anbetracht anderer Einsichten fragwürdig gewordenen wissenschaftlichen Grundlagen waren gleichermaßen Anlaß, andere Methoden bzw. konzeptionelle Vorstellungen zu favorisieren.

Immerhin aber war dem Verfahren von Albert *Gutzmann* (mit dem wissenschaftlichen Unterbau von Hermann *Gutzmann*) über Jahrzehnte hin der absolute Vorrang eingeräumt worden. Sucht man nach Begründungen dafür, so wird man sie in erster Linie in den Zeitumständen ausmachen dürfen. Sie waren günstig für einen Ansatz, der das systematische Üben in den Mittelpunkt stellt. Dem dominierenden naturwissenschaftlich-utilitaristischen Denken dieser Zeit entsprach vollauf, daß das Verfahren schlüssig, rationell und durchsichtig konzipiert, leicht zu erlernen war und bei konsequenter Anwendung mit geradezu mathematischer Sicherheit zum Erfolg führen mußte. Es bildete im Grunde genommen den im Unterrichtswesen vorherrschenden didaktischen Rationalismus – erinnert sei an das obwaltende Prinzip der *Herbart*'schen Formalstufen – in hinreichender Weise ab (vgl. *Hansen* 1929). Mit seinem Schematismus, seiner methodischen Strenge, den Lehrformen des Vor- und Nachsprechens ohne Beachtung des Verstehens und seiner Ausrichtung auf das mechanische Lernen war es ein Produkt seiner Zeit. Es atmete den Geist der sogenannten „alten Schule“.

3. Die Menschen in ihrer Zeit

In den bisherigen Ausführungen standen die Chronologie der Ereignisse sowie formale, inhaltliche und organisatorische Belange im Vordergrund. Die davon betroffenen Menschen, seien es die Akteure oder die Patienten, blieben weitgehend am Rande, sieht man einmal von den Initiatoren ab.

In diesem Kapitel soll ein Perspektivenwechsel vorgenommen werden: Zwei Gruppen, die Kinder und die Lehrer im Heilkurs, sollen ausschnittsweise betrachtet werden. An den zum Teil alltagsgeschichtlichen Informationen, auch den eingestreuten Fiktionen und Rekonstruktionen, sollen mittelbar die übergreifen-

den Zusammenhänge, vor allem die sozialen, schulpolitischen und pädagogischen Problemlagen jener Zeit um die letzte Jahrhundertwende erhellt werden. Stilmittel wird dabei auch eine persönlichere Diktion sein.

Zunächst gilt das Interesse den sprachgebrechlichen Kindern, die Aufnahme in einen der Kurse fanden. Ausgangsmaterial liefert eine (hier aus Platzgründen jedoch nicht berücksichtigte) tabellarische Übersicht von *Söder/Pluder* (1894, 324 ff.). Sie gibt Auskunft über die Personalien, Anamnese und den Status von Kindern, die im September 1893 in einen Kurs eintraten. Unter Nr. 11 ist dort Karl *Lemmermann* verzeichnet. Ich will Ihnen Karl ein wenig näherbringen, indem ich einen Tag aus seinem Leben rekonstruiere (als Vorlage diente „Ein Tag im Leben eines Berliner Gemeindeschülers. Versuch einer Rekonstruktion.“ Vgl. *Arbeitsgruppe Pädagogisches Museum* 1981, 96-99).

Aus den o.a. Angaben ist zu erfahren, daß Karl neun Jahre alt ist, die Klasse 6b besucht (nach heutiger Zählung die Klasse 2; Anm. d. Verf.: Die Volksschule führte seinerzeit die Klassen 7 bis 1, zusätzlich noch eine Abschlußklasse für die begabteren Schüler, die *Selekta*). Sein Vater ist Arbeiter. Außer seinem sehr starken Stottern und Stammeln, die den Ausschlag für die Aufnahme in den Heilkurs gegeben haben und wofür ursächlich ein Nasenleiden und eine schwache Atmung verantwortlich gemacht werden, weist Karl nach Feststellung des Arztes geringe Adenoide, große Ohrmuscheln und eine skrophulöse Augenentzündung auf (Skrophulose, auch Skrofulose: Haut- und Lymphknotenerkrankung im Kindesalter; konstitutionelle Neigung, auf unbedeutende Reize mit chronischen Entzündungen zu reagieren; vgl. *Pschyrembel* 1972, 1130).

Ein Tag im Leben von Karl Lemmermann, Heilkursschüler in Hamburg. Versuch einer Rekonstruktion.

Seine Majestät, Wilhelm II., ist im sechsten Jahr Kaiser des Deutschen Reiches, als Karl in den Heilkurs an der Volksschule Humboldtstraße 28 aufgenommen wird.

Heute ist der 7. Oktober 1893. Es ist ein ungemütlicher, regnerischer Tag. Typisches

Hamburger Schmuddelwetter. Früh am Morgen hatte sich Karl aus dem Bett gewälzt, das er mit seinem älteren Bruder teilen mußte und auf das schon ein Schlafgänger wartete, der um sieben Uhr von der Schicht kam. Nachdem er etwas Brot mit Zichorienbrühe verdrückt hatte, eine Art von Kaffee-Ersatz, war er zu der Niederlassung der Meierei Müller gegangen, um ein paar Pfennige mit Milch- und Brötchenaustragen zu verdienen.

Nicht mehr ganz frisch befindet sich Karl nun, wie etwa 60 000 Kinder in Hamburg, auf dem Weg zu einer der gut 100 öffentlichen Volksschulen. Er geht in die Klasse 6b (heute: Klasse 2) der Schule Humboldtstraße 28. Seine Erscheinung muß man wohl schäbig nennen. Die meisten Kinder hier im Osten der Stadt, wo Karl mit seinen vier Geschwistern und seinen Eltern in einer miesen, feuchten Zweizimmerwohnung leben muß (für 29 Mark Miete im Monat, während sein Vater gerade mal 82 Mark verdient), kommen aus ärmlichen Verhältnissen. Mit seinem fast kahlgeschorenen Kopf, seinen knielangen, hinten mehrfach ausgebesserten Hosen, seinem gestreiften Hemd mit abgestoßenem Kragen, seinem zu kleinen, dünnen Stoffjäckchen und den abgelaufenen Schnürstiefeln unterscheidet er sich nicht von den anderen Jungen. Trotz seiner Wollstrümpfe fröstelt Karl an diesem Morgen.

Unterwegs trifft er andere Schuljungen, so seinen Freund Paul, der mit seinen zehn Jahren bereits zwei Klassen wiederholen mußte, während Karl bisher nur einmal nicht versetzt wurde. Karls Schule ist eine jener kasernenartigen Backsteinbauten, wie man sie seit den 70er Jahren im Einheitsstil errichtet hat. Das Gebäude steht auf einem Hinterhof und beherbergt eine Schule für Jungen und eine für Mädchen.

Diese Volksschulen, so heißen sie seit 1870, stehen unter der Aufsicht der Oberschulbehörde. Früher waren das einmal Armenschulen. Sie stehen jetzt allen Bevölkerungsschichten kostenlos offen. Man meint nämlich, es könne sich nur günstig auf den sozialen Frieden auswirken, wenn alle Kinder, ob arm oder reich, die gleiche Schulbank drücken. Aber natürlich besuchen die Kinder besergestellter Eltern die schulgeldpflichtigen

Vorklassen der höheren Bürgerschulen. Karl weiß, daß in der Volksschule nicht nur lesen, schreiben und rechnen gelernt werden soll. Vielmehr sollen die Schüler als gottesfürchtige und vaterlandsliebende, königs- und kaisertreue Untertanen die Schule verlassen. Sie sollen gehorsam, arbeitsam, wehrhaft und gewappnet gegen die vaterlandslosen Gesellen sein, wie man höherenorts die Sozialdemokraten nennt.

Karl gelingt es heute, am immer mürrisch dreinblickenden Hausmeister, der im Erdgeschoß des Schulhauses wohnt, vorbei direkt auf den Schulhof zu kommen. Alle müssen sich dort in Zweierreihen aufstellen. Mit dem Klingelzeichen um acht Uhr tritt der Klassenlehrer, Herr *Gransow*, aus dem Schulgebäude. Er mustert kritisch jeden einzelnen und führt seine Schülerschar ins Klassenzimmer im ersten Stock.

Lehrer *Gransow*, im dunklen Anzug, mit Vtermörder, Brille, kurzem Haar und breitem Schnurrbart, arbeitet erst seit wenigen Jahren in Hamburg. Wie die meisten Volksschullehrer kommt er vom Lande. Er ist nicht im „Verein Hamburger Volksschullehrer“ organisiert, weil er diesen Verein für aufrührerisch hält. *Gransow* ist mit einer Kollegin verheiratet. Die mußte deshalb freilich ihren Dienst quittieren, weil Lehrerinnen unverheiratet zu sein hatten. Bei seinen neun Dienstjahren verdient er 127 Mark im Monat, eine im Vergleich zu seinem früheren Dorfschullehrergehalt viel bessere Bezahlung.

Von seinem Pult aus läßt *Gransow* seinen Blick über die Bankreihen schweifen. Da und dort sind Plätze leer geblieben. Von den 52 Kindern fehlen heute wohl 17. Das ist normal, denn viele leiden wegen mangelhafter Ernährung und schlechter Wohnungen an Skrophulose, Rachitis oder Tuberkulose. Außerdem müssen einige mit Heimarbeit oder Botengängen die Familie miternähren, obwohl seit kurzem die Kinderarbeit gesetzlich geregelt und eingeschränkt worden ist.

Lehrer *Gransow* begrüßt die Kinder, spricht mit ihnen das Morgengebet, greift zur Geige und intoniert den Choral „Ach bleib mit deiner Gnade“. Das geht schon ganz gut. Er ist zufrieden. Doch da öffnet sich die Tür: Wilhelm *Hausmann* kommt wieder mal zu spät. Bei

derartigen Verstößen gegen die Schulordnung kennt *Gransow* keine Gnade. Die fällige Bestrafung, mehrere Stockhiebe, wird er in der Pause nach der ersten Stunde vollziehen.

Religion steht als erstes auf dem Stundenplan, ein Fach, in dem die Grundlagen für ein schickliches, gottgefälliges Leben gelegt werden sollen. Gerade jetzt, wo die Sozialdemokraten schon die Jugend gefährden und auch in der Stadt die Verwahrlosung der Kinder immer bedrohlichere Formen annimmt, ist Religion besonders wichtig.

Lehrer *Gransow* erzählt heute die Geschichte vom barmherzigen Samariter. Er möchte tief in die Herzen der Kinder eindringen. In einfachen und anschaulichen Worten spricht er von dem Mann, der unter die Räuber gefallen war und dem ein Geächteter aus seiner Not half. *Gransow* stellt dann viele Fragen nach dem Manne, seinem Vorhaben, seinem Mißgeschick, was denn die Räuber taten, und gegen welches Gebot sie verstießen. Nach längerer Bedenkzeit wird das siebente genannt. *Gransow* läßt es mehrmals im Chor wiederholen. Er ist sicher ein guter Lehrer. Er stellt klare und viele Fragen, und er erwartet immer Antworten in vollständigen Sätzen.

Karls Gedanken waren längst auf andere Dinge abgeschweift. Er überlegt, was er am Nachmittag machen könnte. Ach, du lieber Gott, da fällt ihm ein, daß er ja wieder zu diesem Stotterer-Kurs muß. Nun, ein bißchen helfen tut ihm das schon, was da der Lehrer *Bahnsen* macht. Aber dieses ständige Üben ist ihm genauso langweilig wie die Religion. Da fragt *Gransow* ihn, was uns die Geschichte vom Samariter lehrt. Er weiß darauf nichts zu sagen. Wahrscheinlich hätte er jetzt auch schlimm gestottert. Zum Glück kann Heinrich *Martens* auf das Gebot der Nächstenliebe hinweisen. Er, der Sohn eines Kanzleivorstehers, der immer mit einem Matrosenanzug zur Schule kommt, ist der Musterschüler der Klasse 6b. Er wird es sicher einmal sogar bis zur Selektta schaffen, in die nur die besten Schüler aufgenommen werden. Vielleicht kann er sogar einmal auf die Präparande gehen und dann später auch Lehrer werden. Pünktlich um neun Uhr endet die Stunde mit dem Vaterunser.

Während die anderen zehn Minuten Pause haben, bekommt Wilhelm *Hausmann* jetzt seine gerechte Strafe, fünf kräftige Hiebe. *Gransow* trägt nach Vollzug den Vorfall und die Maßnahme in das Strafverzeichnis ein.

Anschauung steht als zweites Fach auf dem Stundenplan. Damit wird eigentlich kein Fach, sondern eine bestimmte Methode bezeichnet. *Gransow* bemüht sich, wie er es auf dem Seminar gelernt hat, den Schülern einen ersten Einblick in Natur, Heimat, Geschichte und Gesellschaft zu geben. So fragt er heute, was sie wohl täten, wenn sie von der Schule nach Hause kämen. Es dauert eine ganze Weile, bis Heinrich *Martens* das Mittagessen nennt. *Gransow* holt nun eine Bildtafel hervor. Sie zeigt eine Familie betend am Mittagstisch in ihrer Wohnstube. Er läßt alles auf dem Bild benennen, fragt, woher die Nahrung komme, wer sie wachsen lasse und warum man Gott dafür danken müsse. Oft muß er hamburgische Ausdrücke verbessern.

Mit dem Klingelzeichen führt er seine Schüler geschlossen zur Pause auf den Schulhof, der durch eine hohe Mauer von dem der Mädchen getrennt ist. Man darf auf den Abort gehen und unter Aufsicht eines Lehrers im Kreis herumgehen. Karl ißt sein Pausenbrot mit einer breitgequetschten Kartoffel als Aufstrich.

Nach der Pause beginnt die Deutschstunde. Lehrer *Gransow* läßt alle auf sein Kommando die Lesebücher herausnehmen: „Eins – zwei – drei!“ Die Kinder holen die Bücher hervor, halten sie hoch und legen sie auf das Pult. Das klappt schon recht gut und geräuschlos. Es erfüllt den Lehrer mit Stolz, wenn seine Schüler wie kleine Soldaten gehorchen. Die Gewöhnung an Ordnung, Fleiß, Gehorsam, Zucht und Selbstüberwindung sind das beste, was er ihnen ins Leben mitgeben kann. Die Kinder sitzen kerzengrade vor ihren Fibeln und lesen langsam die Wörter, erst leise, dann laut. Alle fangen mit „k“ an. Natürlich ist auch „Kaiser“ dabei. Karl gefällt besonders das schöne Bild. Kaiser Wilhelm II. auf einem herrlichen Pferd. *Gransow* läßt alle Wörter im Chor sprechen. Dann fragt er, ob den Kindern noch andere Wörter mit „k“ einfallen. Karl will sagen, daß sein Vorname wohl damit anfängt. Er meldet sich. Als er drankommt, kann

er nichts sagen. Das „k“ bei Karl bleibt ihm im Halse stecken. Er muß sich in die Ecke stellen. Als alle die Wörter aus der Fibel abschreiben sollen, darf sich Karl wieder hinsetzen. Mit einem „Achtung“ nach zehn Minuten wird diese Arbeit beendet. *Gransows* Blick fällt auch auf Karls Werk. Wie üblich, hat er auch diesmal wohl einige Fehler gemacht. *Gransow* läßt sich zu einer Ohrfeige hinreißen. Karl ist abgehärtet. Sein Vater schlägt viel härter zu als so ein Lehrer. Auch, daß er zum Nachsitzen verdonnert wird, ist er gewohnt.

An dieser Stelle wollen wir Karl verlassen. Er wird noch zwei Stunden Unterricht, nämlich Rechnen und Turnen haben. Wäre das Nachsitzen nicht, könnte er um zwei Uhr zu Hause sein. So aber wird es wohl halb vier werden. Seine Mutter wird ihm nicht glauben, daß er länger in der Schule bleiben mußte und ihm vorwerfen, daß er wieder nicht lange genug beim Zigarrenwickeln helfen kann. Wahrscheinlich wird sie ihm deshalb verbieten, zum Heilkurs zu gehen. Aber darüber ist Karl nicht einmal traurig.

Heilkurslehrer Bahnsen. Versuch einer Rekonstruktion.

Aus der o.a. tabellarischen Übersicht von *Söder/Pluder* (1894, 324 ff.) wissen wir, daß Karls Heilkurslehrer *Bahnsen* heißt. Er war 1888 in einer eigens zu diesem Zwecke anberaumten Sitzung des neuen „Vereins zur Heilung stotternder Volksschüler“ zusammen mit weiteren sieben Volksschullehrern aus einer größeren Anzahl von Interessenten ausgewählt worden, weil er – wie wir noch sehen werden – durch seine Bekanntschaft mit *Söder* leicht glaubhaft machen konnte, mit dem Unterrichtsverfahren für Stotterer vertraut zu sein.

Da alles Weitere an Informationen über *Bahnsen* verlorengegangen ist, werde ich auch in diesem Falle auf die Form einer fiktiven Darstellung zurückgreifen. Sie soll uns Einblicke in sein Leben als Lehrer geben.

Bahnsen hatte als Sohn eines Subalternbeamten wie praktisch alle Volksschullehrer jener Zeit keine höhere Schule besucht. Er hatte in einem Dorf bei Stade die Volksschule absolviert und den üblichen Ausbildungsgang

zum Lehrer durchlaufen: Mit 14 Jahren war er für drei Jahre auf die Präparande gegangen. Dort hatte er dem Lehrer bei der Aufsicht der Kinder geholfen, ihn bei Abwesenheit auch vertreten, selbstverständlich auch das Schulhaus gesäubert. Er nutzte diese Zeit auf der Präparande, um sich für die äußerst strenge Aufnahmeprüfung in das Lehrerseminar Stade vorzubereiten. Daß er diese schaffte, hat ihn und seine Eltern besonders glücklich gemacht. Im Lehrerseminar erfuhr er einiges über das Wirken bedeutender Pädagogen, so z.B. über *Herbart* und seine Schüler. Vor allem aber war er in die allgemeine Erziehungs- und Unterrichtslehre, die Aufgaben des Schulamtes und nicht zuletzt in die Funktion eines getreuen Staatsdieners eingewiesen worden. Er hatte 40 Stunden Unterricht pro Woche in einer dem Seminar angeschlossenen Übungsschule zu halten. Natürlich lernte er das Orgelspielen und mit besonderem Interesse Seidenraupenzucht.

Nach drei Jahren hatte *Bahnsen* sein erstes Examen abgelegt, und nach vierjähriger Bewährung als Hilfslehrer konnte er das zweite Examen machen. Weitere vier Jahre hatte er dann warten müssen, bis er in dem Dorf Horneburg, bei Stade im Alten Land gelegen, eine feste Anstellung bekam. Natürlich hatte er sich sehr darüber gefreut. Im höchsten Maße unerfreulich waren jedoch die Arbeitsverhältnisse. Das Schulhaus war ein alter Katen, feucht und zugig, und bis zu 92 Kinder drängelten sich in seiner Schulstube. Er war eigentlich immer froh, wenn möglichst viele von ihnen fehlten, um wenigstens die Ordnung und Disziplin aufrechterhalten zu können. Ohne den regelmäßigen Gebrauch der Rute kam er überhaupt nicht zurecht. Natürlich gab es darüber auch manchen Spott.

In der Bevölkerung wurde viel Ungerechtes über die Dorfschullehrer erzählt. Ihr bescheidener Lebensstandard gab häufig genug Anlaß zu dummen Witzen, ja sogar Spottlieder wurden erfunden. Wie alle Volksschullehrer war auch *Bahnsen* auf einen regelmäßigen Nebenerwerb angewiesen. Natürlich kannte er die damals allen Lehrern bekannte Schrift von *A. Richter* „Zeitgemäße und lohnende Nebenbeschäftigungen des Lehrers“ (1886; zit. nach *Meyer* 1976, 103). Darin waren bekanntlich u.a. folgende Nebenbeschäftigun-

gen empfohlen worden: „Schriftstellerei, Unterrichts- und Fortbildungsschule, Tintenbereitung, Fleischbeschauamt, Handel mit Schulartikeln, Zucht von Obstbäumen, Champignons, Rosen, Blumen in Töpfen, Zucht von Kaninchen, Geflügel, Kanarienvögeln, Fischen, Weidenkultur, landwirtschaftlicher Samenbau, Anlegung von Herbarien, von Mineralien- und Insektensammlungen, Ausstopfen von Vögeln, Gartenbau und Kümmelbau“.

Bahnsen hatte sich zwar als Nebenerwerb der im Alten Land heimischen Zucht von Obstbäumen verschrieben und auch sein karges Einkommen durch seine Küstertätigkeit ein wenig aufbessern können. Doch lebenswerte Zufriedenheit wollte sich bei ihm nicht einstellen. Eigentlich hatte er immer in der Stadt leben wollen. Das nahe Hamburg hätte ihm da schon gefallen können, nicht zuletzt des besseren Einkommens wegen.

Ein glücklicher Umstand sollte ihm zu Hilfe kommen. Schon während seiner Seminaristenzeit in Stade hatte er nämlich *Heinrich Söder*, damals in Stade wohnhaft, kennengelernt. *Söder* hielt manchen Vortrag im Seminar über die Sprache und ihre Störungen, auch darüber, wie den Sprachgebrechen beizukommen war. Er hatte darüber einiges bei einem *Albert Gutzmann* in Berlin gelernt. Von dem war er angeregt worden, sich mit Taubstummen zu beschäftigen. Nebenher hatte *Söder* auch manchem Stotterer helfen können. *Bahnsen* hatte ihm dabei häufig interessiert zugeschaut, später sogar das Buch von *Albert Gutzmann* „Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren“ (1879) aufmerksam gelesen. Der Gedanke, auf diesem recht einfachen Wege stotternden Kindern helfen zu können, faszinierte ihn. Daß es möglich war, hatte er ja schließlich bei *Söder* selbst gesehen.

Als *Söder* nach Hamburg gegangen war, setzte auch *Bahnsen* alles daran, ihm dorthin folgen zu können. Es gelang ihm im Jahre 1885. Zwar kam er nicht an die Taubstummenanstalt, denn Hamburg brauchte vor allem Lehrer an den öffentlichen Volksschulen. Nur die Hälfte der Stellen konnte durch eigene Seminarabgänger besetzt werden. *Bahnsen* wurde eine Stelle an der Volksschule

Humboldtstraße zugewiesen. Dort waren ja bekanntlich seit 1888 auf Betreiben dieses privaten Vereins auch Heilkurse für stotternde Volksschüler eingerichtet worden. Ein neuer Kurs hatte gerade im September 1893 begonnen. Von den anfangs 16 Knaben sind jetzt noch dreizehn im Kurs. Karl *Lemmermann* ist einer davon, sicherlich ein besonders schwerer Fall.

Verlassen wir nun Karl und seinen Heilkurslehrer. Beide Berichte lassen noch nichts erahnen von den bereits in Gang befindlichen und eigentlich erregenden Reformbemühungen in der Pädagogik, die zugleich auf eine Reform von Staat und Gesellschaft zielen. Und Hamburg war geradezu das Zentrum, seine Volksschullehrer vor allem waren die Anreger und Träger der Reformideen (vgl. *Milberg* 1970).

Bereits mit der Annahme des vergleichsweise progressiven Unterrichtsgesetzes (1870) und der Übernahme der Armenschulen durch die Oberschulbehörde (1871) waren wichtige Grundlagen geschaffen worden. Die Weichen in Richtung Reform stellte aber maßgeblich der 1873 gegründete „Verein Hamburger Volksschullehrer“. In ihm organisierte sich der Oppositionsgeist, nicht zuletzt durch enge Verbindungen zur Sozialdemokratie, die gleichermaßen gegen obrigkeitstaatliche Strukturen kämpfte. Die Zeitschrift mit dem Namen „Pädagogische Reform“, 1881 von 150 Lehrern, den sogenannten „Garanten der pädagogischen Reform“ übernommen, war Programm und Sprachrohr zugleich für jene, die mit der stoffüberladenen Paukschule der Gründerjahre nicht mehr einverstanden waren. Die selbstbewußter werdende Lehrerschaft erkannte, „daß die Erziehung der Kinder zu sehr auf Einordnung und Drill ausgerichtet war und der Unterricht einseitig die Kräfte des Gedächtnisses und des Intellekts in Anspruch nahm und pflegte, und daß die Verfassung der Schule mit autoritärer Schulleitung, Tadel-, Zeugnis- und Versetzungssystem diese Mängel förderte“ (*Fiege* 1970, 64). Entsprechend gestalteten sich die Forderungen der Reformer: Abkehr von der obwaltenden Dressur, Abschaffung der Zensurenschinderei, Ergänzung der Verstandeskultur durch Entfaltung kindlicher Phantasie- und Gemütskräfte, Einbeziehung musischer Erziehung.

Der verdammungswürdigen „alten Schule“, einem Ort der Disziplinierung und Abrichtung der Kinder, wo das wissenszentrierte Lernen, das Pauken und Repetieren Mittel waren, um die Emotionalität und Spontaneität des kindlichen Lernens abzutöten und passive Lernkörper zu modellieren, wurde die „neue Schule“ als Gegenentwurf eines liberalen und sozialen Bildungswesens gegenübergestellt (vgl. v. *Borstel* 1922, *Herrlitz* et al. 1981, *Rödler* 1987).

Die Idee der „Schaffensschule“ (im Gegensatz zur „Wissensschule“) fand ihre konkrete Ausformung in verschiedenen, von dem Lehrer und Direktor der Hamburger Kunsthalle, Alfred *Lichtwark* (1852-1914), initiierten Strömungen der sogenannten Kunsterziehungsbewegung. Angestrebt wurden Reformen des Zeichen- und Werkunterrichts (u.a. *Götze*), des Aufsatz- und Literaturunterrichts (u.a. *Lamszus*, *Jensen*, *Wolgast*), der Musikerziehung (u.a. *Jöde*) sowie der Leibeserziehung. Im Mittelpunkt standen Bemühungen, die lebendigen Kräfte im jungen Menschen zu wecken und zu fördern (vgl. *Scheibe* 1969, *Lehberger* 1988) und die Schule zu einem Ort lebensweltlicher Erfahrungen zu machen. Das Kind wurde ins Zentrum der neuen Schule gestellt. Es sollte nach Kräften gefördert, keineswegs aber überfordert werden. Die „Pädagogik vom Kinde aus“ (*Gläser*), sicher stark beeinflusst durch das 1900 von der schwedischen Lehrerin und Schriftstellerin Ellen *Key* (1849-1926) verfaßte, ungemein aufrüttelnde und streitbare Buch „Das Jahrhundert des Kindes“, wurde zum Leitmotiv aller Anstrengungen. *Key* hatte u.a. die „Seelenmorde in den Schulen“ (siehe V. Kapitel, 95-107) gegeißelt und die „Schule der Zukunft“ (siehe VI. Kapitel, 109-133), freilich als Traum und daher nicht ohne utopische Züge, projiziert. Hierbei entwarf sie das Bild einer „Gesamtschule“, deren Grundgedanke in der reformpädagogischen Bewegung in der Gestalt der „allgemeinen Volksschule“ bzw. (radikaler) in der Idee der „Einheitsschule“ artikuliert wurde.

3.1 Anmerkungen

In Anlehnung an die inhaltliche Gliederung des Kapitels sollen im folgenden drei Aspekte, nämlich die Lebensumstände des sprach-

gebrechlichen Karl *Lemmermann*, die berufliche Situation und das Selbstverständnis des Heilkurslehrers *Bahnsen* und die übergeordneten Reformbestrebungen in der Zeit um die letzte Jahrhundertwende näher betrachtet werden.

a) Wir erleben Karl *Lemmermann* als Arbeiterkind, eingebunden in erbärmliche soziale, wirtschaftliche, hygienische Lebensverhältnisse. Kennzeichen seiner Notlage sind u.a. der unsichere Arbeitsplatz des Vaters mit Einkünften unterhalb des Existenzminimums, der Zwang zur Mithilfe (Kinderarbeit) und daraus resultierendem, sehr unregelmäßigen Schulbesuch, einseitige und unzureichende Ernährung, labile Gesundheit, enge, überfüllte und feuchte Behausung in einer Mietskaserne mit teuren Mieten und Abhängigkeit von Spekulant.

Karl besucht die allgemeine Volksschule, eine Einrichtung, die die frühere Armenschule abgelöst hat und die trotz fortschrittlichen Unterrichtsgesetzes von 1870 nach wie vor eine Schule für die unteren Bevölkerungsschichten geblieben ist.

Diese Volksschule stellt sich für Karl dar als Instrument zur Disziplinierung und Tradierung der bürgerlichen Ideologie, damit zugleich als Instrument zur Stabilisierung der bestehenden Gesellschaftsordnung. Tugenden wie Gehorsam, Unterordnung, Pflichtbewußtsein, Staats- und Kaisertreue sind hoch angesiedelt. Sein Lehrer *Gransow* ist das willfährige Werkzeug des Systems (vgl. *Arbeitsgruppe Pädagogisches Museum* 1981).

Die Volksschule ist für Karl zudem eine Anstalt, in der die Hauptsache, das Lernen, mechanisch erfolgt. Zuhören, Nachsprechen, Stillsitzen, Üben und Auswendiglernen überwiegen. Die passive Seite der Lerntätigkeit hat absoluten Vorrang. Kreativität, Selbsttätigkeit, Schülerinitiativen, Problemlösungsverhalten, wie es die Reformer anstreben, sind hier noch nicht gefragt (vgl. *Arbeitsgruppe Pädagogisches Museum* 1981).

Insofern sind für Karl das Konzept und die Methode der Stottererbehandlung, auf die Lehrer *Bahnsen* in dem Heilkurs zurückgreift, nichts Ungewöhnliches. Das Verfahren paßt sich gut ein in den schematischen Unterricht,

den Karl vormittags in seiner Schule gewöhnt ist. In seiner Symptomorientierung mag es geeignet erscheinen, auf der Oberfläche der sprachlichen Problematik bei Karl einige Änderungen zu bewirken. Indes, seine Gesamtproblematik wird es nicht beeinflussen können.

b) Karls Heilkurslehrer *Bahnsen* stammte wie die meisten seiner Volksschullehrerkollegen aus weniger begüterten Kreisen. Man darf ihm daher unterstellen, daß er die sozialen Mißstände sehr wohl empfand. Forderungen nach Körperpflege, Schulhygiene, Schulausflügen, Kinderhorten, auch Fürsorge für die schwächeren Schüler hatte er sich – im Gegensatz z.B. zu Karls Klassenlehrer *Gransow* – zu eigen gemacht. Allerdings hatte er doch erhebliche Vorbehalte, in den „Verein Hamburger Volksschullehrer“ einzutreten. Er hielt nichts von den dort versammelten Schwärmern.

Die Volksschule sollte, so war sein Interesse, in die Lage versetzt werden, besser ausgebildete Schüler hervorzubringen. Der Staat, die Wehrmacht, die Industrie und das Handwerk, alle waren darauf angewiesen. Angesichts der Klassengrößen, der hohen Sitzenbleiberquoten, der Lehrplanüberfrachtung usw. sicher eine Überforderung für die Lehrkräfte in der Volksschule. Entlastungen mußten gesucht werden, sei es, daß man sich wenigstens von denjenigen Schülern ganz oder zeitweise trennte, die den Unterrichtsablauf störten und den erstrebten Qualifikationsanforderungen nicht entsprachen. *Bahnsen* sah in der Volksschule einen Lernort für „normale“ Kinder. Sprachgebrechliche, Stotterer zumal, mußten und konnten normalisiert werden. Insofern waren die neuen Heilkurse sehr zu begrüßen. Richtig war seiner Auffassung nach auch, daß die schwachsinnigen Kinder in Hilfsklassen zusammengefaßt wurden.

In seinen ersten Dienstjahren auf dem Lande hatte *Bahnsen* erfahren müssen, welchen ungeheuren Belastungen die Schularbeit ausgesetzt war und wie er sich hatte anstrengen müssen, seinen Lebensunterhalt zu sichern. Die Durchschnittsgehälter waren zwar angestiegen, aber gegenüber seinen Kollegen in der Stadt war er doch erheblich im Nachteil.

Der Wechsel nach Hamburg hatte *Bahnsen* einige Vorteile gebracht: In den Schulklassen waren hier nur 40 bis 50 Kinder (Hamburg hatte 1893 im Deutschen Reich die günstigste Lehrer-Schüler-Relation; vgl. *Hamburgische Schulzeitung* 1893). Darüber hinaus konnte er sich viel besser als auf dem Lande durch die Heilkurstätigkeit regelmäßige Nebeneinkünfte sichern. Bei ca. zwei Mark pro Stunde (vgl. *Dupuis* 1983) waren das immerhin etwa 320 Mark pro Jahr, was etwa einem Viertel seines sonstigen Lehrergehaltes entsprach. Er erreichte damit ungefähr das Gehalt der Taubstummen- und der Blindenlehrer, was zugleich für sein beruflich-soziales Prestige, sein Selbstverständnis und seinen Selbstwert von einigem Nutzen war. Obwohl als Volksschullehrer tätig und dem Stand dieser Berufsgruppe weiter verbunden, konnte er sich doch durch die Nähe seines Tuns zur Medizin von seinen Kollegen in der Schule Humboldtstraße abheben. Daß daraus manche Mißgunst erwuchs, wußte er zu ertragen.

c) Für Heilkurslehrer *Bahnsen*, den mein fiktiver biographischer Ausschnitt als Vertreter der „alten Schule“ beschreibt, wird der Rückgriff auf die Methode *Gutzmann* ebensowenig ein Problem gewesen sein wie seine Mitwirkung an den aussondernden Maßnahmen. Er wird in beidem für die betroffenen Kinder eine nützliche, ja unerläßliche Hilfe, für sich selbst zudem eine Chance zur Profilierung und Professionalisierung als Sprachheillehrer gesehen haben.

Weitaus problematischer mögen sich jenen diese Angebote dargestellt haben, die sich den reformpädagogischen Anliegen gegenüber aufgeschlossener zeigten: Die methodische Konformität des Verfahrens von *Gutzmann*, sein eintöniger Übungscharakter und strenger Schematismus entsprachen keineswegs dem Prinzip der Individualisierung, auch nicht dem der Kindgemäßheit. In gleicher Weise kontraindiziert mußten die Sondermaßnahmen gegenüber der Forderung nach der Einheitsschule erscheinen. Schließlich mußte das nicht zu kaschierende Bemühen mancher Volksschullehrer, sich aus der Phalanx und Solidarität dieser Berufsgruppe zu entfernen, den Status eines Heilpädagogen (Taubstummen- bzw. Blindenlehrer) anzustreben und dabei die Unterstützung der

Mediziner zu erheischen, mindestens Irritationen ausgelöst haben.

Angesichts einer desideraten Forschungslage – die Epoche der Reformpädagogik wird bislang in der Sonderpädagogik bestenfalls als Steinbruch zur Herauslösung willkommener Bausteine, nicht aber als Gegenstand der Historiographie genutzt (vgl. *Hillenbrand* 1994) – lassen sich bezüglich der angesprochenen Probleme keine abgesicherten und konsistenten Antworten finden.

Festzuhalten ist, daß sich die Sondermaßnahmen auf verschiedenen Sektoren (Hilfsklassen, Schwerhörigenklassen, Sprachheilkurse und vereinzelt auch schon -klassen) zeitgleich mit reformpädagogischen und gesellschaftsreformerischen Ansätzen entwickelten. Es wäre fahrlässig, hierbei einen unmittelbaren Zusammenhang zu konstruieren. Allerdings bleibt auch festzuhalten, daß beide Bewegungen, die reformerische und die heilpädagogische, sich offenbar gegenseitig nicht hinderten. Einige Indizien sprechen sogar für vorhandene Berührungspunkte:

– So nennt der ausgewiesene Reform v. *Borstel* (1922, 430) beim Aufzählen der reformpädagogischen Errungenschaften auch den Ausbau der Heilpädagogik. Allerdings scheinen Problemstellungen aus der Sprachheilpädagogik keinen sonderlich hohen Stellenwert besessen zu haben. So mußte z. B. 1893 ein Vortrag von Heilkurslehrer *Harbeck*, den er in der reformorientierten „Gesellschaft der Freunde des vaterländischen Schul- und Erziehungswesens“ über das Thema „Die Behandlung stotternder Kinder“ halten wollte, „des kläglichen Besuchs wegen“ (*Hamburgische Schulzeitung* 1893, 71) ausfallen. Lediglich 14 von 910 Mitgliedern hatten ihr Interesse bekundet.

– *Lambeck* (1927, 66) verweist darauf, daß der als medizinischer Gutachter für die Oberschulbehörde tätige Dr. *Marr* zusammen mit drei Seminarlehrern aus Hamburg das *Gutzmann'sche* Verfahren in Berlin aus eigener Anschauung kennengelernt hatte, „und zwar auf Veranlassung des 'Vereins für künstlerische Lehrerbildung', der die Stimmbildungslehre von Professor *Engel*, Dresden, in Hamburg einführen wollte.“ Dieser o.a. Verein – genau mußte er wohl „Lehrervereini-

gung zur Pflege der künstlerischen Bildung“ heißen (vgl. v. Borstel 1922, 426) – war von Hamburger Reformpädagogen (Vorsitz: Carl Götze) mit ausdrücklicher Befürwortung von *Lichtwark* gegründet worden (vgl. *Fiège* 1970).

– Auffällig ist auch, daß prononcierte Vertreter der Sprachheillehrerschaft, und zwar Wilhelm *Schleuß* und Wilhelm *Carrie*, das Sprachrohr der Reformpädagogen, die Zeitschrift „Pädagogische Reform“, als Forum für Veröffentlichungen über sprachheilpädagogische Themen nutzen. Sie reihen sich damit explizit in die Gruppe der Reformer, d.h. der progressiven Volksschullehrer, ein. *Carrie* wendet sich in einem dieser Beiträge sogar vehement gegen diejenigen Hilfsschullehrer, die sich aus der Solidarität des Volksschullehrerstandes entfernen wollen. Er habe sich trotz langjähriger Tätigkeit in Hilfsklassen stets „mit Stolz als Volksschullehrer betrachtet“ (*Carrie* 1910, ohne Seitenangabe). Interessant ist, daß die als konservativ ausgewiesene „Hamburgische Schulzeitung“ zwar ebenfalls von *Carrie* weidlich als Publikationsorgan genutzt worden ist. Allerdings sind darin von ihm ausschließlich Themen der Hilfsschulpädagogik sowie rechtliche Fragen behandelt worden. Als Sprachheilpädagoge gibt er sich dort nicht zu erkennen. Von *Schleuß* sind in dieser Zeitschrift überhaupt keine Beiträge zu finden.

– Offenbar muß es aber unter den Hamburger Sprachheilpädagogen dieser Anfangszeit zwei Richtungen gegeben haben: Während *Carrie* und *Schleuß* wahrscheinlich der progressiveren, reformorientierten Seite zuzurechnen sind, gehört Heilkurslehrer *Harbeck*, Schriftführer des „Vereins zur Heilung stotternder Volksschüler“ und für einige Jahre Nachfolger *Söders* in der technischen Leitung der Kurse, wohl eher zu den konservativen Kräften der reformkritischen Gegenseite. Abzuleiten ist diese Einschätzung aus dem Umstand, daß *Harbeck* jahrelang sogar zum Redaktionsteam der „Hamburgischen Schulzeitung“ zählte und er in dieser Zeitschrift auch seine Vorträge über sprachheilpädagogische Themen abdrucken ließ (vgl. *Harbeck* 1900).

4. Schlußwort

Wir haben Ausschnitte aus der Anfangszeit des Hamburger Sprachheilwesens betrach-

tet. Das entstandene Bild bietet Züge eines Kaleidoskops. Es enthält viele Farben und Schattierungen, auch Kontraste. Neben dem herausgehobenen Engagement steht die kaufmännische Vorsicht, das rechnerische Kalkül, neben dem reformerischen Elan das bedächtige Abwarten, neben dem aufrührerischen Drängen die traditionsgebundene Beharrung. Von *Borstel* (1922, 427) ist wohl beizupflichten, wenn er schreibt: „Wohl prägen Hamburgs Lehrer nicht immer schnell und betriebsam die Idee in die Praxis um, weil sie bedachtsam und gründlich sind und warten können ... Wo sie durften, haben sie auch gestaltet.“

Hamburgs Sprachheilpädagogen der ersten Stunde verhielten sich ganz im Sinne dieses Diktums: Sie haben sich bewegt, wo sie sich im Rahmen von Grenzen bewegen konnten. Sie sind mitgelaufen, wo andere ihnen vorauseilten. Sie haben sich angepaßt, wo es ihnen opportun erschien. Hervorgetan als Avantgarde haben sie sich nicht.

Wenn das Hamburger Sprachheilwesen, wie eingangs angenommen und wohl auch verbürgt, wohlengesehen ist, so lassen sich dafür in den ersten gut zwei Dezennien wenig Anhaltspunkte, schon gar keine beweiskräftigen Belege finden. Die Erfolgsstory muß wohl später, vielleicht in den Zwanziger Jahren, begonnen haben. Aber das ist eine andere Geschichte ...

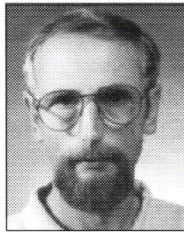
Literatur

- Arbeitsgruppe Pädagogisches Museum* (Hrsg.): Hilfe Schule. Ein Bilder-Lesebuch über Schule und Alltag. Berlin 1981.
- von Borstel, F.*: Drei Jahrzehnte Hamburger Volksschul-Pädagogik. Hamburger Lehrerzeitung 1 (1922) 29/30, 425-430.
- Carrie, W.*: Schwächen der Hamburger Hilfsschule? Pädagogische Reform 34 (1910) 51, 1. Beilage (ohne Seitenangabe).
- Carrie, W.*: Sonderklassen für sprachkranke Schulkinder. Zeitschrift für Kinderforschung 21 (1916) 133-147 und 216-232.
- Dirnberger, W.*: Entwicklung, Stand und Neugestaltung des Sprachheilschulwesens in Deutschland. Hannover 1973.
- Dupuis, G.*: Sprachbehindertenpädagogik. In: *Solarová, S.* (Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart 1983, 260-296.

- Fiege, H.: Geschichte der hamburgischen Volksschule. Bad Heilbrunn/Hamburg 1970.
- Gutzmann, A.: Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren. Berlin 1879.
- Gutzmann, A.: Übungsbuch für stotternde Schüler. Berlin 1891.
- Hahn, K.-H.: Über den Aufbau der Hamburger Schulen für Sprachkranke. In: *Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg* (Hrsg.): Aus der Entwicklung und Arbeit des Hamburger Sprachheilwesens. Ehrengabe. Hamburg 1962, 8-18.
- Hamburgische Schulzeitung – Eine Wochenschrift für die Angelegenheiten des Unterrichts, der Erziehung und des Lehrerstandes – hrsg. von hamburgischen Lehrern 1 (1893) sowie 1 (1893) 7, 55 und 1 (1893) 9, 71.
- Hansen, K.: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle/Saale 1929.
- Harbeck, H.: Die Behandlung stotternder Schüler. Hamburgische Schulzeitung 8 (1900) 5, 33-35 und 7, 49-51.
- Herrlitz, H.G., Hopf, W., Titze, H.: Deutsche Schulgeschichte von 1800 bis zur Gegenwart. Eine Einführung. Königstein/Ts. 1981.
- Hillenbrand, C.: Reformpädagogik und Heilpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Hilfsschule. Bad Heilbrunn 1994.
- Key, E.: Das Jahrhundert des Kindes. Königstein/Ts. 1978 (dt. Erstausgabe 1902).
- Kolonko, B., Krämer, I.: Heilen – separieren – brauchbar machen. Aspekte zur Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. Pfaffenweiler 1992.
- Krämer, I.: Anmerkungen zur Aussonderung sprachgestörter Kinder aus der Volksschule – der historische Kontext einer aktuellen Diskussion. Die Sprachheilarbeit 35 (1990) 4, 186-190.
- Lambeck, A.: Zur Geschichte des Sprachheilwesens in Hamburg. In: *Festgabe zur Samuel-Heinicke-Jubiläumstagung des Bundes Deutscher Taubstummenlehrer*. Hamburg 1927, 53-93.
- Lehberger, R.: Einflüsse der Reformpädagogik auf das Regelschulwesen. In: *de Lorent, H.P., Ullrich, V.* (Hrsg.): Der Traum von der freien Schule. Schule und Schulpolitik in der Weimarer Republik. Hamburg 1988, 118-134.
- Meyer, F.: Schule der Untertanen. Lehrer und Politik in Preußen 1848-1900. Hamburg 1976.
- Milberg, H.: Schulpolitik in der pluralistischen Gesellschaft. Die politischen und sozialen Aspekte der Schulreform in Hamburg 1890-1935. Hamburg 1970.
- Oberschulbehörde Hamburg (Hrsg.): Das hamburgische Schulwesen 1914/24. Hamburg 1925.
- Orthmann, W.: Geschichte der Sprachbehindertenpädagogik. In: *Knura, G., Neumann, B.* (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 7. Berlin 1980, 67-91.
- Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch. Berlin/New York 1972, 251. Aufl.
- Rödler, K.: Vergessene Alternativschulen. Geschichte und Praxis der Hamburger Gemeinschaftsschulen 1919-1933. Weinheim/München 1987.
- Scheibe, W.: Die Reformpädagogische Bewegung 1900-1932. Eine einführende Darstellung. Weinheim/Basel 1969.
- Schleuß, W.: Die Hamburger Sprachheilschulen. Allgemeines und Schülermaterial. Hamburger Lehrerzeitung 4 (1925) 21, 481-485.
- Schleuß, W.: 40 Jahre Sprachkrankenfürsorge in den hamburgischen Schulen. Hamburger Lehrerzeitung 7 (1928) 36, 667-669.
- Söder, H., Pluder: Statistische Aufnahme. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 4 (1894) 11, 324-349.
- Söder, H.: Berichte. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 6 (1896) 1/2, 38-40.
- Söder, H.: Die Heilkurse für stotternde Volksschüler in Hamburg. Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde 17 (1907) 11/12, 386-391.
- Verein zur Heilung stotternder Volksschüler: Bericht. Hamburg (im April) 1891.
- Wendpap, H.: Kurzer Abriss der Geschichte des Sprachheilwesens in Hamburg. In: *Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg* (Hrsg.): Gehörlose, schwerhörige und sprachkranke Schüler in Hamburg. Ehrengabe. Hamburg 1960, 23-27.
- Wendpap, H.: Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Hamburg. Sonderdruck. Hamburg 1963, 1-8.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Jürgen Teumer
Institut für Behindertenpädagogik
der Universität Hamburg
Sedanstraße 19
20146 Hamburg



Walter Rolf Bindel, Hannover

Aphasie als Störung der inneren Sprache

Zusammenfassung

Aphasie ist die Beeinträchtigung innerer operativer Prozesse vor der äußeren Sprache. Diese gestörten Prozesse sind unbewußt; aufgrund der Hirnverletzung bestehen Probleme der Perseveration, wobei sich die Person weiter komplex sprachlich verhalten will. Die Interpretation der sprachlichen Fehlleistungen bei verschiedenen Aphasieformen erlauben Rückschlüsse auf die Störung der sprachlichen Aktualisierungsprozesse: Bei der Wernicke-Aphasie besteht eine mangelhafte Analyse des Gehörten aufgrund mangelhafter Interpretation des Kontextes und der Episode, bei der Mitteilung ist die Perspektive egozentrisch und im Konkreten verhaftet; bei der amnestischen Aphasie sind die Worte verloren, weil die zugrundeliegenden inneren Vorstellungen unvollständig und inflexibel sind; die Broca-Aphasie entsteht aufgrund einer Desorganisation automatisierter Abläufe und dem Verlust der willkürlichen Lautbildung. Bei der globalen Aphasie können die sprachliche Steuerung und Situationsdistanzierung verloren gegangen sein.

1. Beschreibungsebenen aphasischer Störungen

Aphasie ist der Sprachverlust oder meistens die sprachliche Störung aufgrund einer Hirnverletzung, insbesondere der linken Hemisphäre. Entsprechend dem Ort und dem Umfang der Verletzung ergeben sich Beeinträchtigungen der hauptsächlichsten Sprachkomponenten:

- die motorische Aphasie oder Broca-Aphasie bedeutet eine Beeinträchtigung des artikulatorischen Sprechablaufs,
- die sensorische Aphasie oder Wernicke-Aphasie bedeutet eine Beeinträchtigung des Verstehens von Sprache,
- die amnestische Aphasie bedeutet eine Beeinträchtigung in der sprachlichen Formulierung, indem die benötigten Worte ausbleiben,

- die globale Aphasie bedeutet eine umfangliche Beeinträchtigung in allen sprachlichen Komponenten.

Diese sprachliche Oberflächencharakterisierung verführt leicht dazu, den Aphasiker wieder einen Grundwortschatz oder den Bau von Wörtern oder Sätzen zu lehren. Es soll aber gezeigt werden, daß es tatsächlich eine unzulässige Vereinfachung ist. Eine differenzierte Betrachtung führt zu einer verbesserten Theorie und Therapie der Aphasie. Eine Aphasie hat drei Aspekte:

(1) Es gibt eine medizinische Seite: Durch moderne Verfahren, z.B. Computertomographie, kann sehr präzise die Verletzung anatomisch beschrieben werden, aber diese Beschreibung kann noch nicht die Aphasie charakterisieren – es muß ja das Sprachdefizit erfaßt werden, damit eine Entsprechung von Lokalisation und Funktion hergestellt werden kann.

(2) Es gibt eine linguistische Seite: nämlich die geäußerten Sprachfragmente. Aus der ausschließlich linguistischen Betrachtung der gesprochenen Aussagen läßt sich aber keine Erklärung für die beobachtete Störung ableiten. Aus einem Telegrammstil mit hauptsächlich Substantiven und wenig Verben (Kinder Schule) läßt sich nicht ableiten, daß ein Reservoir von Verben gestört sei (ein Telegrammstil ist auch eine intellektuelle Leistung, nämlich mit wenig Worten eindeutig einen Sinn mitzuteilen). Ein weiteres Beispiel: ein Wernicke-Aphasiker kehrt aus dem Klinikaufenthalt zurück mit der Erkenntnis, er habe besondere Probleme mit den Verben. Ein bestimmtes Übungsprogramm konnte er nicht lösen. Es waren Sätze zu ergänzen wie:

Das Auto in der Garage
(Anweisung: Was macht das Auto in der Garage?)

Das Flugzeug über den Wolken
(Was macht das Flugzeug über den Wolken?)

Der Hund auf der Straße
(Was macht der Hund auf der Straße?)

Tatsächlich sind die Fragen nicht einfach zu beantworten. Genau genommen macht das Auto in der Garage gar nichts; das Flugzeug ist auch nur über den Wolken, wirklich fliegen kann es nicht; was der Hund auf der Straße macht, kann man nicht sagen. Das Problem ist nicht ein Problem der Verben, sondern ein Problem zu intensiver Beachtung des Wortsinnes und die Nichtbeachtung sozialer Konvention, die Fragen einfach pauschal zu beantworten. Insofern stellt die äußere Sprache nur die Anpassung an eine übergeordnete zentrale Störung dar. Es würde keinen Sinn machen, Verben beizubringen.

(3) Zu beachten ist daher unbedingt der funktionelle Aspekt bei der aphasischen Störung: Es geht um die kognitiven Prozesse vor der äußeren Sprache, die ich global als innere Sprache bezeichnen möchte; Prozesse, die nicht direkt beobachtet werden können, die aber aus den Fehlleistungen zu erschließen sind – vorausgesetzt, man beobachtet diese mit den theoretisch angemessenen Konzepten.

2. Funktionelle Interpretation von Aphasien

Ich gehe von folgender Konzeption aus: Eine Aphasie ist eine Hirnverletzung und auch für sie gelten die allgemeinen Gesetze einer Hirnverletzung (vgl. Bindel 1992). Die Störung betrifft vor allem zwei Verarbeitungsaspekte: (1) Es kommt zu einem allgemeinen Effekt der Perseveration oder der mangelnden Flexibilität der Reaktionen und (2) ergeben sich spezifische Effekte je nach betroffener Hirnregion (die spezifischen Aphasiearten). Für die Therapie gilt die allgemeine Gesetzmäßigkeit, daß bei dosierter Aufgabenstellung und bewußter Ausführung eine Wiederherstellung der Funktion möglich

ist. Aufschlußreich sind die Beobachtungen bei zerebralen motorischen Verletzungen: Wenn der Patient sein Brötchen greifen will wie immer, gelingt dies nicht, er greift daneben, jagt ihm nach und räumt den ganzen Tisch ab. Legt man dem Patienten ein Stück Würfelzucker auf die Hand, das nicht herunterfallen darf, kann er das Brötchen ruhig greifen. Im zweiten Falle liegt die Aufmerksamkeit bei der Ausführung der Handlung und nicht beim Endergebnis der Handlung. Die Einstellung war verlaufsorientiert und nicht zielorientiert. Analog sind die sprachlichen Probleme bei der Aphasie zu sehen: Der Aphasiker will reagieren wie gewohnt – aufgrund der weitgehenden Automatisierung sprachlicher Reaktion hat die Absicht zur korrekten Verarbeitung bisher genügt –, zur Rehabilitation im Falle der Aphasie sind aber nun Aufgabenstellungen notwendig, bei denen der Patient eine erhöhte Bewußtheit zur Aufgabenstellung und zur Vollständigkeit der Beantwortung erfährt. Vor der Therapie müssen die defizitären Verarbeitungsprozesse bei der Aphasie bestimmt werden; dazu möchte ich nun die verschiedenen Aphasiearten diskutieren.

2.1 Das Problem der Wernicke-Aphasie

Ich beginne mit der Wernicke-Aphasie – diese Aphasie ist sehr deutlich sowohl im Bereich des Verstehens als auch der Äußerung. Noch heute steht in aktuellen Lehrbüchern, bei der Wernicke-Aphasie handele es sich um das Problem, aus einer akustischen Konfiguration (dem gehörten Wort) ein verstandenes Wort zu entschlüsseln. So als seien wir in China und verstünden die Sprache nicht – aber je nach Kontext versteht der Aphasiker doch. Das Wort ist nicht konstant verloren. Zunächst scheint es aber wirklich so, als handele es sich um ein spezifisches individuelles Wortverständnisproblem.

Beispiel: Therapeut: Nenne heimische Tiere!

Aphasiker: Was ist heimische?

Weitere Beispiele zeigen aber, daß die Störung kein akustisches Entschlüsselungsproblem ist, sondern aufgrund der Perseveration entsteht: Durch das Festhalten an einer ersten wahrgenommenen Bedeutung ereignen sich bestimmte Fehlleistungen:

(1) Mangelhafte Situationsdeutung:

Beispiel 1: Therapeut: Zeige mit der linken Hand zwei Finger mehr als mit der rechten Hand!

Aphasiker: Das kann ich nicht, die hat auch nur fünf Finger.

Beispiel 2: Therapeut: Schwimmbad und Gewitter – was muß ich machen?

Aphasiker: Nichts.

Therapeut: Sie müssen doch aus dem Wasser gehen!

Aphasiker: Ich bin doch im Hallenbad!

Beispiel 3: Therapeut: Was im Raum hier ist aus Holz?

Aphasiker: Was meinen Sie?

Interpretation dieser Beobachtungen: Es erfolgt keine Revision der ersten Hypothese, um einen Sinn aus der Situation und der Frage zu machen. Wir Normalsprechende verwerfen beim Zuhören schon in einer vorbewußten Stufe die falschen Hypothesen und machen einen Sinn aus der Situation. Als Sprecher verlassen wir uns darauf, daß der Gesprächspartner unsere Signale zum Aufbau des Verstehens nutzt. Auch im normalen Austausch können Mißverständnisse entstehen. Mein Bruder fragt mich: „Was macht dein Ölverbrauch?“ Worauf ich antworte: „Mit dem neuen Brenner ist es besser geworden.“ Mein Bruder fragte aber nach dem Ölverbrauch meines Autos. Auch beim Wernicke-Aphasiker bleiben die erwarteten Schlußfolgerungen aus.

(2) Mangelhafte Analyse des Gehörten:

Beispiel 1: Therapeut: Ich stelle ein Kinderbuch vor (Zeigen der Deckelzeichnung). Die Figuren heißen Franz von Hahn, Jonny Mauser, das Schwein Waldemar. Wie heißen die Tiere?

Aphasiker: Namen kann ich nicht behalten, war es Hase?

Therapeut: Passen Sie auf, das Tier heißt was es ist. Franz von Hahn ist ein Hahn. Wie heißt das Tier?

Aphasiker: Hahn.

Therapeut: Haben Sie nicht gehört, daß er adelig ist und von Hahn heißt?

Aphasiker: Nein.

Beispiel 2: Therapeut: Was kann ein Schein sein?

Aphasiker: Bei der Sonne, beim Sonnenuntergang.

Therapeut: Was kann noch ein Schein sein?

Aphasiker: —

Therapeut: Es gibt einen Geldschein!

Aphasiker: Ah ja, ein Geldschein — Wie heißt das noch? Ich sehe wieder nur den Sonnenuntergang.

Interpretation dieser Beobachtungen: Der Aphasiker beachtet nur ein Fragment der Aussage, seine Konzentration ist auf einen Teilaspekt ausgerichtet, er vergißt andere Aspekte, auch wenn er sie unmittelbar gehört hat. In seiner Einstellung bleibt er bei dem ersten Aspekt.

(3) Egozentrische Perspektive beim Verstehen:

Beispiel 1: Therapeut: Zu was paßt „das kannst du genauer einstellen“?

Aphasiker: Etwas ist schon eingestellt, jetzt soll es noch besser werden, was kann das sein?

Therapeut: Zum Beispiel den Fernseher!

Aphasiker: Mein Fernseher ist doch genau eingestellt!

Beispiel 2: Therapeut: Stellen Sie mir eine Frage, auf die ich antworte „im Regal“!

Aphasiker: Der Teller steht im Regal.

Therapeut: Aber wie heißt die Frage dazu?

Aphasiker: Das verstehe ich nicht.

Therapeut: Sie könnten fragen „wo ist der Teller?“ Ich antworte „im Regal!“

Aphasiker: Aber ich sehe den Teller doch!

Therapeut: Und wenn wir jetzt in der Küche wären?

Aphasiker: Ah ja, dann könnte ich fragen.

Interpretation dieser Beobachtungen: Der Aphasiker bleibt in seiner Perspektive und erkennt das Fiktive nicht, er glaubt, die Fragen real beantworten zu müssen.

(4) Egozentrische Perspektive auch bei Aussagen:

Beispiel: Therapeut: Was müssen Sie alles tun, wenn Sie eine Wohnung abmelden?

Aphasiker: Kündigen!

Therapeut: Telefon und Strom abmelden!

Aphasiker: Das ist ja klar!

Interpretation dieser Beobachtungen: Der Aphasiker macht die Annahme, der Zuhörer habe die gleiche Perspektive wie er selbst. Dadurch kann es natürlich zu Verwechslungen kommen zwischen dem, was er selbst nur gedacht, und dem, was er geäußert hat – und zu dem, was andere Personen gesagt oder nicht gesagt haben.

(5) Nichtbeachten nichtsprachlicher Information:

Verschiedene Beispiele von Antworten bezüglich des Verstehens von Cartoons zeigen, daß der Aphasiker entscheidende Schlußfolgerungen zur Deutung des Sinns nicht vollzieht, so daß ein Mißverstehen folgt. Wenn der Aphasiker hingegen kein Deutungsproblem hat, kann es zu sehr präzisen sprachlichen Charakterisierungen kommen.

Zusammenfassende Beurteilung: Das Problem der Wernicke-Aphasie ist nicht das Wortverstehen, sondern die mangelnde Hypothesenbildung zur Deutung des Gehörten im situativen Kontext. Aufgrund der Perseveration erster Eindrücke werden nur Fragmente wahrgenommen, und es folgt ein Verharren in egozentrischer Perspektive. Auch das Problem der mangelnden Krankheitseinsicht erfährt eine neue Deutung: durch die mangelhafte Trennung innerer und äußerer Perspektive kann nicht mehr sicher unterschieden werden zwischen dem, was gedacht und geäußert wurde oder was gehört und vermutet wurde. Zur Therapie gehören dann bewußte Analyse des Gehörten und bewußte Aussageorganisationen.

2.2 Das Problem der amnestischen Aphasie

Gewöhnlich wird die amnestische Aphasie als Wortverlust beschrieben. Darüber hinaus bestehen aber auch Verstehensprobleme, wenn mehr an innerer Verarbeitung gefordert wird. Bei der amnestischen Aphasie sind nicht die Worte verloren, tatsächlich gibt es kein Repertoire an Wörtern, keine Schublade für Bezeichnungen in einer bestimmten Hirnregion. Das Problem der amnestischen Aphasie liegt vor den Worten und ist bedingt durch die Perseveration. Eingeengte innere Vorstellungen sind das Problem. Bezeichnenderweise eignet sich die amnestische Aphasie bei diffu-

sen Störungen des Parietalbereichs – dem Bereich des Zusammenkommens aller Sinnessysteme –, dem Bereich der inneren Repräsentation der äußeren Welt.

Beispiel 1: Therapeut: Nennen Sie mir Schreibgeräte?

Aphasiker: Tipp tipp.

(Therapeut macht eine Bewegung der Walzendrehung zum Blatteinzug)

Aphasiker: Ah ja, Schreibmaschine!

Beispiel 2: Therapeut: Zu was paßt „vorne anpacken“?

Aphasiker: Vorne anpacken – ich meine diesen Beton, den haben wir bei uns oft diesen (Aphasiker macht eine Bewegung des Anhebens) Sack!

Beispiel 3: Therapeut: „Arm“ hat zwei Bedeutungen!

Aphasiker: Hier Arm (deutet auf den Arm).

Therapeut: Was kann „arm“ noch sein?

(Aphasiker deutet weiter auf seinen Arm)

Beispiel 4: Therapeut: Nennen Sie mir wichtige Teile vom Fahrrad!

Aphasiker: Rad – Lenker.

(Erst nach Hinzeichnen der Fragmente durch den Therapeuten folgen weitere Teile)

Interpretation dieser Beobachtungen: Die amnestische Aphasie beruht nicht auf einem reinen Wortverlustproblem, sondern auf eingeschränkten Vorstellungen zur Aktivierung der Bezeichnung. Auch wenn wir im normalen Bereich des Erlebens eine Bezeichnung vergessen haben, gelingen uns nur Umschreibungen oder sinnhafte Annäherungen. So hatte ich den Kleidermarkenbegriff „Chiemsee“ vergessen und wußte nur noch etwas von einer lieblichen Landschaft. Die Methode zur Erinnerung ist im Normalen wie bei der Aphasie die Reaktivierung von Erinnerungen an die ursprüngliche Erlebenssituation.

2.3 Das Problem der Broca-Aphasie

Bei der Broca-Aphasie scheint es sich um ein Problem des Sprechablaufs zu handeln – so als könne der Aphasiker zu einem bestimmten Wort nicht mehr die bestimmten Sprechbewegungen ausführen. Dem widersprechen aber einige Beobachtungen:

- der Broca-Aphasiker kann eventuell singen,

- er kann eventuell eine Wortreihe aufsagen (Zahlen 1 bis 10),
- er kann eventuell situativ ergänzen (Der Teppich liegt auf dem ...),
- er kann bei Hilfe mit dem Wortanfang eventuell das Wort ergänzen.

Die Beobachtungen legen nahe, daß es sich nicht um ein spezielles Problem einzelner Artikulationsabläufe handelt, sondern um eine allgemeine Dedifferenzierung in der Lautproduktion. Aufgrund der Automatik des Aussprechens will die Person sich verhalten wie bisher und perseveriert nach ihrem dominanten Ausdruck (stereotype Produktionen wie „loch loch loch ...“ oder „dadadadada ...“). Das besondere Defizit zeigt sich auch im nichtsprachlichen oder vorsprachlichen Bereich: der Broca-Aphasiker kann nicht gezielt und willkürlich mit den artikulatorischen Strukturen umgehen. Die biologischen Grundfunktionen wie Atmen, Gurgeln, Rachenputzen, Zischen, Schnalzen, Spucken oder Blasen können nicht imitiert oder willkürlich wiederholt werden – obwohl sie unwillkürlich möglich sind. Demnach ist es grundlegend falsch, dem Broca-Aphasiker einen Grundwortschatz beibringen zu wollen. Notwendig ist zunächst, den willkürlichen Umgang und Gebrauch mit den Lautproduktionsstrukturen zu aktivieren.

2.4 Das Problem der globalen Aphasie

Die globale Aphasie ist nicht einfach die Addition der drei vorherigen Formen. Es muß davon ausgegangen werden, daß ein Überschreiten einer bestimmten quantitativen Störung zu einer qualitativen Veränderung führt. Funktionell bedeutsam ist das allgemeine Kommunikationsdefizit. Die Person hat das verloren, was die Sprache als geistige Aktivität ausmacht: die Distanzierung zum aktuellen Erleben und die Orientierung an der Perspektive des Partners.

Beispiel: Therapeut: Die Bäume haben Blätter – was fällt im Herbst?

Aphasiker: Äpfel.

Therapeut: Messer und Gabel – was ist scharf?

Aphasiker: Senf.

Interpretation dieser Beobachtungen: auch bei einem schon deutlich verbesserten Fall

zeigt sich eine schwere Reduktion in der geistigen Abstimmung mit dem Partner und eine Einschränkung der gedanklichen Perspektive. Es bestehen deutliche Defizite im Schlußfolgern. Notwendig ist, in Kommunikation zu kommen, um eine willkürlich distanzierte Haltung zu Umfeld und Sprache zu erreichen und die geistige Perspektive zu erweitern.

3. Zur Therapie der Sprache

Bevor ich zu einigen therapeutischen Schritten komme, möchte ich eine Bilanz ziehen, was Sprache ist: Äußerlich, linguistisch beschreibbar sind die Sätze, Worte, Laute. Man kann die Korrektheit beurteilen, wie der Satz die Wirklichkeit zu beschreiben vermag, z.B. „Die Katze springt auf den Tisch“. Aber im Menschen gibt es diese Sprache nicht.

(1) Sprache will nicht Wirklichkeit beschreiben. Ich beschreibe nicht den Saal, in dem ich stehe. Sprache will bei Ihnen innere Bilder entstehen lassen und eine geistige Erkenntnis bewirken. Sprache könnte auch die Wirklichkeit nicht beschreiben – ein Stuhl ist nicht beschreibbar (hat vier Beine oder vier Holzstücke?), es werden Annahmen an das Vorwissen des Zuhörers gemacht, und irgendwann muß ich mit Ihrem Verstehen rechnen. Es werden nur solche und so viele Worte verwandt, um den erwarteten Effekt auszulösen. „Der Film, wo der blinde Computerfachmann mitspielte“, ist eine klare Aussage für meine Frau, sie erspart mir viele Umschreibungen, aber sie ist unklar für andere.

(2) Sprache macht Annahmen über die Vorkenntnisse und über die Reaktionen des Partners. Meine Aussagen sind strategisch angelegt, um zu überzeugen, möglichst schon Einwände vorwegzunehmen. Von einem Moment zum anderen kann ich ganz verschiedene Sätze machen, je nach Publikum zum gleichen Thema. „Die Katze springt auf den Tisch“ hat eigentlich die Bedeutung „Paß auf, das Geschirr ist in Gefahr“ oder bei Kenntnis der Empfindlichkeit des Partners „Jetzt wird es unhygienisch“.

(3) Der äußeren Sprache geht eine innere automatisierte Sprache voraus. Vom Empfinden bis zur Formulierung laufen dabei vielschichtige automatische Prozesse ab. Wir denken an das Argument, schon folgen die

Worte. Auch Verstehen geht über Hinhören und der Sinn ist klar – meistens ist keine bewußte Analyse notwendig, wir sind mehr mit der Antwort beschäftigt. Die innere Tätigkeit des Analysierens, Ordnen und Organisierens entspricht der Tätigkeit der linken Hemisphäre und ist damit auch sprachliche Tätigkeit. Entsprechend der gestörten Sprachfunktion sind Aphasien Defizite der inneren und äußeren Sprachverwendung. Es ereignen sich:

(1) Defizite in Initiative und Flexibilität.

(2) Defizite bei Vorstellungen, mentalen Klassifikationen und Operationen, in der allozentrischen Perspektive und der Aussageorganisation.

(3) Defizite in der Deutung von Wahrgenommenem, der Entwicklung von Hypothesen, dem Vollziehen von Schlußfolgerungen.

(4) Spezifische Defizite der automatisierten Strukturen.

Der Alltag ist zu komplex für eine Rehabilitation im Falle der Aphasie. Durch falsche Anforderungen kommt es zu unlösbaren Situationen und zu Verzweiflung der Beteiligten – das gleiche gilt auch für falsch angelegte Therapieversuche. Notwendig sind (1) dosierte Anforderungen von einfach bis komplex und (2) der Kampf gegen die Perseveration durch gezielte Wechsel bei den Aufgabenstellungen. Für die einzelnen Aphasieformen bedeutet dies:

- Bezüglich der globalen Aphasie: Abstimmungen mit dem Therapeuten, Erweiterung der geistigen Perspektive.

- Bezüglich der Wernicke-Aphasie: bewußte Analysen gehörter Aussagen und bewußte Organisation von Aussagen.
- Bezüglich der Broca-Aphasie: willkürliche Verwendung der Phonationsstrukturen sowie die willkürliche Verwendung des unwillkürlichen Repertoires an sprachlichen Äußerungen.
- Bezüglich der amnestischen Aphasie: die Aktivierung von Vorstellungen und geistigen Operationen.

(Es folgen im Vortrag Beispiele von Übungen, das entsprechende Therapieprogramm findet sich bei *Bindel* 1994). Die äußere Sprache wird indirekt verbessert, entscheidend sind die Einstellungs- und Leistungsveränderungen beim Patienten durch: (1) Zeit nehmen, (2) Einlassen auf Umwege, sinnhafte Annäherungen, (3) Gefühl des Könnens, (4) Aufmerksamkeit und Kontrollreaktionen, (5) Ableitungsstrategien, (6) bewußte Analysen, (7) intensiviertere Vorstellungen, (8) zeitliches Aufbewahren.

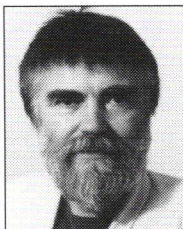
Literatur

Bindel W.R.: Prozeßorientierte Therapie bei Hirnverletzungen. *praxis ergotherapie* 5 (1992), 238-241.

Bindel, W.R.: Zurück zur Sprache. Prozeßorientierte Therapie bei Aphasien – das Übungsprogramm. (Pressevertrieb) Heusweiler 1994.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Walter Rolf Bindel
Universität Hannover
Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik
Bismarckstraße 2
30173 Hannover



Volkbert M. Roth, Reichenau

Neue Wege wagen? Wandel und Variation von Sozialformen beim sprachheilpädagogischen „Multimedia“-Einsatz

Zusammenfassung

Kein Weg ist ganz neu. Wie oft entdecken wir in Neuem Variationen von Bekanntem? Doch Wagnisse sind neue Wege, weil Bewährtes aus dem Blick geraten kann. Und doch: *variatio delectat*. Der Wandel läßt sich schlecht aufhalten, in gewissem Umfang aber gestalten. Dies trifft auch zu auf den sprachtherapeutischen Einsatz von Multimedia-Computern – insbesondere auf pädagogisch vorteilhafte „Sozialformen“.

Vorbemerkung

Vor Ende *unseres* letzten Krieges bin ich geboren, in der Sprachtherapie bin ich nun 17 Jahre tätig. Mich interessieren Reisen in verschiedene Territorien und – *Verbindungen*. Bei Ingeborg Meike Ohlendorf lese ich: „Im ersten Weltkrieg, als die meisten aphasischen Soldaten starben, konnten die Aphasieforscher in den Lazaretten viele Gehirne untersuchen ...“ Und dazwischen? „Dagegen überlebten vom zweiten Weltkrieg an viele aphasische Soldaten aufgrund der verbesserten medizinischen Behandlung“ (Ohlendorf et al. 1994, 227). Daß wir nun wieder in einer Zeit leben, in der Aphasie durch Krieg entsteht! Wandel: der Krieg ist ein Stück weiter weg und „regional“ – und macht immer noch sprachlos.¹

1. Therapietage für von Aphasie betroffene Familien: Tradition polypragmatischen Vorgehens

Die Selbsthilfe-Gruppen APHASIE hatten meines Wissens ihren Vorläufer in einer Initiative ausgehend von der Pädagogin Renate Braun und ihren Patient(inn)en an der Abteilung für Sprachstörungen, Rheinische Landeslinik Bonn. Der Neurologe Anton Leischner hatte hier, von Prag kommend, nach 1945 die erste westdeutsche Institution mit Aphasietherapie aufgebaut, durchgesetzt über Kassenverträge: also offen für alle sozialen Schichten.

Renate Braun sammelte, erfand und verbreitete „Spiele für die Therapie“ und die „Aphasiker-Gruppe“, organisierte „Urlaub für Aphasiker“ und fuhr, bis kurz vor ihrem eigenen Schlaganfall, selbst mit. Familienseminare werden im Bereich des „Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker“ seit 15 Jahren durchgeführt. Mich hatte diese alternative Form von Anfang an fasziniert, und es ergaben sich schnell Verbindungen zu dem Konstanzer Forschungsprojekt „Kommunikation in der Aphasikerfamilie. Gemeindenahe Rehabilitation“ (Trömel-Plötz/Roth/Messmer 1980-82), in dem eine spezielle Rollenspiel-Anwendung „PAKT“ (vgl. Bovet 1993, Bovet et al. 1994) entstand. Ich hatte einige Male Gelegenheit, meine Vorstellungen „angeleiteter Selbsthilfe“ (Roth 1985) im Team mit anderen Therapeut(inn)en, engagierten Angehörigen und Aphasikern praktisch werden zu lassen. Dabei ergab sich – mitunter in merklichem Unterschied zum Klinikalltag – eine Gelegenheit zu Begegnung und integrativem Vorgehen. Im Rahmen dessen gibt es aber immer wieder ganz unterschiedliche, „polypragmatische“ Seminarangebote, angeregt von Kommunikationstraining, Maltherapie, Musiktherapie, Stimm- und Sprechübungen, Körperarbeit nach Feldenkrais, Psychotherapieformen, Rollenspiel etc.

¹ Vom 21.-24.9.94 fand mit der Thematik „War wounds and traumas – problems of rehabilitation“ der 1. Kongreß kroatischer Logopäd(inn)en im Norden des „alten“ Jugoslawien statt. Ich bin mit einer serbokroatischen Version der Programme NeueWEGE / AUSWEGE 1.5 und SprechendeBilder (Mistic/Roth/Zechner 1994) nach Varazdin gefahren, Interesse und Bedarf sind groß. (Spenden: BLZ 690 514 10; Konto-Nr.: 7026222 Sparkasse Reichenau). Ich werde Spendern von dem Einsatz berichten.

2. Neue audiographovisuelle Medien: der „sprechende“ Computer, dem man schreiben kann

In dieser Zeitschrift (vgl. Die Sprachheilarbeit 37 (1992), 89-94) wurden einige Programme und ihr Einsatz beschrieben. Darunter auch die Programmfamilie WEGE, die seit 1988 in einer günstigen Konstellation an der Universität Konstanz entstand und seit 1990 als „AUSWEGE“, WEGE in Austria, an der Universität Graz fortentwickelt wurde. 1992 erschien das Buch von Luise Lutz „Das Schweigen verstehen. Über Aphasie“. Mich regte dies zu einigen Entwicklungsideen an (vgl. Kosa 1994, 49 ff), was in Zusammenarbeit mit dem Grazer Informationswissenschaftler und Linguisten Klaus Zechner zu NeueWEGE/MODAKT führte. Wir haben diesen Stand des multimedialen Sprachtrainingsprogramms beim Kongreß „Sprache Therapie Computer“ 1994 in Graz vorgestellt. Zum neuen Stand der Entwicklung führte Zechner aus:

„Je mehr Modalitäten wir zum Lernen einsetzen, desto größer ist die Chance, daß das Gelernte behalten wird, weil jedesmal die Speicherung und der Abruf in einem anderen System wiederholt werden. Beim späteren Abruf unterstützen sich die Systeme: Man schreibt das Wort und hat gleichzeitig die Laute im Ohr, man spricht das Gedicht und sieht die Zeilen vor sich. Das gilt auch für Aphasiker: der Lerneffekt ist am besten, wenn jedes Übungselement mit allen Modalitäten geübt wird. Auch wenn die einzelnen Modalitäten in unterschiedlichem Maße betroffen sind – was häufig vorkommt –, sollte nicht die am schwersten betroffene Modalität längere Zeit allein geübt werden.“ (Lutz 1992, 262f.)

Luise Lutz hat in ihrem Buch ein Therapieprogramm vorgestellt, das den Namen MODAK – für MODalitäten AKtivierung – trägt. MODAK soll, so Lutz, zum einen (als Konzept gesehen) verschiedene Therapieprinzipien, die sich im Laufe ihrer langjährigen Erfahrung als nützlich bzw. notwendig erwiesen haben, integrieren; zum anderen ist MODAK eine umfangreiche Materialsammlung für die Therapie von Aphasien mittleren und schweren Grades. Das hier wichtigste Therapieprinzip ist die Modalitätenverknüpfung, die dem Programm auch seinen Namen gegeben hat. Unter Modalitäten versteht Lutz die zwei expressiven, das Sprechen und Schreiben, sowie die rezeptiven, das Verstehen und Lesen. MODAK besteht in seiner statischen Struktur

aus fünf Blöcken, die eine Art Komplexitätsdifferenzierung hinsichtlich der realisierten syntaktischen Konstrukte – vom Verb aus gesehen – darstellen (z.B. besteht Block 1 aus „Verben ohne Ergänzung“, Block 3 aus „Verben, die Objekte mit Artikel verlangen“, Block 5 aus „Verben mit längerer Ergänzung“; Beispiele siehe Lutz 1992, 271ff.). Der Grund für diese Verbzentrierung ist ein zweifacher: zum einen ist die psycholinguistische Relevanz des Verbs als Satzkern unbestritten, zum anderen waren und sind aber gerade viele Therapiematerialien auf konkrete, (weil) darstellbare Nomina konzentriert. In diesen Blöcken ergeben nun Gruppen zu je vier Bildern (die immer Tätigkeiten darstellen) eine Grundlage für eine Übung. Die dynamische Strukturierung des MODAK-Therapieprogramms nennt Lutz die 6 Phasen (im Überblick dargestellt vgl. Lutz 1992, 294): 1. Bilder zeigen, 2. Satz-karten zuordnen, 3. Satz-karten zurückgeben, 4. Bilder zurückgeben, 5. Wortlegen und Schreiben, 6. Dialog. Während innerhalb einer MODAK-Übung das Material möglichst aus ein und demselben Block stammen sollte („keine Vermischung einfacher mit komplexeren Strukturen“), sollen möglichst mehrere unterschiedliche MODAK-Phasen aufeinander folgen, um dem modalitätenverknüpften Aspekt gerecht zu werden. So sollte bzw. kann (nach Bedarf) etwa Hörverstehen, Lesesinnverstehen, Schreibtraining und Sprech- bzw. Dialogtraining in derselben MODAK-Übungssitzung und mit demselben Material durchgeführt werden.

An dieser Stelle setzten Roths Überlegungen an, daß das Lutz'sche Konzept im Grunde auch am sprechenden Computer realisierbar sein sollte. Ich habe nun, ausgehend von der bestehenden AUSWEGE-Version (1.1), eine MODAKT-Version (1.5) programmiert, die es ermöglicht, das – entsprechend auf das geänderte Setting adaptierte – Therapieprogramm von Lutz unter AUSWEGE zum Einsatz zu bringen. Im Prinzip wird bei diesen Übungstypologien die Stimulusstruktur gezielt auf das Training bestimmter Modalitäten abgestimmt; zur bisher starren Struktur von AUSWEGE (1.1) gesellen sich also nun vielfältige, teilweise multimodale Formen. Die Form des positiven Feedbacks variiert ebenfalls in den verschiedenen Typologien; zumeist wird das

Prinzip der Komplementarität angewandt (z.B. Bild-Feedback bei auditivem Stimulus und vice versa). Aus den Lutz'schen 6 Phasen (und weiteren Ideen von Roth) wurden (bis dato) 8 Übungstypologien, die im folgenden kurz beschrieben werden.

1. Auditives Verständnis: Diese Übungsform gab es schon bisher in AUSWEGE (bzw. WEGE); der Patient soll einen akustischen Stimulus verstehen und entsprechend darauf reagieren; er steuert ein bewegliches Bildschirmelement auf ein Ziel zu, kann dabei verschiedene Hilfestellungen verwenden (bildlich, textuell, akustisch) – und erhält dann ein entsprechendes Feedback. Diese Form der Patientenreaktion ist – mit Ausnahme der Schreibübung – auch bei allen anderen Übungstypologien realisiert – eine Art „multiple choice“-Verfahren also.
2. Lesesinnverstehen: Dem Patienten wird ein Textstimulus präsentiert, dem er das dazu passende Bild zuordnen soll.
3. Schriftlich Benennen (eine Art Umkehraufgabe zu 2.): Als Stimulus dient eine bildschirmgroße Zeichnung, der Patient soll den entsprechenden Text dazu finden.
4. Hören-Erschließen-Lesen: eine Kombination aus 1. und 3.
5. Bilderwörterbuch: Zur Abwechslung einmal keine „Aufgabe“ im herkömmlichen Sinn; der Patient entscheidet, zu welchem Bild er fahren möchte und hört sich die entsprechende Phrase an.
6. Schreiben: Zunächst wie 1., nach der Ankunft beim richtigen Ziel schreibt der Patient den Text ins Fenster (bzw. Teile davon, es gibt eine Vielzahl von möglichen Parametern, z.B. „nur die Vokale“, „Anlaut ist schon vorgegeben“ etc.).
7. Dialog: Die „Logistik“ ist im Grunde so wie bei 4.; durch besondere Konstruktion der Übung bzw. Gestaltung von Stimulus-, Ziel- und Responsematerial kann ein dialogischer Übungseffekt erzielt werden (z.B. Stimulus: „Füllt dieser Mann Benzin in den Tank?“ Nein, er ... „wäscht das Auto“ (Zielphrase und akustisches Feedback).
8. Vergleich: Der Patient soll Unterschiede in der Laut- oder Silbenstruktur von Wörtern

hören und auch deren Lage erkennen (z.B. Anlaut – Inlaut – Auslaut).

Im Sinne von Lutz können mehrere solcher Übungstypen mit demselben Basismaterial in derselben Therapiesitzung hintereinander durchgeführt werden. Um die produktiven Fähigkeiten des Patienten während der Übungen verstärkt zu fördern (und nicht nur im Autorensystem, was schon bisher möglich war), habe ich weiters die Funktionen

- schreiben
- sprechen und
- wieder-anhören

implementiert. Der Patient kann nun während des Übungsverlaufes (vom Therapeuten angeregt und unterstützt) kürzere Texte auf einer Schreibzeile eintippen bzw. pro Übungsaufgabe bis zu drei verschiedene Sprachaufnahmen machen, die sofort (oder im Autorensystem) angehört werden können. So können solche Sprachaufnahmen etwa sinnvoll bei der Typologie 7 („Dialog“) eingesetzt werden, um die gesprochene Antwort des Patienten „einzufangen“. Sämtliche Einstellungen der Übungstypologien, insbesondere betreffend die Stimulus- und Feedbackstruktur, kann der Therapeut seinen Vorstellungen anpassen (einfach zu handhabende ASCII-Dateien), so daß auch weitere Übungsformen als die bisher vorgestellten mit AUSWEGE/MODAKT realisierbar sind. Last but not least sei auf das adaptierte Protokoll verwiesen, das alle eingestellten Parameter, die Übungschronologie im Detail, Übungsstatistiken und mehr enthält. (Durch das Einstellen des sogenannten Protokollfilters bestimmt der Therapeut den Umfang des Protokolls.)

3. Sprechende Bilder

Inzwischen wurde die WEGE-Idee einer Rekonstruktion von Weltausschnitten, konstituiert durch Sprache, von uns ergänzt durch primär visuelle Einheiten, denen dann Sprache unterlegt wird, wobei es zu einer Gliederung, z.B. (aber nicht nur) vom Typ Teil/Ganzes, kommt. Wir nennen dieses Programm TEXTBILD, wenn die unterlegte Sprache aus geschriebenem Text besteht, SPRECHBILD, wenn Sprache nach „Klick“ auf einen Bildteil zu hören ist. Dieses Programm arbeitet mit

derselben Multimedia-Technologie, erlaubt aber auch das „Runtertransformieren“ auf Nur-Text, beispielsweise einsetzbar für Hausaufgaben. Das Programm SPRECHBILD/TEXTBILD selbst ist kleiner als 0,3 MB. Es wird mit thematischen Verzeichnissen verbunden, die jeweils ein pcx-Bild enthalten. Man kann mit einem Schwarz-Weiß-Scanner (Logitech ScanMan) Bilder auf Vorrat aufnehmen. 25 solche Bilder brauchen etwa weitere 0,5 MB. Mit einem Aufruf, z.B. „se BACH“, wird dann ein Bild „sensibilisiert“: es wird automatisch gerastert und kann nun (im Hintergrund) beschrieben oder besprochen werden. Später kann mit einem anderen Aufruf, z.B. „sp(ri)ch BACH“, das Sprechbild BACH geladen werden. Der Benutzer kann auf Stellen im Bild mit dem Cursor zeigen, sie so auswählen und „klicken“: es ist ein tönendes Bildwörterbuch (interaktiv).

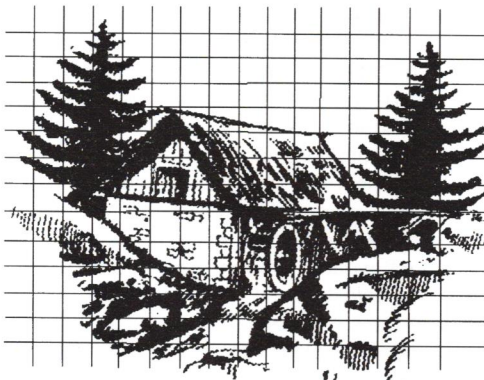


Abbildung 1: „Es ... die ... am rauschenden ...“. Im Aufnahme-Modus wird das digitalisierte Bild gerastert. Jedem „Mosaik“-Stück kann Sprache unterlegt werden, die dann im Wiedergabe-Modus durch Mausklick auf jene Teile des Bildes erscheint (TEXTBILD) oder ertönt: (SPRECHBILD).

Der geringe Speicherbedarf von DOS-Programmen hält diese aus praktischen Gründen immer noch aktuell für einen pädagogisch-therapeutischen Einsatz. Das Integrieren bewegter Bilder hat Dietmar Messmer mit der Neuentwicklung WinWEGE möglich gemacht. Hier ergeben sich für die nahe Zukunft sehr reizvolle Möglichkeiten therapeutisch integrierten Vorgehens.

4. „Ich war in der Sprache wie tot“ (Videofilm 1994)

Zur Aufklärung der Öffentlichkeit über den Prozeß des „Coping“ mit Sprachverlust nach Schlaganfall und seine therapeutische Unterstützung entschloß sich der Landesverband Aphasie Baden-Württemberg, auf seinem Familienseminar „Sprechende Bilder“ einen professionellen Video-Film drehen zu lassen. Wir versuchten dabei für einen unserer Schwerpunkte in diesem und dem folgenden Jahr (Einsatz des Sprachtrainings-Computers im Selbsthilfeszusammenhang) zu mobilisieren und Anschauungsmaterial für die von *Pulvermüller/Roth* (1993) befürwortete „integrative computerunterstützte“ Vorgehensweise zu erhalten. Beteiligt waren Axel *Weber* (Klänge und Ordnungen im Sprechgeschehen, angeregt von der Stotter-Therapie Uwe *Papes*), Astrid *Stannarius* (Atem- und Stimmspiele in einer großen Gruppe), Luise *Lutz* (Sprachtherapeutisches Stegreifspiel), Martha *Elsässer* (Körperarbeit nach *Feldenkrais*) sowie Marianne *Manocchio*, Dietmar *Messmer* und der Autor (vgl. *Roth/Zechner* 1994 a und b, *Messmer/Roth* 1994). Am Beginn des Films, der nun beispielsweise in von der AOK organisierten Gründungsversammlungen von regionalen Selbsthilfegruppen gezeigt wird, steht ein von Luise *Lutz* geführtes Interview mit Anneliese *Abele*, die vor 13 Jahren einen Schlaganfall hatte und nun eine regionale Selbsthilfe-Gruppe leitet. Aus diesem Rückblick stammt der o.a. Filmtitel.

5. Sozialformen

Was sind „Sozialformen“? Man kann generell zwischen den lingualen („Sprachform“) und sozialen Aspekten der Sprachhandlungen unterscheiden (vgl. *Roth* 1969). Bezogen auf Sprachtrainingshandlungen habe ich den Ausdruck „Sozialform“ gelesen in einem Text von Marita *Niederstraßer-Meißner* („Der Personal Computer und das Interaktive Video als Medien in der Sprachrehabilitation erwachsener Menschen mit Aphasie“), den Jürgen *Walter* zitiert (vgl. *Roth* 1992, 98). Da sie die „computerunterstützte Spracheinzeltherapie“ betrachtet, unterscheidet sie 5 Sozialformen – je nach der Beteiligung der Therapeuten als Beobachter (1), als Berater (2), als Mittler, der den PC bedient (3), als Mitspieler, der sich an

der Computerbenutzung beteiligt (4), und als Kommunikationspartner angesichts des PC (5) [im Gespräch beispielsweise über ein Bild, das auf dem Monitor zu sehen ist]. Ich fasse (4) und (5) zusammen – nach meiner Erfahrung (6 Jahre) ist die Trennung zwar analytisch sinnvoll, aber in der Praxis stellt sich bei abwechselnder Computerbenutzung, Vormachen und Nachmachen: „modelling“, auch ein Kommentieren dessen ein, was man selbst oder der andere tut, es stellt sich handlungsbegleitende Kommunikation ein. Und ich fördere sie.

Ich möchte den Gebrauch des Terminus *Sozialform* ausdehnen. Die „Spracheinzeltherapie“ selber ist eine Sozialform des Rehabilitationsprozesses, der andere Sozialformen gegenüberstehen. Gerade diesen Hinweis gibt ein verallgemeinerter Gebrauch des Terms. Therapeutisch interessiert mich zunächst eine „Klein-Gruppe“, in der der Sprachtrainings-PC abwechselnd benutzt (vgl. Poetzl 1995) wird und in der die Aphasikerin und der Aphasiker auch miteinander kommunizieren – angesichts der „Sprechenden Bilder“, die auf dem PC zu sehen und aus ihm zu hören sind.

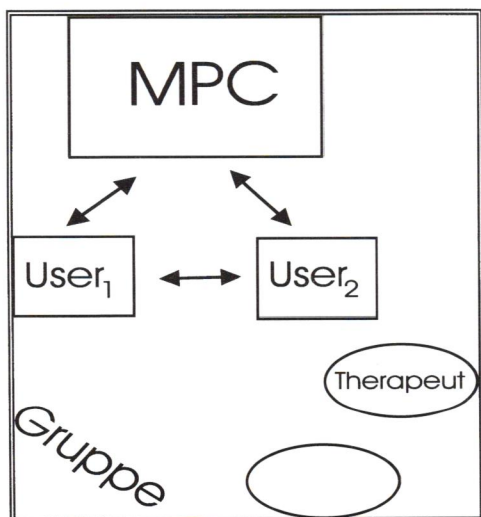


Abbildung 2: Sprachaufgaben lösen im „sozialen Kontakt“. Sozialform VI: Standardsituation für computergestützte Aphasitherapie

Sodann kann mit der Rede von den Sozialformen auf einen Sitz der Computerbenutzung im sozialen Leben über den engeren pädagogisch-klinischen Kreis hinaus aufmerksam gemacht werden. Ich möchte in Erinnerung rufen, daß die Selbsthilfe-Bewegung der von Aphasie Betroffenen, unterstützt von Angehörigen und Therapeut(inn)en, noch vor den meisten Therapie-Institutionen ein reges Interesse an pädagogisch eingesetzten „Sprechenden Computern“ (vgl. Kosa 1994) gezeigt hat. Die von den Gruppen in Bonn und in Konstanz/Graz entwickelten Multimedia-Sprachtrainingsprogramme haben eine überregionale Verbreitung gefunden. Dazu hat insbesondere auch der vom Kuratorium ZNS neu herausgegebene „Software-Katalog“ sowie die Stiftung von Therapie-Computern für Kliniken und Selbsthilfe-Einrichtungen beigetragen. Die Benutzung des gleichen Mediums in verschiedenen sozialen settings – Klinik, „Aphasiker-Zentrum“, „Home-Training“ – wirkt sich nach meinem Einblick auch positiv auf den „Transfer“ von der Sprachtherapie in den Alltag aus. Den von *Niederstraßer-Meißner* unterschiedenen 5 Sozialformen sprachtherapeutischen Computereinsatzes ist schon für die Klinik/Praxis (Kleingruppen-Therapie) und erst recht für die Aphasiker-Selbsthilfe die wichtige Sozialform 6 hinzuzufügen: zwei Aphasiker arbeiten zusammen, sich an der Maschine abwechselnd und sich untereinander austauschend. Das Programm stellt sie vor Sprachaufgaben; dies aber gibt Material und Anlaß zum Rollenwechsel und zum Einschleichen von ‚face-to-face-Kommunikation‘ der Aphasiker zwischen die abwechselnde ‚Mensch-Maschinen-Interaktion‘, die im Unterschied zum ‚monologischen‘ Video auch von der Maschine registriertes Zeigen (Maus, Cursor-Tasten) und Schreiben einschließt, wozu nun in schon absehbarer Zukunft Spracherkennung, das Umsetzen von gesprochener Sprache in geschriebenen Text und die Maschinen-Reaktion auf gesprochene „Anweisungen“, z.B. für ein Textverarbeitungsprogramm (vgl. Roth 1992), hinzukommen.

Stachowiak (1993) lieferte mit seiner multi-zentrischen Effektivitätsstudie indirekt auch einen Beitrag zum Thema „Sozialform“ des Sprachtrainings. Die quantitativ ausgerichtete

Studie erbrachte erstens den praktisch immens wichtigen Nachweis, daß niederfrequente Aphasitherapie (unter 3 Sitzungen pro Woche) sich im Ergebnis nicht signifikant von der Besserung durch Spontanremission unterscheidet. Die Studie zeigte zweitens den positiven Einfluß der Verdoppelung der Zeit gezielten Sprachtrainings, selbst wenn (Wechsel der Sozialform) die Hälfte der Zeit nur am Sprachtrainingscomputer verbracht wurde, wobei in der Studie nur vorfabriziertes, auf Interessen, Stärken und Schwächen der einzelnen aphasischen Benutzer, nicht durch speziell für sie oder ihn konzipierte Übungen eingehendes Sprachtrainingsmaterial eingesetzt wurde. In Zeiten der „Kostendämpfung“ ist dies ein hellhörig machendes Ergebnis. Geeigneter Wechsel der Sozialform (bei vergleichbarer Quantität gezielten Sprachtrainings pro Zeiteinheit) und Einsatz des Autorensystems sollten ebenfalls Gegenstand von Untersuchungen werden. Die Krankenkassen haben nun die Möglichkeit, das Geld der Versicherten nicht nur für die notwendigen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne, sondern neuerdings auch zum Aufbau von Selbsthilfegruppen auszugeben. Hierin zeigt sich ein Bewußtseinswandel, der den realen Wandel innerhalb der letzten 15 Jahre aufnimmt. Der Begriff der Rehabilitation wird um einen systemischen Aspekt – „Coping“ – erweitert, wobei die Gelegenheit zur gegenseitigen Aussprache in symmetrischer, nicht von „Expertenherrschaft“ verzerrter Kommunikation von zentraler Bedeutung ist. Hierin (Sozialform: Kontakt der Betroffenen untereinander) kann man den Kern der Selbsthilfe-Bewegung sehen (vgl. auch *Vornholt* 1993). Das gewandelte Selbstverständnis (vgl. *Lotzmann* 1988, 1995; *Motsch* 1989) vieler von uns unterstützt dies, und wir freuen uns über eine soziale Vernetzung von Initiativen zur Rückeroberung der Sprache – außerhalb der Institutionen, in denen Aphasiker die ersten Schritte vorwärts (in ein verändertes Leben) machen. Auch ein sich jährlich wiederholendes Familienseminar (und mehr noch ein „Aphasiker-Zentrum“ wie das soeben in Vechta eröffnete, das von Luise Lutz geleitet wird, oder die neue Pflege- und Begegnungsstätte „Roseck“/Tübingen), ist eine Institution, und die Zukunft wird zeigen, worin sich deren „Sozialformen“ von dem Stück des

Rehabilitationsprozesses unterscheiden, das in großen klinischen Institutionen stattfindet.

Literatur

- Bovet, J.*: PAKT – Partner-Aphasiker-Kommunikations-Training. Fribourg 1993.
- Bovet, J., Roth, V.M., Tschirren, K.*: PAKT im Inseelspital Bern. VHS Videofilm 1994.
- Flamm, G.*: Audiovisuelles Sprachtraining. Vortrag auf der 5. Jahrestagung des Arbeitskreises Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie. Erlangen 1980.
- Flamm, G., Roth, V.M.*: Die schmutzige Hand. Audiovisuelles Sprachtraining. Gailingen 1979.
- Flamm, G., Roth, V.M., Wild, K.*: Das Frühstück. Audiovisuelles Sprachtraining. Gailingen 1980.
- Grebe, R. B., Küffner, H., Bartz, B.* (Hrsg.): Pädaglot. Eine CD-ROM des 'Arbeitskreises pädagogische Software mit digitaler Sprachverarbeitung' (WEGE-Beispiele). Würselen 1994.
- Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1. Berlin 1989.
- Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 6. Berlin 1993.
- Kosa, U.* (Hrsg.): Der sprechende Computer in der pädagogischen Praxis. Weinheim 1994.
- Kuratorium ZNS*: Softwarekatalog computerunterstützte neuropsychologische Therapieprogramme. Bonn 1994.
- Landesverband Aphasie Baden-Württemberg*: Sprechende Bilder. Videofilm (VHS) vom Familienseminar in der Bauernschule Wernau am Neckar, Medienwerkstatt. Konstanz 1994.
- Lotzmann, G.* (Hrsg.): Das Selbstverständnis des Therapeuten im Kommunikationsprozeß. Stuttgart 1988.
- Lotzmann, G.* (Hrsg.): Das Prinzip der Ganzheit. Berlin 1995.
- Lutz, L.*: Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. Berlin, Heidelberg 1992.
- Messmer, D., Roth, V.M.*: WinWEGE. Sprachtrainings-Software. Konstanz 1994.
- Motsch, H.J.*: Sprach- oder Kommunikationstherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Grundlagen der Sprachtherapie. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1. Berlin 1989, 73-95.
- Ohlendorf, I.M. et al.* (Hrsg.): Sprache und Gehirn. Freiburg 1994.
- Poetzel, E.*: Zum sonderpädagogischen Einsatz des sprechenden Computers in Kleingruppen. (PH) Heidelberg 1995.

- Pulvermüller, F., Roth, V.M.:* Integrative und computerunterstützte Aphasietherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 6. Berlin 1993, 230-250.
- Roth, V.M.:* Einige logische Strukturen der deutschen Gegenwartssprache. Diss. Erlangen 1969.
- Roth, V.M.* (Hrsg.): Sprachtherapie (zu „PAKT“). Tübingen 1984.
- Roth, V.M.:* Angeleitete Selbsthilfe. OBST (1985) Bd. 32, 169-172.
- Roth, V.M.* (Hrsg.): Computer in der Sprachtherapie. Neue WEGE. Tübingen 1992.
- Roth, V.M., Schönle, P.W.:* Sprachtraining für Aphasiker mit Computerhilfe (STACH und WEGE) in einer Selbsthilfegruppe. *Rehabilitation* 31 (1992), 91-97.
- Roth, V.M., Zechner, K.:* NeueWEGE/MODAKT. Sprachtrainings-Software. Graz, Konstanz 1994a.
- Roth, V.M., Zechner, K.:* SprechBild/TextBild. Sprachtrainings-Software. Graz, Konstanz 1994b.
- Roth, V.M.:* „Ich war in der Sprache wie tot.“ Sprachverlust nach Schlaganfall. VHS-Videofilm (36 Min.) vom Familien-Seminar 'Sprechende Bilder' des Landesverbandes Aphasie Baden-Württemberg (Medienwerkstatt Querblick, G.-Daimler-Str. 3, 78467 Konstanz). Konstanz/Wernau am Neckar 1994.
- Stachowiak, F.J. et al.:* Developments in the assessment and rehabilitation of brain-damaged patients. Tübingen 1993.
- Vornholt, B.:* Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 6. Berlin 1993, 121-146.
- Zechner, K.:* NeueWEGE/MODAKT (1.5) Dokumentation. Zur Integration von 8 Übungstypologien in ein Programm mit digitaler Sprachausgabe. Universität Graz, Institut für Allgemeine und Angewandte Sprachwissenschaft. Graz 1993.
- Zureck, B.:* Videotechnik als Medium in der Therapie Hirngeschädigter. Allensbach 1982.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. V.M. Roth
Merzengasse 13
78479 Reichenau

Dr. V.M. Roth ist Lehrbeauftragter im Fachbereich Sonderpädagogik, Reutlingen, der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg in Verbindung mit der Universität Tübingen und Privatdozent für Philosophie an der Universität Konstanz; Sprach- und Familientherapeut; Vorsitzender des Landesverbandes Aphasie, Baden-Württemberg.

Schwerpunkte: Partner-Aphasiker-Kommunikations-Training, integrative computerunterstützte Therapie. Einbeziehen der Familie in die Sprachtherapie, auch in Verbindung mit dem Aufbau eines Selbsthilfezusammenhangs.



Monika Wetzel, Hamburg

„Ich habe im Kopf die Bedeutung – nicht den Klang eines Wortes“

oder: Nichtsprechende können sich nicht diktieren

Zusammenfassung

Wer nie gesprochen hat, kann auch die Schriftsprache in der Regel nicht benutzen, denn diese setzt gesprochene Phoneme in Grapheme um. Wer nicht spricht, kann ein intaktes Sprachverständnis haben: er/sie versteht die Bedeutung einer Aussage. Dies geschieht möglicherweise, ohne daß die sprechmotorischen und klanglich-lautsprachlichen Elemente der Aussage bewußt wahrgenommen werden. Benutzern der *Bliss*-Symbol-Kommunikationsmethode wird eine Symbol-sammlung angeboten, bei der es um optische Bedeutungsträger geht. Der Umweg über die gesprochene Sprache kann also vermieden werden. Die Anwendung der *Bliss*-Symbole im Kommunikationsprozeß kann die kognitive Entwicklung der nichtsprechenden Kinder bereits zu einem Zeitpunkt fördern, da die vorhandenen Denkstrukturen für eine Auseinandersetzung mit Buchstaben noch nicht ausreichend entwickelt sind.

1. Warum Bliss-Symbole für Nichtsprechende?

Der oben zitierte Satz ist die Antwort eines *Bliss*-Benutzers auf die Frage, warum er *Bliss*-Symbole dem geschriebenen Wort vorzieht. Menschen, die nicht über eine aktive Sprechfähigkeit verfügen, müssen deshalb noch nicht ohne Sprache sein. Der 15jährige Schüler Dennis – er besucht eine Hamburger Körperbehindertenschule – spricht zwar nicht, aber er geht sehr kreativ mit Sprache um. Dennis kommuniziert mit der *Bliss*-Symbol-Kommunikationsmethode. Er zeigt Zeichen und Symbole auf einer für ihn individuell erstellten Karte und hat offenbar klare Sprachkonzepte im Kopf, die er mit Hilfe der Symbole ausdrückt. Auf dem diesjährigen Kongreß der dgs in Hamburg stellte der Schüler sein Können eindrucksvoll unter Beweis. Seine Antworten gab er durch das Zeigen von mehreren Symbolen in Folge. Dies bedurfte freilich der Übersetzung durch eine erfahrene Sprachtherapeutin: Brigitte Hoff-

mann-Schöneich demonstrierte ihre Zusammenarbeit mit dem schwer bewegungsbeeinträchtigten Dennis. Sie benannte die von ihm gezeigten Symbole, er bestätigte oder korrigierte dies und sah sie nach Beendigung des Zeigens erwartungsvoll an; so, als wollte er sagen: „Bitte wiederhole noch einmal, was ich gesagt habe“. Immer, wenn der Zeigende einverstanden ist mit der Übertragung seiner Aussage in die Lautsprache, die er ja passiv beherrscht, kann das Gespräch fortgesetzt werden. Schwierigkeiten entstehen, wenn der Zeigende nicht zufrieden ist.

2. Was zeichnet das System aus?

2.1 Bliss – eine Idee für internationale Verständigung

Die Idee für das *Bliss*-System entstand in den Jahren nach 1942, als der Österreicher Charles Bliss ein internationales Verständigungssystem für Menschen erdachte, die in der Nachkriegszeit in Fernost aufeinandertrafen. Da sie alle aus unterschiedlichen Sprachkreisen stammten, verständigte man sich durch das Zeigen von Zeichen und Symbolen. Ähnlich wie chinesische Schriftzeichen sind diese nicht am Sprachklang, sondern an der Bedeutung orientiert. Bliss entwickelte daraus ein perfektes Zeigesystem.

2.2 Bliss – ein Zeigesystem für Körperbehinderte

Das System wurde 1975 von der Blissymbolics Communication International“ in Toronto übernommen. Seit 1982 befindet sich dort das Copyright für die Symbole. Grundlage sind 26 Zeichenelemente, die zu immer neuen Kombinationen zusammengesetzt wurden, um dann einen Begriff darzustellen.

Ein Element ist z.B. das Herz: es steht für Gefühl. Wird das Zeichen mit einem Substantiv-Zeichen versehen, bedeutet es „Herz“. Wird rechts daneben ein Pfeil nach oben gesetzt, bedeutet es, daß es sich um ein positives Gefühl handelt. Entsprechend deutet der Pfeil nach unten auf ein negatives Gefühl hin. Versieht man die genannten Zeichenkombinationen mit einem Substantiv-Zeichen, so kommen die Bedeutungen „Glück“ und „Traurigkeit“ zustande, entsprechend wird durch ein Adjektiv-Zeichen die Bedeutung „glücklich“ oder „traurig“ erreicht. Zwei Pfeile in Richtung nach oben und unten hinter dem Herzen bedeuten „verwirrt“.

Lage ist, mit dem *Bliss*-Benutzer sofort zu kommunizieren.

3. Wie werden die Symbole gespeichert?

3.1 Sprachklang und Bedeutung des Begriffes

Benutzer merken sich die *Bliss*-Symbole auf unterschiedliche Weise. In der Regel steht die Bedeutung eines Symbols im Vordergrund. Die Betroffenen wissen aus Erfahrung, wie dieses Symbol in ihrer Muttersprache klingt. Um ein Symbol wiederzuerkennen, orientieren sie sich in den seltensten Fällen an den einzelnen Elementen, aus denen das *Bliss*-

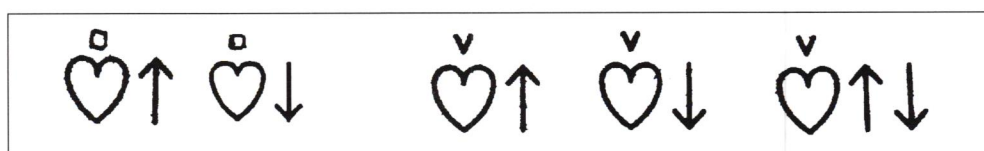


Abb. 1: Das „Herz“ wird mit verschiedenen Symbolen kombiniert und ändert so seine Bedeutung

2.3 Bliss-Symbole sind Bedeutungsträger

Die Elemente sind vergleichbar mit unseren Buchstaben, obwohl sie nicht für Sprachklänge stehen, sondern auf Bedeutungszusammenhänge hinweisen. Zu dem System gehören sowohl pictographische Zeichen als auch willkürliche Symbole, Strategie- und Funktionszeichen. Jedes *Bliss*-Symbol ist eine geschlossene Einheit, die Bedeutung ist international festgelegt und darf nicht verändert werden. Über dem Symbol steht die Bedeutung in der jeweiligen Muttersprache der Benutzer, so daß jeder, der lesen kann, in der

Symbol zusammengesetzt ist. Nach Aussage von Dennis ist das Adjektiv-Zeichen z.B. unwichtig für das Wiedererkennen eines Begriffes. Für die Abspeicherung eines *Bliss*-Symbols scheinen andere Kriterien wichtig zu sein.

Ein Mädchen brach in Jubel aus, als sie bei der Einführung des Begriffs „Lehrerin“, der sich aus „Person“–„gibt“–„Wissen“ zusammensetzt, die Elemente „gibt“ und „Wissen“ wiedererkannte. Diese gehören zu dem Begriff „Schule“: „Haus“–„gibt“–„Wissen“, das Kind artikulierte so etwas wie „Ule“ dazu.

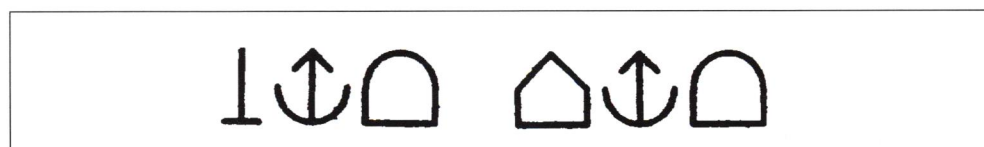


Abb. 2: Für „Lehrerin“ und „Schule“ sind das zweite und dritte Element der Symbolkombination gleich: „geben“ und „Wissen“.

3.2. Positionierung des Begriffes

Andere Benutzer merken sich die Position eines Begriffes innerhalb der Zeigekarte: Bei einer Schülerin steht rechts oben in der äußeren Ecke der Karte das Wort „Geburtstag“, und daneben findet sie Wochentage, Monate usw. Das Mädchen hat gelernt, ihre Symbole in dieser Anordnung zu benutzen, eine Veränderung wäre für sie irritierend. Einige Benutzer erinnern sich vorrangig an die Situation, in der das Symbol eingeführt wurde. Mir fällt dazu ein Schüler ein, der eine bestimmte Person immer im Bereich „Küche“ suchte, da diese Person erstmalig als Helferin beim Kochunterricht für ihn aufgetaucht war.

3.3 Optische Gestalt und Sprachklang des Symbols

Dennis speichert nach eigenen Angaben die optische Struktur eines Begriffes als Ganzes ab. Er erkennt eine einmal gelernte Struktur jederzeit wieder. Andere *Bliss*-Benutzer brauchen als Stütze den „Vorleser“, da sie erst über den Klang des gesuchten Begriffes sicher sind, daß sie das Richtige gewählt haben.

4. Wie soll eine *Bliss*-Zeigekarte angelegt sein?

Die Gestaltung der Zeigekarten richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Benutzer und nach den Zielen, die durch den Einsatz der Symbole erreicht werden sollen.

4.1 Anordnung nach Wortarten

Um die Wortarten voneinander abzugrenzen, werden *Bliss*-Tafeln häufig mit verschiedenen Hintergrundfarben ausgestattet. Dennis nennt dies als ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal für seine Symbole. Die Anordnung nach Subjekt – Prädikat – Objekt setzt eine hohe Abstraktionsfähigkeit voraus, die nicht immer gegeben ist. Die Benutzer brauchen klare syntaktische Vorstellungen.

4.2 Anordnung nach Gebrauchshäufigkeit

Eine andere Möglichkeit ist, die Symbole nach der Häufigkeit des Gebrauchs und der Bedürfnislage anzuordnen. Im Extremfall kann mit den Zeichen für „ja“ und „nein“ be-

gonnen werden. Die einmal eingeführte Anordnung kann für die Benutzer zur wichtigen Orientierung werden.

4.3 Themenkarten

Es kann sinnvoll sein, Symbolkarten zu wichtigen Erlebniseinheiten und Situationen zusammenzustellen. Ein Beispiel ist die Themenkarte von T. zum Bereich „Spielen“, für die z.Zt. Begriffe gesammelt werden, die beim Spiel mit der Puppenstube wichtig sind. Der Vorteil ist hier, daß das Denken in Oberbegriffen gleichzeitig erarbeitet wird.

4.4 Anordnung im Raster

Mit *Bliss*-Computerprogrammen lassen sich Haupt- und Untermenues in Form von Rastern anlegen. Begriffe auf der Hauptkarte, denen Untermenues unterlegt sind, werden farblich gekennzeichnet.

5. Warum *Bliss*-Symbole und nicht Schriftsprache?

5.1 Akustische Analyse als Problem

Der Wortklang eines Begriffes ist zwar auch bei Nichtsprechenden wichtig für die Absicherung und Speicherung. Jedoch heißt das noch nicht, daß der *Bliss*-Benutzer in der Lage ist, das lautsprachlich bekannte Wort zu schreiben. Ähnlich wie ein *Bliss*-Symbol wird das Wort als Klanggestalt in seiner Ganzheit wahrgenommen, nicht aber in seine Klangelemente zerlegt.

5.2 Fehlende sprechmotorische Praxis und Rückmeldung

Dazu kommt, daß ja im Extremfall keinerlei sprechmotorische Praxis besteht. Folglich fehlt die für uns selbstverständliche ständige Herausforderung des Umwandelns von passiv Gehörtem in aktiv sprechmotorisch erzeugte Klanggestalten, die durch Rückmeldung auch noch korrigiert werden können.

5.3 Direktes gedankliches Ansteuern der Symbole

Das Denken des *Bliss*-Benutzers geht – so scheint es – häufig gar nicht den Umweg über das Sich-Vergegenwärtigen einer Wortklang-

gestalt, sondern überträgt die gedachte Bedeutung direkt auf das Symbol, das er seinem Gedanken zuordnen will. Nichtsprechende Menschen haben offensichtlich Schwierigkeiten, sich mit dem Lesevorgang auseinanderzusetzen. Dies hat weniger mit mangelnder Intelligenz als mit fehlender Sprechpraxis zu tun. So gesehen kann das Zeigesystem von *Bliss* eine sehr geeignete alternative Kommunikationsform für sie sein. Benutzer lernen, ihre Gedanken und Begriffe an den *Bliss*-Symbolen festzumachen, und können diese für die Kommunikation direkt ansteuern.

6. Was kann durch den Einsatz von *Bliss* erreicht werden?

6.1 Chancen der *Bliss*-Kommunikation

Bliss-Benutzer können auch komplizierte Gedanken ausdrücken und so über ihre Sprache zu einem Gedankenaustausch mit anderen Menschen kommen. Voraussetzung ist allerdings, daß die Benutzer die Fähigkeit haben, eigene kognitive Strukturen zu entwickeln und zu speichern. Dann kann das Erlernen der *Bliss*-Kommunikation die lautsprachliche Auseinandersetzung mit der Umwelt weitgehend ersetzen.

6.2 Grenzen der Kommunikation

Dennoch gibt es Grenzen bei der Anwendung der Methode für die Kommunikation. *Bliss* ist zwar eine Sprache¹ und als solche durchaus einsetzbar. Aber diese Sprache ist künstlich erschaffen, nicht natürlich gewachsen, nicht lebendig, nicht eingebunden in gesellschaftliche Prozesse. Nur wenige Menschen benutzen sie, ihre Verwendung erfolgt eingleisig.

6.3 Schwierigkeiten der Verständigung

Es gibt so gut wie keine eingeschliffenen Sprachmuster im Sinne von Redewendungen oder Textbausteinen. Jede lebendige Sprache ist einem permanenten Erweiterungs- und Veränderungsprozeß unterworfen. Diese Veränderungen werden von dem Sprechenden wahrgenommen und für den Sprachgebrauch übernommen. Für die *Bliss*-Kommunikation fehlen Zeichen für Aussagen wie: „Das gefällt mir nicht“, „Ich habe keine Lust mehr“, „Laß das sein“, „Das ist doch selbstverständ-

lich“, „Das ist mir zu langweilig“ oder „Ich habe keine Ahnung“, „Das ist mir zu nervig“. Ganz zu schweigen von in die Umgangssprache eingehenden Werbesprüchen wie „nicht immer, aber immer öfter“ u.a.m.

Der *Bliss*-Benutzer muß sich eigene Sprachkreationen einfallen lassen oder auf diese wichtige Form der Auseinandersetzung mit anderen Menschen verzichten. Ein Beispiel für eine solche „Sprachkreation“ ist der Versuch eines Schülers, ein Gespräch abubrechen, das ihn nicht interessierte. Er zeigte auf seiner *Bliss*-Karte: „Ich-sprechen-nein“, ein beleidigter Gesichtsausdruck begleitete diese Aussage.

Bliss-Benutzer haben es schwer, wenn es darum geht, von ihren Gesprächspartnern verstanden zu werden. Das folgende Beispiel, das Dennis und seine Lehrerin miteinander erlebten, zeigt dies deutlich. Es ging darum, zu erklären, wo die Oma des Jungen wohnt: in Altendeich. Dennis versuchte auf drei Wegen, sich verständlich zu machen: Für den ersten Teil des Wortes setzte er „alt“ ein.

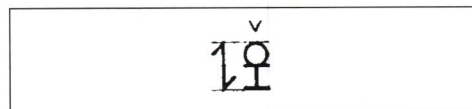


Abb. 3: Das Symbol für „alt“ setzt sich zusammen aus einem Gegenteil-Zeichen und dem Symbol für „jung“

Für „Deich“ hatte Dennis kein Symbol, deshalb half er sich auf folgende Weise:

1. Versuch

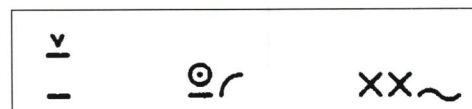


Abb. 4: „Hoch“ / „Grün“ / „Meer, Ozean“

¹⁾ Vgl. hierzu die Definition von *Wisch*: Nach *Wisch* ist Sprache definiert als „ein konventionelles Zeichensystem, dessen Elemente eine bestimmte Struktur aufweisen, nach bestimmten Regeln miteinander verknüpft werden und im Sinne der symbolischen Interaktion der zwischenmenschlichen und intrapersonellen Verständigung dienen“ (*Wisch* 1990, zitiert nach *Gangkofer* 1993, 191).

2. Versuch

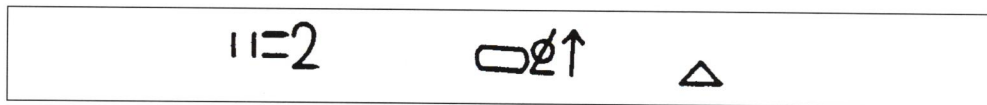


Abb. 5: „klingt ähnlich wie“ / „Kuchen“ / „machen“

3. Versuch:

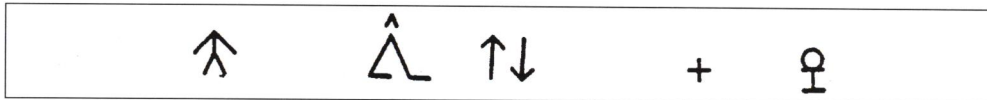


Abb. 6: „Vater“ / „gehen“ / „auf und ab“ / „und“ / „Kind“

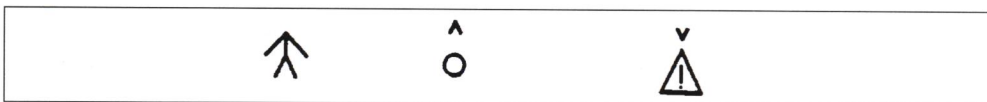


Abb. 7: „Vater“ / „sprechen“ / „gefährlich“



Abb. 8: „links“ / „niedrig“ / „rechts“ / „niedrig“

Dennis begann für den ersten Erklärungsversuch mit einer Bildbeschreibung (vgl. Abb. 4), ging, als er nicht verstanden wurde, über zu einer Beschreibung des Lautklanges (vgl. Abb. 5) und beschrieb schließlich eine Situation, in der „Deich“ erlebt wird (Abb. 6 bis 8).

Dennis beweist in diesem Gespräch, daß er einerseits in Bildern denkt. Er vergegenwärtigt sich eine erlebte Situation und verdichtet diese in wenigen Bildern (Versuch 1 und 3). Bei dem zweiten Versuch vergegenwärtigt er sich den Klang des Wortes und sucht in seinem Gedächtnis nach einem Wort, das ähnlich klingt: „Teig“. Dieses stellt er wiederum durch zwei Bilder dar: „Kuchen“ und „machen“. Er kann also auch auf seine Weise lautsprachliche Strukturen analysieren.

7. Wie kann die Situation verbessert werden?

7.1 Einarbeitung der Kommunikationspartner

Jede *Bliss*-Äußerung wird bisher noch übersetzt in Lautsprache, weil die sprechenden Kommunikationspartner nicht in der *Bliss*-Sprache denken können, folglich können wichtige Nuancen der *Bliss*-Aussagen u.U. nicht wahrgenommen werden. Wenn die *Bliss*-Kommunikation eine echte Alternative zu der Lautsprach-Kommunikation werden soll, müssen die Gesprächspartner lernen, sich in die Denkweise des Systems hineinzu- arbeiten. Hier liegt meines Erachtens das Problem, aber auch die Chance einer ernst-

zunehmenden Erörterung der Frage, wieweit *Bliss* als Sprache gleichwertig neben der Lautsprache existieren kann.

7.2 Anerkennung von *Bliss* als sprachliche Alternative

Die Verständigung mit der *Bliss*-Kommunikationsmethode kann für beide Teile – Benutzer wie Gesprächspartner – schwierig sein, sie entwickelt aber auch ihre ganz eigenen Reize, die ganz neue Wege des Umgangs mit dem Phänomen „Sprache“ ermöglichen. Das Beispiel „Altendeich“ zeigt, wie kompliziert die Wege des Denkens und Verstehens sein können, die die Gesprächspartner miteinander gehen müssen. Gleichzeitig läßt das Beispiel ahnen, wie reizvoll es ist, solche Wege für die Kommunikation zu suchen.

8. Kann ein *Bliss*-Benutzer die Schriftsprache erlernen?

8.1 Speichern von Wortbildern

Durch den ständigen Umgang mit *Bliss*-Symbolen, die ja alle mit dem Schriftbild des entsprechenden Wortes versehen sind, besteht die Chance, daß irgendwann die geschriebenen Wortbilder mitgespeichert werden. Dann wäre der geeignete Zeitpunkt gekommen, den Schriftsprachgebrauch zusätzlich zu erlernen. Meines Wissens gibt es hierzu noch keine Erfahrungsberichte. Es bleibt abzuwarten, ob nachgewiesen werden kann, daß *Bliss*-Benutzer von diesem Lernweg Gebrauch machen.

Für das Wort „Schornsteinfeger“ z.B. stelle ich es mir sehr schwierig vor, das Wortbild ohne akustische Analyse im Gedächtnis zu behalten, wenn man bedenkt, daß die Wortteile „Schorn“, „Stein“ und „Feger“ für sich allein nur wenig zu tun haben mit jenem schwarzen Mann, der in der Vorstellung der Kinder auf dem Dach herumturnt.

8.2 Bedeutung der akustischen Rückmeldung

Wenn *Bliss*-Benutzer an das Erlernen bzw. das Aufschreiben der Lautsprache herangeführt werden sollen, brauchen sie unbedingt die akustische Rückmeldung dessen, was sie durch das Eintippen von Buchstaben produ-

ziert haben. Daher ist jedes Textsystem mit Sprachausgabe geeignet. Es empfiehlt sich, eine synthetische Sprachausgabe zu wählen, da sie jede mögliche Buchstabenkombination ausspricht, während eine natürliche Sprachausgabe nur das spricht, was vorher einprogrammiert wurde.

8.3 Speichern von Buchstabenfolgen

Bevor man mit der Arbeit am PC beginnt, sollte der Umgang mit Buchstaben durch den Gebrauch von Buchstabenfolgen für Wörter als Ergänzung der *Bliss*-Kommunikation geübt sein. Hierzu sollte die *Bliss*-Karte mit einer Buchstabentabelle (am besten mit der Schreibmaschinenanordnung) ergänzt werden. Für die Erarbeitung des Buchstabierens einzelner Wörter sollte man viel Zeit einplanen. Ein Beispiel dazu: Ich unterhalte mich mit dem achtjährigen M. über ein Fernsehprogramm. Er will von dem „Rosaroten Panther“ erzählen. Er zeigt: „Tier – Fernsehen – Dienstag“. Das Tier braucht eine genauere Spezifizierung. Wir finden ein Bilderbuch mit einer Katze. M. zeigt außerdem auf seine Farben. Rosa ist nicht dabei. Aufgrund meiner Vorerfahrungen mit Fernsehprogrammen und mit den Vorlieben des Jungen komme ich auf den „Rosaroten Panther“. Der Versuch, das Wort „rosa“ nach dem Gehör zu buchstabieren, scheitert. Der Junge kann die Buchstabenabfolge nicht nachvollziehen, sieht keinen Zusammenhang mit dem gehörten Wort. Wir einigen uns auf „r-o-t“. Der Junge übt das Zeigen der drei Buchstaben freiwillig so lange, bis es problemlos geht. Es schien mir, als wenn er eine Automatisierung des Bewegungsablaufs anstrebte. Das Wort wurde aufgeschrieben und bei den folgenden Gesprächen immer wieder aufgegriffen und als Buchstabenfolge gezeigt.

Erst drei Jahre nach diesen ersten Buchstabierversuchen beginnen wir mit dem Aufschreiben kleiner Texte auf dem Computer. M. lernt, seine neuen Wörter zu „fotografieren“. Will er sie schreiben, unterlaufen ihm Fehler, die er durch das Abhören der Wörter oder der Wortteile allmählich lernt zu korrigieren. Heute ist dieser Schüler achtzehn Jahre alt und schreibt außerordentlich interessante Texte. Auf die akustische Wiedergabe verzichtet er inzwischen weitgehend. Trotz inten-

siven Trainings sind verständlicherweise nicht alle Sätze grammatisch perfekt ausgefeilt, aber damit haben er und seine Lehrerinnen und Lehrer sich abgefunden. Man kann nicht erwarten, daß ein nichtsprechender Mensch in jeder Situation perfekte Sätze im Kopf hat: dies erwarten wir ja kaum von den Sprechenden. Sie hören ihre eigene gesprochene Sprache und können sie dann korrigieren und verändern.

8.4 Fähigkeit zu kommunizieren als Voraussetzung

Dem Schriftspracherwerb geht der Erwerb der Kommunikationsfähigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter voraus. Die zunächst non-verbale Kommunikation wird erweitert durch den zunehmenden Einsatz von Sprache. Das nichtsprechende Kind, das die entsprechenden Voraussetzungen mitbringt, kann diesen Prozeß des Kommunizierens – was die sprachlichen Anteile angeht – durch die *Bliss*-Kommunikation ersetzen. Im Idealfall kann ein Nichtsprechender über diesen Weg zum Schriftspracherwerb kommen.

Literatur

Becker, H., Gangkofer, M., Schröder, E. (Hrsg.): Kommunizieren mit Bliss-Sprechenden über Bliss. Bremen 1991.

Gangkofer, M.: Bliss und die Schriftsprache. Bottighofen 1993.

Wetzel, M., Bauer, M.: Zur Kommunikation und Sprache anarthrischer Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Bliss-Symbol-Kommunikationsmethode. Z. f. Heilpäd. 42 (1991) 11, 746-758.

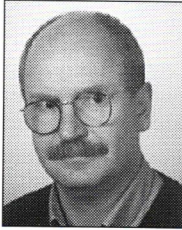
Weiterführende Informationen zum Thema „Alternative Kommunikation mit Nichtsprechenden“: ISAACs Zeitung. ISAAC c/o Georg Arnusch, Laakbaum 18, 42477 Radevormwald.

Informationen zu der Bliss-Kommunikation: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf (Material z.T. kostenlos).

Anschrift der Verfasserin:

Monika Wetzel
Windröschenweg 18a
22391 Hamburg

Monika Wetzel ist Sonderschullehrerin für Körperbehinderte und Lehrbeauftragte an der Universität Hamburg, Institut für Behindertenpädagogik. Schwerpunkt: Sprachtherapeutische Arbeit mit Kindern mit schwerer Dysarthrie bzw. Anarthrie.



Gerd Jacobsen, Hamburg

Die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘

Zusammenfassung

Die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘, die ihren Ursprung in der ‚Koordinierten Artikulationsmethode‘ von *Stromsta* hat, ist ein Therapiekonzept für die therapeutische Arbeit mit jugendlichen und erwachsenen Stotternden.

1. Die ‚Koordinierte Artikulationsmethode‘ von Stromsta

Stromsta geht davon aus, daß es ein Elementarstottern gibt, dessen Ursache falsche bzw. fehlende Koartikulation ist. Als Koartikulation bezeichnet *Stromsta* bei phonetisch richtiger Artikulation das Einfärben des vorhergehenden und des nachfolgenden Lautes, d.h., die Bildung der Formanten wird im vorigen Laut vorbereitet und läuft im folgenden aus. Diese Koartikulation ist in den flüssigen Sprechanteilen des Stotternden vorhanden. Für die Therapie ergibt sich für *Stromsta*, daß das Hauptaugenmerk in der Therapie auf die Koartikulation gerichtet sein muß. Ziel der Therapie ist es, eine angemessene Koartikulation zu trainieren und zu stärken, um so das Elementarstottern zu überwinden. Nach *Stromstas* Auffassung ist dieses Elementarstottern noch bei jugendlichen und erwachsenen Stotternden vorhanden. Er richtet das Augenmerk der Klienten auf das Elementarstottern. Es wird analysiert, welche Regeln normaler Sprachproduktion verletzt worden sind. Der Klient wird umfassend unterrichtet über die Vorgänge und Abläufe bei der Produktion flüssiger Sprache. Dabei spielen zwei Grundaussagen eine wesentliche Rolle:

- Normale Sprachproduktion ist durch kontinuierliche Bewegung des Sprechmechanismus gekennzeichnet.
- Die kontinuierliche Bewegung des Sprechmechanismus beinhaltet die Erwartung der Laute und die Vorbereitung

auf die Laute, die den Anfangsbuchstaben der Silben oder Wörter folgen.

Beim Erlernen und Trainieren des koartikulierten Sprechens konzentriert sich *Stromsta* nicht auf das Stotterereignis selbst. Er geht davon aus, daß korrekte Artikulation während der flüssigen Phasen des Sprechens gestärkt und geübt werden sollte, ohne den auftretenden Symptomen Aufmerksamkeit zu schenken. Dem Klienten gibt *Stromsta* beim Erlernen des koartikulierten Sprechens folgende Anweisung:

1. Bereite dich auf den zweiten Laut vor und sage ihn laut, so daß du feststellen kannst, daß es der korrekte Laut ist.
2. Wenn der Laut als korrekt befunden wurde, sage ihn nochmals laut und verbleibe in dieser Position des Sprechmechanismus.
3. Artikuliere so den ersten Laut als bewußte, kraftvolle, fließende Bewegung in und durch die folgenden Laute.

Bei der Erzeugung des ersten Lautes muß in vielen Fällen die für den zweiten Laut eingenommene Stellung geändert werden. Jedoch weiß der Sprecher in diesen Fällen, wohin er will, wenn er sich vom ersten Laut zu den folgenden bewegt.

Dieses erlernte koartikulierte Sprechen soll von dem Klienten nur an den Wortanfängen durchgeführt werden. Der Rest des Wortes soll so natürlich wie möglich gesprochen werden. *Stromsta* übt das koartikulierte Sprechen während des flüssigen Sprechens ein. Der Klient bekommt mehr und mehr das Gefühl für flüssiges koartikuliertes Sprechen und merkt immer mehr, was er falsch macht, wenn Elementarstottern auftritt. Auch die An-

wendung des koartikulierten Sprechens beschränkt *Stromsta* auf das flüssige Sprechen. Symptome sollten eher Anzeichen dafür sein, wieder vermehrt bewußte Koartikulation in das Sprechen einfließen zu lassen.

2. Die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘ von Jacobsen

Langjähriges Stottern ist ganz kurz zu beschreiben durch

- verspannte Artikulation und Atmung,
- Artikulationsbewegungsdefizit, d.h. Artikulationsbewegungsverlust, -mangel oder -fehler,
- psychische Beeinträchtigung der Persönlichkeit.

Auf diese aktuelle, bei dem Klienten im Vordergrund stehende Symptomatik richtet sich das Augenmerk der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘. Diese Therapiemethode ist als ein Tau zu verstehen, welches aus drei Strängen besteht, die ineinander verwoben, miteinander verschlungen die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘ ausmachen. Diese drei Stränge sind:

- **Bereitschaft:** Das ist die Bereitschaft, auf sich und auf das eigene Stottern verändernd eigenaktiv einzuwirken.
- **Sanftheit:** Das bedeutet bei Konsonantartikulation eine Intensitätsminderung, eine Reduzierung der Muskelspannung des artikulierenden Organs. Bei Vokalen fehlt der feste Einsatz, ohne daß es zu einer Verhauchung kommt; der Vokal wird erst nach einem allmählichen Intensitätsanstieg zu vollem Klingen gebracht. Dazu kommt eine entspannte Gesamtkörperhaltung.
- **Bewegung:** Das sind langsame und deutliche Artikulationsbewegungen.

Die Bereitschaft, auf sich und das eigene Stottern eigenaktiv verändernd einzuwirken, ist Voraussetzung, das eigene Stottern beeinflussen zu können. Es müssen viele Gespräche während der Therapie über die Einstellung zum Stottern, über die eigene Persönlichkeit und über eine Neugestaltung des eigenen Kommunikationsverhaltens geführt werden.

Die Sanftheit reagiert auf die verspannte Artikulation und Atmung, die häufig in Verbindung mit einer verspannten Gesamtkörperhaltung stehen. Gegen das verspannte Aussprechen von Lauten, welches beim langjährigen Stottern in starkem Maße auftritt, soll der Klient lernen, besonders sanftes Sprechen einzusetzen, immer dann, wenn er ein sich ankündigendes Stottern spürt oder er auf ein Symptom reagierend einwirken will.

Die langsame und deutliche Artikulationsbewegung richtet sich gegen den mit Stottern häufig verbundenen Artikulationsbewegungsstop oder -mangel. Der Sprecher führt die langsame und deutliche Mundbewegung im Anschluß an die sanfte Bildung des Anfangslautes durch. Sie geht immer von einer vokalisches unspezifischen Mundstellung aus und geht in die Mundstellung des Vokals einer zu sprechenden Silbe hinein. Dadurch, daß die Mundbewegung von einer vokalisches unspezifischen Mundstellung ausgeht, kommt es immer zu einer Sprechbewegung während des Sprechvorganges und nicht zu einer Vorwegnahme der Mundbewegung vor dem Sprechvorgang. Das Mundbewegungsziel „Vokalstellung“ ermöglicht eine deutliche Ausprägung der Mundbewegung.

Um das Stottern mit der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ zu beeinflussen, soll der Klient nicht seine gesamte Sprechweise umstellen. Der Stotternde stellt seine Sprechweise in der Regel nur kurzzeitig um, wenn er sich ankündigendes oder schon begonnenes Stottern kontrollieren will. Er spricht die zu beeinflussende Stelle mit besonders sanfter Artikulation des Anfangslautes bzw. der Anfangslaute und mit einer langsamen und deutlichen Mundbewegung in den Vokal der zu sprechenden Silbe.

Zur Vermittlung dieser Stotterkontrolle bedarf es eines Therapieprogrammes, welches aus inhaltlich aufeinander aufgebauten, an den Bedürfnissen der Klienten orientierten und methodisch aufbereiteten Übungen besteht. Außerdem muß bei der Behandlung berücksichtigt werden, daß der Klient lernt, in der Arbeit an seinem Sprechen eigenverantwortlich zu arbeiten. Es darf im engeren Sinne zu keiner Behandlung des Klienten kommen, sondern nur zu einem Angebot von didaktisch

und methodisch ausgearbeitetem Know-how und klientengerechten Arbeitsmaterialien, so daß der Klient mit Unterstützung des Therapeuten möglichst eigenaktiv und initiativ an der Beeinflussung seines Sprechens arbeiten kann.

Maßnahmen. Die Zusammenwirkung der unterstützenden Maßnahmen untereinander und mit der gesteuerten Artikulationskoordination ergibt die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘.

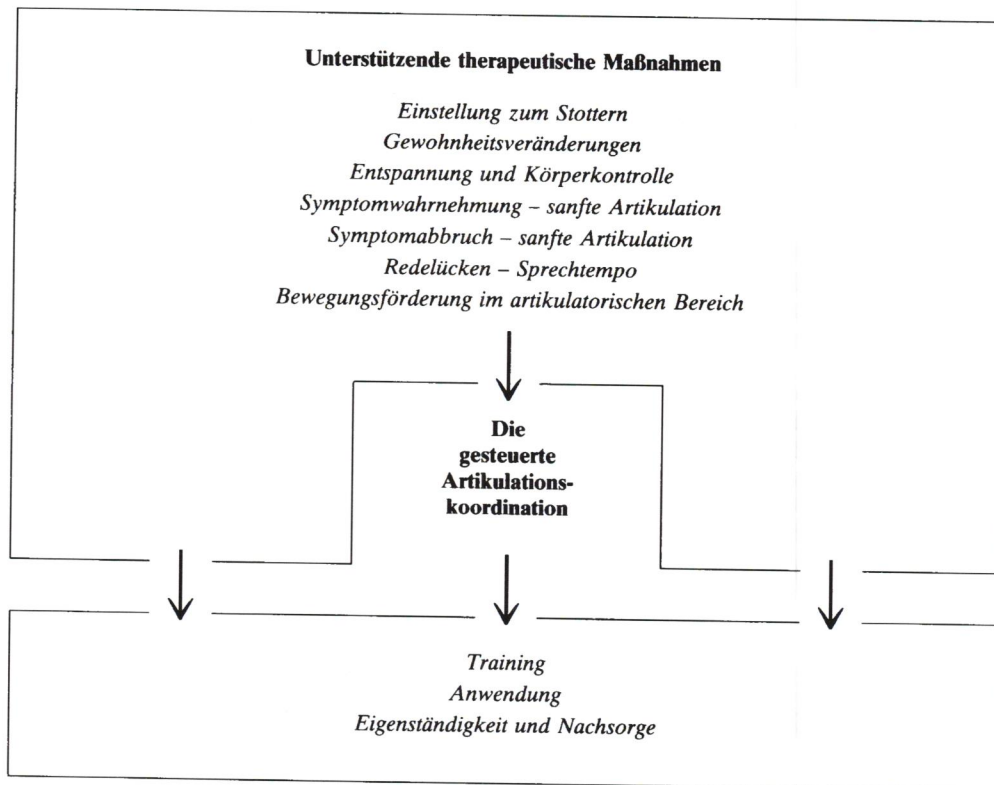


Abbildung 1: Aufbau des Therapieprogramms (Jacobsen 1992, 12)

Der Aufbau des Therapieprogramms wird durch Abbildung 1 deutlich. Der Kern der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ ist die gesteuerte Artikulationskoordination. Sie steht für die bewußte Steuerung der Artikulation, nämlich die besonders sanfte Bildung des(r) Anfangs-laut(es) und die langsame und deutliche Mundbewegung in den Vokal der zu beeinflussenden Silbe.

Um die gesteuerte Artikulationskoordination dem Klienten vermitteln zu können und um ihm auch die Anwendung zu ermöglichen, bedarf es unterstützender therapeutischer

2.1 Einstellung zum Stottern

Die Einstellung des Klienten seinem Stottern gegenüber hat Bedeutung für die Zusammenstellung der notwendigen therapeutischen Übungen. Bei einem Klienten, der massive Sprech- und Situationsängste hat, kann es zum Beispiel sinnvoll sein, Übungen des „Non-avoidance-Ansatzes“ (van Riper 1986) am Anfang der Therapie durchzuführen, um die Ängste zu reduzieren. Die Einstellung des Klienten zu seinem Stottern hat auch Bedeutung in der Hinsicht, daß der Klient im Verlauf der Therapie eine möglichst sachliche und

Beispiel: Brot

Der Sprecher spricht das 'B' sanft (kein oder kaum Überdruck während der Verschußphase, Atemflußverringering, geringfügige Ausatmung während der Verschußphase) mit vokalischespezifischer Mundstellung und gleitet über die Brücke des in seiner Intensität verminderten, sanft gebildeten 'r' mit einer langsamen und deutlichen Mundbewegung, die in der auslaufenden Artikulation des 'r' einsetzt, in das 'o' hinein. Das 't' schließt sich an, ohne daß der Übergang besonders gesteuert wird.



B ————— r ————— o t

Beispiel: Oma

Es ist kein Mitlaut am Anfang der Silbe vorhanden, der sanft gebildet werden kann. Um der Verspannung dennoch entgegenzuwirken, wird der Vokal am Anfang der Silbe besonders sanft gebildet. Auch hier wird die Artikulationsbewegung in das 'O' nicht vorweggenommen, sondern der Sprecher vollzieht einen sanften Vokaleinsatz (ohne festen Einsatz und ohne Verhau-chung) bei entspannter, vokalischespezifischer, minimal geöffneter Mundstellung. Während die Intensität der Stimme ohne Unterbrechung allmählich gesteigert wird, kommt die Artikulationsbewegung in das 'O', also in die Selbstlautstellung, dazu, so daß der Vokal erklingt. Der Rest des Wortes 'ma' wird unmittelbar angeschlossen und nicht besonders gesteuert, da er in unserem Beispiel nicht stottergefährdet ist.



————— O m a

Abbildung 2: Bewußtes Sprechen von Wörtern (Jacobsen 1992, 15 f.)

objektive Sichtweise seines Stotterns und seiner Arbeit an der Beeinflussung des Stotterns bekommt. Dadurch erreicht er, daß er sein Stottern nüchterner und möglichst emotionsfrei sehen und beeinflussen kann. Gespräche über die Einstellung zum Stottern und über seine Beeinflussung ziehen sich durch die gesamte Therapie hindurch.

2.2 Gewohnheitsveränderungen

Das Stottern ist bei langjährig Stotternden zur Gewohnheit geworden. Sie haben sich an diese Art des Sprechens, „des Lebens“ ge-

wöhnt, ohne daß sie damit das Stottern unbedingt akzeptiert haben. Obwohl die Gewohnheit zu stottern unliebsam ist, ist das Stottern vielen Klienten näher als Veränderungen ihres Sprechens. Für die Klienten ist es eine gute Vorbereitung, wenn sie Gewohnheiten aus anderen Lebensbereichen verändern lernen, bevor sie an die Gewohnheit Stottern herangehen. Diese Veränderungen müssen nicht unbedingt etwas mit Sprechen zu tun haben. Der Klient könnte seine Uhr an dem ihm ungewohnten Arm tragen. Er könnte auch das Risiko eingehen, angesprochen zu

werden, wenn er zwei verschiedene Socken trägt. Er könnte bewußt Kommunikationssituationen eingehen und seinen Nachbarn oder den Busfahrer grüßen, wenn er es zu seiner Gewohnheit hatte werden lassen, sich nur auf die nötigste Kommunikation zu beschränken.

2.3 Entspannung und Körperkontrolle

Mit Stottern sind in der Regel Verspannungen bei der Artikulation, bei der Atmung und des Körpers verbunden. Ein Entspannungstraining kann helfen, daß der Klient diese Verspannungen spüren und sie durch entspannte Haltung ersetzen lernt. Das Entspannungstraining basiert auf der progressiven Entspannung nach *Jacobson* (1938) und einer deutschsprachigen Fassung von *Noll* (o.J.). Das Entspannungstraining, welches der Klient im Rahmen der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ kennenlernt, hat zusätzlich gezielte Übungen, bei denen Verspannung und Entspannung (sanfte Artikulation) während des Sprechvorganges gespürt werden können. Dadurch werden während des Entspannungstrainings Therapiephasen nach- und vorbereitet. Nachdem das Entspannungstraining in den Therapiesitzungen einige Male durchgeführt wurde, bekommt der Klient eine mit dem Entspannungstraining besprochene Kassette mit nach Hause, so daß er es regelmäßig für sich durchführen kann.

2.4 Symptomwahrnehmung – sanfte Artikulation

Die Stottersymptome wahrzunehmen, ist eine Voraussetzung dafür, daß der Klient sein Stottern beeinflussen kann. Eine Möglichkeit ist, daß der Therapeut das Symptom des Klienten nachahmt, nachdem er ein auftretendes Stottern beobachtet hat. Der Klient berichtigt den Therapeuten, wenn er das Stottern nicht richtig nachgeahmt hat. Diese Symptomwahrnehmungsform von *Wendlandt* aus Berlin hat den Vorteil, daß der Klient und der Therapeut über das Stottern ins Gespräch kommen. Der Klient lernt, sich mit dem Stottern sachlich auseinanderzusetzen. Für die Erprobung und das Erlernen der sanften Artikulation ist es gut, wenn am Ende der Erörterung eines Symptoms der Klient den gestotterten Laut noch einmal möglichst sanft

spricht. Dies hat auch den Sinn, daß der Klient das Stottern beeinflussbar und auflösbar erlebt.

2.5 Symptomabbruch – sanfte Artikulation

Um die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘ als Reaktionsmöglichkeit auf auftretendes Stottern verwenden zu können, muß der Stotternde sein Stottern abbrechen. Der Symptomabbruch geschieht in vier Phasen:

1. Das Stottersymptom tritt auf. Der Sprecher beendet das Stottersymptom möglichst schnell.
2. Der Sprecher atmet aus; dabei entspannt er sich und bereitet sich gedanklich auf die Kontrolle der zu sprechenden Stelle vor.
3. Der Sprecher atmet entspannt ein.
4. Er spricht die Stelle kontrolliert aus.

Der Schwerpunkt liegt an dieser Stelle auf der sanften Bildung des Anfangslautes der zu sprechenden Silbe. Der Klient muß nicht das gesamte Wort sprechen. Es reicht, wenn er den gestotterten Laut sanft spricht. Um dem Klienten die Konzentration auf das Beeinflussen des Sprechens zu erleichtern, können bei dieser Übung kleine einseitige Comicgeschichten verwendet werden, die der Klient vorliest. Wenn der Therapeut auch ein Exemplar der Geschichte vorliegen hat, rückt die Vermittlung des Inhaltes vollkommen in den Hintergrund. Der Klient kann sich ganz auf die Beeinflussung seines Stotterns konzentrieren.

2.6 Redelücken – Sprechtempo

Wenn der Sprecher ein Stottersymptom abbricht, entsteht automatisch eine Redelücke. Vielen Klienten fällt es anfangs schwer, diese Redelücke auszuhalten. Während der Übungen zu dieser Therapiephase baut der Klient in seine Rede künstlich erzeugte Sprechpausen, die nicht nur zwischen Sinnabschnitten sein dürfen, sondern an den unterschiedlichsten Stellen der Rede auftreten sollten. Sehr überhöhtes Sprechtempo vermindert die Chance, beeinflussend auf das Sprechen einwirken zu können. Das fraktionierte Sprechen von *Wendlandt* (1979) hat sich als geeignetes Mittel herausgestellt, um Klienten langsameres Sprechen zu vermitteln.

2.7 Bewegungsförderung im artikulatorischen Bereich

Klienten, die schon viele Jahre stottern, haben häufig Strategien entwickelt, ihr Stottern zu verbergen oder zu kaschieren. Eine Strategie ist, möglichst wenig Mundbewegungen zu machen, damit Stottern nicht auftritt. Häufig sind auch Grimassierungen entstanden, die die eigentlichen Artikulationsbewegungen verzerren. Um die Artikulationsbewegungsfähigkeit wieder zu erwecken, sind Übungen sinnvoll, die die Mundbewegungsfähigkeit erhöhen. Wichtig ist für die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘, daß das Ziel dieser Übungen die Förderung der Bewegungsfähigkeit in die Vokalstellungen sein muß. Die Vokale werden pantomimisch gebildet. Dabei geht der Sprecher immer von einer entspannten, vokalisches unspezifischen, minimal geöffneten Mundstellung aus, um dann eine langsame und deutliche Mundbewegung in die Vokalstellung durchführen zu können.

2.8 Einführung in die gesteuerte Artikulationskoordination

An dieser Stelle des Therapieprogramms werden die Therapiestränge „sanfte Bildung von Lauten“ und „langsame und deutliche Mundbewegungen“ miteinander verschlungen. Dies geschieht zuerst bei dem Sprechen von Silben. Zwei Dinge sind dabei besonders wichtig:

1. Der Konsonant wird sanft, mit einer vokalisches unspezifischen Mundstellung gebildet.
2. An die Bildung des Anfangslautes schließt sich die langsame und deutliche Mundbewegung in den Vokal. Dadurch erfolgt die Artikulationsbewegung in den Vokal während des Sprechvorganges.

Wenn der Leser mag, könnte er das gesteuerte Sprechen von Silben an folgenden Beispielen selbst ausprobieren: *ma, mu, mi, mo, me, la, do, bi, ku, re, za, fu, ga*. Nach dem gesteuerten Sprechen von Silben lernt der Klient das bewußte Sprechen von Wörtern. Eine genaue Anleitung findet der Leser weiter oben (vgl. Abbildung 2). Übungswörter zur eigenen Erprobung könnten sein: *Mal, Mut, Miete, Mond, Mehl, Mund, Straße, springen, Opa, aber, Emil, Igel, Ufer, Otto, Ente, aus,*

euch. Zur Vermittlung dieses Sprechens werden während der Therapiesitzungen verschiedene geeignete Spiele verwendet. Dies können Brettspiele sein, bei denen neben den Feldern Silben oder Wörter stehen, die dann gesprochen werden müssen. Es können auch Aufdeckungsspiele sein, bei denen die Abbildungen der Karten benannt werden müssen. Durch die spielerischen Arbeitsformen behalten die Klienten die Motivation, sich dieses gesteuerte Sprechen zu erarbeiten.

2.9 Training der gesteuerten Artikulationskoordination – Training der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘

Ziel ist es, die gesteuerte Artikulationskoordination und die unterstützenden therapeutischen Maßnahmen endgültig miteinander zu verbinden, die Anwendung der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ wird vorbereitet. Das gesteuerte Sprechen wird an vielen Sprechanlässen so lange geübt, bis die Durchführung sehr sicher geworden ist. Der einfachste Schritt ist, das Sprechen bei jedem Wortanfang in einem Satz zu steuern. Ein Beispielsatz ist: „Ein Mann hört Radio. Er tanzt zur Musik.“ Bei dieser Übung läßt der Sprecher die pantomimische Vorbereitung der Artikulationsbewegungen in die Vokale fort. Diese Übung dient nur dazu, die Sicherheit bei der Beeinflussung des Sprechens zu fördern, sie entspricht nicht der Zielsetzung dieses Therapiekonzeptes.

Ziel der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ ist es nicht, jedes Wort gesteuert zu sprechen, also die gesamte Sprechweise umzustellen, sondern nur dann auf das Sprechen Einfluß zu nehmen, wenn der Sprecher ein sich ankündigendes Stottern bemerkt oder auf auftretende Stottersymptome reagieren möchte. Bei den nächsten Übungen trainiert der Klient diese Verwendungsmöglichkeiten der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ an den unterschiedlichsten Sprechaufgaben. Es können kleine Vorträge gehalten werden oder Dialoge gesprochen werden (vgl. Jacobsen 1993). Der Klient setzt die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘ vorbeugend oder auf Stottersymptome reagierend ein. Dabei stellt er fest, daß sie nicht nur an den Wortanfängen verwendbar ist, sondern auch innerhalb eines Wortes. Er

stellt fest, daß er unterschiedliche Ausprägungsvarianten verwenden kann. Diese können sich nach der Schwere und Art des zu beeinflussenden Stotterns richten. Auch hat der Klient die Möglichkeit, seine eigene Form der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ zu entwickeln und zu erproben. Wenn er eine eigene Form gefunden hat, fällt ihm der Transfer seiner Steuerungstechnik viel leichter als der einer allgemein vorgeschriebenen Beeinflussungstechnik.

2.10 Anwendung der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘

Der Übergang zwischen Training und Anwendung der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ ist bei vielen Klienten fließend. Viele beginnen von sich aus, ihr Stottern in einigen Alltagssituationen zu kontrollieren. Mit anderen muß der Therapeut ganz gezielt Situationen aufsuchen, um dem Klienten die Brücke zu ebnet, sich zu trauen, sein Sprechen in Alltagssituationen zu beeinflussen. Hierbei ist es sehr wichtig, daß der Therapeut selbst die ‚Koordinierte Stotterkontrolle‘ gut beherrscht, um dem Klienten die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten vormachen zu können. Für den Therapieerfolg hat die Unterstützung des Klienten beim Transfer des Gelernten entscheidende Bedeutung. Der Therapeut muß dem Klienten verschiedene Möglichkeiten der Transferarbeit anbieten und ihn dabei begleiten. Das kann das gemeinsame Aufsuchen von Alltagssituationen sein. Unterstützung kann auch dadurch erfolgen, daß der Therapeut und der Klient Protokollierungsformen entwickeln, mit denen der Klient über seine Eigenarbeit reflektieren kann. Das kann ein kleines Kärtchen sein, auf dem der Klient die Namen der Gesprächspartner schreibt, mit denen er mit Hilfe der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ gesprochen hat. Möglich sind auch umfangreichere Arbeitsbögen, mit deren Hilfe sich der Klient gezielt kontrolliertes Sprechen in bestimmten Situationen erarbeitet. Er kann auf den Bögen seine Kontrollideen sowie seine gesammelten Erfahrungen eintragen.

2.11 Eigenständigkeit und Nachsorge

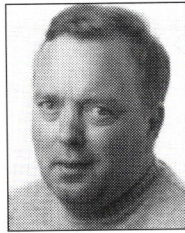
Während dieser Anwendungsphase arbeitet der Klient immer eigenständiger. Die Kontrolle seines Sprechens reflektiert er möglichst präzise und sachlich. Der Klient verfestigt seine sachliche Arbeitseinstellung zu seinem Stottern. Er erlebt es beeinflussbar und kontrollierbar. Er verliert das Gefühl, dem Stottern gegenüber ausgeliefert zu sein. Das Stottern hat einen anderen Stellenwert im Leben des Klienten bekommen. Das Kommunikationsverhalten der meisten Klienten verändert sich. Sie ziehen sich nicht mehr aus der Kommunikation zurück, sondern suchen Kommunikationssituationen auf, um ihre Wünsche, Ideen und Meinungen zu vertreten. Der Therapeut zieht sich mehr und mehr zurück, die Abstände zwischen den Therapiesitzungen werden vergrößert. In den Therapiesitzungen können einzelne Elemente der ‚Koordinierten Stotterkontrolle‘ wiederholt werden. Wesentliche Aufgabe der Treffen ist aber, die Erfahrungen des Klienten bei der Kontrollarbeit zu sammeln und Ideen zu entwickeln, wie der Klient eigenständig weiterarbeiten kann.

Literatur

- Jacobsen, G.: Die Koordinierte Stotterkontrolle. München 1992.
- Jacobsen, G.: Sprechen im Alltag. Ein Programm zum Trainieren des Sprechens und Formulierens in Alltagssituationen. Horneburg 1993.
- Jacobson, E.: Progressive Relaxation. Chicago 1938.
- Noll, H.-W.: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin o.J.
- Stromsta, C.: Elements of Stuttering. Oshtemo 1986.
- van Riper, Ch.: Die Behandlung des Stotterns. Solingen 1986.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm für stotternde Kinder und Jugendliche. Berlin 1979.

Anschrift des Verfassers:

Gerd Jacobsen
Sprachheilschule Sitzewitzstraße 51
22043 Hamburg



Uwe Pape, Oststeinbek

Stottertherapie mit Jugendlichen

Klangweisen und Sprechformen in der Stottertherapie

Zusammenfassung

Inhalt und Ziel der Stottertherapie mit Jugendlichen ist das *Sprechen selbst*.

1. Vorbemerkungen

Ich arbeite seit 20 Jahren in der Stottertherapie in der Internatsschule Wentorf. In Kursen von 17 Wochen führe ich schwere jugendliche Stotterer zum Sprechen. Ich unterrichte Sprechen am Vormittag. Drei Erzieher arbeiten im sozialpädagogischen Bereich am Nachmittag und Abend. Das im Unterricht erarbeitete Sprechen wird von ihnen im Umwelttraining in der Wirklichkeit erprobt und gefestigt. Zur Stottertherapie im ambulanten Bereich hat mein Kollege Rolf Kortenbruck Erfahrungen gesammelt und wird im nächsten Beitrag darüber berichten (ab S. 196).

1.1 Rückblick

Ich habe Musik studiert und wollte Sänger werden. Sprechen und Singen sind mir vertraut. Im Aufbaustudium der Sprachheilpädagogik lernte ich die damals gängigen Stottertherapien kennen (*Liebmann, Seeman, Fröschels, Fernau-Horn* und die ersten Anfänge der Non-avoidance-Therapie). Der Eindruck für mich war ein Bild der Methodenunsicherheit, des Suchens nach Ursachen ohne befriedigendes Ergebnis. Oft mußte man die Stotterer nach jahrelangen Besuchen der Sprachheilschulen stotternd entlassen. Der Anspruch, „Sprechen herzustellen“, und die Konfrontation mit unbefriedigenden Ergebnissen waren für Lehrer und Schüler frustrierend. Mutlosigkeit und Flucht in psychologisierende Verfahren waren die Reaktion darauf.

1.2 Was kann Erfolg und Ziel einer Stottertherapie sein?

So stand für mich die Frage „Was ist Erfolg in der Stottertherapie?“ im Zentrum meiner Überlegungen. „Sprechen“ als Erfolg zu bezeichnen war ein utopisches Ziel, an dem man nur zerbrechen konnte. Man wagte „Sprechen“ als Ziel der Therapie auch nicht mehr zu denken.

Die Unfähigkeit der Wissenschaft, Stottern zu deuten und in seinen Ursachen und Wirkungen einzuordnen, führte zu weiterer Verunsicherung. Ein Lichtblick für mich war die Begegnung mit den Gedanken von Helene *Fernau-Horn* und Svend *Smith*.

Frau *Fernau-Horn* lieferte ein sehr differenziertes Bild des Stotterns. Sie unterschied Rand-, Schicht- und Kernneurose. Die ersten beiden Formen bezeichnete sie als zentrifugal, die letztere als zentripetal. Die eigentlich zerstörerische Form des Stotterns, die Kernneurose, ergreift den Menschen gänzlich und macht ihn zum Stotterer. Eine Möglichkeit für Veränderungen sieht sie für diese Form nicht. Die Vorstufen sind noch durch Ablaufzirkel etc. zu beeinflussen und haben so die Chance der Heilung.

Svend *Smith* bot mit seiner Akzentmethode ein Konzept an, das den Mut hatte, noch „Sprechen“ zu denken. Er ordnete das Stottern nach rhythmischen Gesetzen neu. Die Grundlage bildeten neue spannungsarme Stimmuster, die er mit Stimmübungen trainierte. Beide Autoren beeinflussten mein Denken über Stottern nachhaltig. (Ausführlicher habe ich mich im Handbuch der Sprachtherapie [vgl. *Pape 1992*] geäußert.) Hier nur eine kurze Zusammenfassung.

1.3 Was ist Stottern?

Stottern ist keine Störung der Rede, sondern eine Störung der Emotionalität. Stottern ist ein Gefühl wie Lachen und Weinen und verhindert die Rede. Stotterer können reden. Es wird auf einen Reiz hin gestottert. Ursachen des Stotterns gibt es nicht. Stottern ist ein Gefangensein im Gefühl des Stotterns (ein todesähnliches Angstgefühl), das andere Empfindungen verdrängt. Ein Kernneurotiker empfindet dann nur noch Stottern. Reden ist dann nicht mehr möglich. Der Hals ist ihm zugeschnürt. Dieses existentielle Bedrohtsein wird hörbar in der Stimme.

Stottern ist eine Stimmstörung. Erfolg in der Stottertherapie kann nur ein Aufbrechen der eingegengten Emotionalität und damit eine Befreiung zum Sprechen sein. Die Reizschwelle für Stottern muß angehoben werden. Wir alle stottern unter existentieller Bedrohung. So kann vom Stottern nicht geheilt werden.

1.4 Zwei Formen des Stotterns

Es ist sehr genau zu unterscheiden, für wen ich Stottertherapie mache. Schon Frau *Fernau-Horn* deutete es an. Es gibt den Stotterer, der nur in seinen „Rand und Schichten“ gestört ist. Er ist noch „in Takt“. Ein überzeugendes Beispiel sah ich in einer Sendung im Fernsehen bei *Biolek*. Sie stotterte, machte aber trotzdem den Eindruck einer überzeugenden und von sich überzeugten Person. Nur ihre „Äußerung“ war durch Unflüssigkeiten gestört. Dies ist das Ergebnis eines harten Ringens um Selbstbewußtsein, wie es in den Selbsthilfegruppen trainiert wird. Ich bezeichne diese Form als Stotternde.

Eine andere Form beschreibt *Martin*:

„Stottern war für mich die Hölle, einfach die Hölle. Es ist so schwer zu beschreiben. Der Stotterer lebt nicht. Er hat keinen Ort. Es gibt für ihn keinen Raum. Es gibt keine Ebene, wo er sich findet, wo er den anderen treffen kann. Er ist so eingegengt, so ein Punkt, so möchte ich es beschreiben. Er hat keinen Raum. Er ist immer gefangen. Er weiß nicht, was es bedeutet, Boden unter den Füßen zu haben, etwas aufbauen zu können. Kontinuität, alles, was mit Raum zusammenhängt, mit Weite, einen Ort zu haben, Geborgenheit, Zuwendung zu anderen. Das ist schwer zu beschreiben. Ständig unter Anspannung: wieder ein neuer Tag, wieder nicht sprechen können, ständig in der

Angst leben, in der Enge. Oh dieses Chaos, man merkt es mir jetzt an. Es dauert lange, bis ich mich umstrukturieren kann, bis Ordnung herrscht. Aber im Klang erfahre ich diese Ordnung zum ersten Mal.“

Martin beschreibt, wie er sich selbst verliert. „Äußerung“ und „Innerung“, Gespräch nach außen und Gespräch nach innen verstummen. Geschildert wird dieser Vorgang des Verstummens nach außen und innen in dem Schauspiel „Draußen vor der Tür“ (*Borchert*). Beckmann bekommt keine Antwort von seinen Mitmenschen. Der andere, die Stimme von innen, verstummt auch. Damit endet seine Existenz. Das ist die Situation des Stotterers, des Kernneurotikers.

Sprechen lernen wird da zur Notwendigkeit, wo sich der Mensch im Dialog nach außen und innen verliert. Für den Stotternden können Formen der Non-avoidance-Therapie hilfreich sein. Es können Stotterfreiheit oder Milderung des Stotterns ausreichen.

2. Stottertherapie und Lebensalter

Jedes Lebensalter hat seine Stottertherapie. Kinder mit physiologischem Poltern können mit verhaltenstherapeutischen Verfahren zum Sprechen gebracht werden. Es bieten sich Spiel- und Familientherapien an. Für den Betroffenen entfällt das Bewußtsein, ein Stotterer zu sein. Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Pubertät wissen, daß sie stottern. Es besteht die Möglichkeit, durch gezielte, punktuelle Eingriffe in den Atem-, Stimm- und Sprechapparat aufzuarbeiten und so Sprechen zu ermöglichen.

Der Jugendliche befindet sich in der Pubertät in einer Identitätskrise. Im Sprechen, in der Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt, findet er sich selbst. Er hat das Leben noch vor sich. Für den Stotterer ist das Neuernlernen des Sprechens die Grundlage seiner künftigen Existenz.

Der erwachsene Stotterer hat viele Mißerfolge in der Therapie hinter sich, auf die er mit Resignation, Wut etc. reagiert. Er richtet sein Leben in Beruf und Partnerschaft auf das Stottern aus. Aber in ihm wohnt doch die Sehnsucht nach Sprechen. Nur die Angst vor erneuten Niederlagen hält ihn vor dem Abenteurer einer neuen Herausforderung zurück.

Auch hier ist das Sprechenlernen noch möglich. Aber es ist sehr schwer, gegen die Erfahrungen aus anderen Therapien – sie haben ideologischen Charakter – anzuthemen. Das Einverständnis der Umwelt muß eingeholt werden. Ein solch harter Eingriff, den Erlernen von Sprechen bedeutet, kann nur aus einer Notwendigkeit erfolgen. Das „Not-wenden“ verlangt Einklang und Einverständnis von Therapeuten und Patienten. Sonst würde ich zu Non-avoidance-Therapien und Akzeptanz raten.

3. Begriffliche Klärungen

Bei der Therapie mit Jugendlichen habe ich mich zunächst mit Begriffen auseinanderzusetzen:

- *Stotterfreiheit* kann nicht das Ziel sein. Es impliziert immer noch Stottern und kann nur für einen kurzen oder längeren Zeitraum Bestand haben.
 - *Therapieresistenz* kann es da nicht geben, wo die Lernfähigkeit erhalten geblieben ist. Jugendliche machen einen Neubeginn im Erlernen von Sprechen.
 - *Sprechen* ist Neuschöpfung der Welt in Klang und Rhythmus. Die Lerninhalte des Sprechens beschreiben die Phonetik und Sprecherziehung.
 - *Inhalt und Ziel* der Therapie ist das Sprechen selbst. Stottern wird von den Betroffenen als ein chaotisches Hin und Her ohne Orientierung und Ordnung beschrieben (Axel Weber). Dieses Chaos teilt sich dem ganzen Menschen mit. Ziel der Therapie muß sein, neue Ordnungen und Orientierungen zu setzen. Diese finden sich im Sprechen selbst.
- Sprechen („... und Gott sprach ...“) schafft Ordnung in der Schöpfung. Der Erkenntnisprozeß bei der Vertreibung aus dem Paradies, aus der Natur in die Kultur ist an Sprechen gebunden. Die Entwicklung der Menschheit zum homo sapiens ist an das Sprechen gebunden. Verständigung war mit Lauten und Gesten vorhanden. Im Sprechen schuf der Mensch mit Klängen, Lauten und Worten seine Welt. Er trat heraus aus der Unmittelbarkeit des Gefangenseins in der Natur. Er erschuf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, Leben, Tod und höhere Gefühle, wie

Liebe, Trauer etc. Es entstand Weitergabe von Wissen in Form von Tradition und Kultur. Über das Sprechen schuf der Mensch Ordnung und Orientierung und trat heraus aus der Gefangenheit im Augenblick.

Das Kind schafft sich und seine Welt durch Sprechen. Benennungen, grammatikalische Formen, Abgrenzungen werden nach inneren Gesetzen gelernt. Oliver Sacks beschreibt in „Stumme Stimmen“ in eindringlicher Form die Defizite des Nichterlernens von Sprechen bei Gehörlosen. Er plädiert vehement für die Einführung einer Gebärdensprache, die den Formen des Sprechens ähnlich ist und damit Entwicklung und Orientierung möglich macht. Das Lernen von Sprechen schafft Ordnungen, Orientierungen, Selbstfindungen und Erkenntnis. Das leistet eine Therapie, die Sprechen in das Zentrum stellt.

4. Klangweisen und Sprechformen

Meine Therapie habe ich an anderer Stelle ausführlich dargestellt. (Ich werde sie auch in einem Buch: „Ich will sprechen“ publizieren.) Hier nur Stichworte: Für Jugendliche wird das Stottern gelöscht durch Nichtgebrauch. Neue, stotterfreie Klangweisen und Sprechformen treten an seine Stelle.

4.1 Anfangsklangweise: Seufzen

Gegen die Enge (Angst) des Stotterns setze ich die Weite des Seufzens. Gegen die Geräuschhaftigkeit des Stotterns setze ich ein „Sich-finden im Klang“. Geräusch ist Unordnung der Frequenzen, Klang ist Ordnung. Gegen das Gefangensein im Ausdrucksbild „Stottern“ setze ich ein Aufbrechen der Emotionalität durch Seufzen. Es entstehen zunächst Trauer und dann auch Freude. Der Stotterer erfährt sich als Person, als klingendes Wesen. Der Stotterer stimmt sich, ordnet sich klanglich neu. Behrend beschreibt diese Vorgänge in: „Die Welt ist Klang“.

Ein Wort pro Aussage ist möglich. Es wird geseufzt. Es bedeutet für den Stotterer Aufstieg aus Getriebenheit, Ungenauigkeit und Angst. Das Sprechen entspricht dem Einwortsatz des Kindes. Parallel werden Atem und Stimme mit Stimmübungen nach Svend Smith, mit einer Modifikation von mir, als Lallübung trainiert.

4.2 Sicherheitsklangweise: Seufzen – Stöhnen

Als neuer Klang wird der Vitalimpuls Stöhnen eingeführt. Das Stöhnen ist nach außen orientiert und spricht die Kopfresonanz an. Das Seufzen ist nach innen orientiert und spricht die Brustresonanz an. Der Stotterer schafft Ordnung im Setzen der Klänge im Kopf- und im Brustbereich. Er erfährt gespanntes Stöhnen gegen nicht-gespanntes Seufzen. Er setzt Willen gegen Nicht-Willen. Sprechen ist in Hauptsätzen möglich. Die unbetonten Anteile werden gestöhnt, die betonten Anteile werden geseufzt.

Stottern ist Kampf ums Wort. Wort für Wort wird in der Sicherheitsklangweise sicher körperlich gesetzt. Die Klangweisen regulieren die Spannungsverhältnisse im Körper des Stotterers. Sie ermöglichen stotterfreie Äußerungen. Es ist aber noch kein Sprechen, sondern Kampf gegen das Stottern.

4.3 Sinnsprechen

Der Weg ins wirkliche Sprechen ist ein Abschiednehmen vom Stottern. Sprechen ist Äußerung von Gedanken in Sinnschritten. Die Klänge wandeln sich in phonetische Parameter. Aus dem Seufzen wird Akzentuierung durch Tieftönen, aus dem Stöhnen der weiche Stimmeinsatz. Gesprochen wird auf zwei Resonanzebenen, der Kopf- und der Brustresonanz. Ich setze so die Eckpunkte für Sprechmelodie. Die Melodie selbst fehlt zunächst und entsteht im Laufe der Zeit. Gedankliche Ordnung schafft sich der Sprechende durch parataktischen Sprachaufbau, eine periodische Gestaltung und das Abspannen nach jedem Sinnschritt.

Dieses Sprechen ist ganz auf eine sachliche Darstellung von Inhalten gerichtet: Sinnsprechen.

4.4 Gestaltendes Sprechen

Entfaltung der Gesamtpersönlichkeit in klanglicher, rhythmischer und gedanklicher Gestaltung des Sprechens wird im gestaltenden Sprechen trainiert. Das Wort wird hier zum Träger von Information und Emotion. Alle Möglichkeiten der Akzentuierung, Lautstärke, Melodie werden erprobt. Die Prosodie (das

Hinzugesungene) wird als Befreiung zur Emotionalität empfunden. Die gestalterischen Möglichkeiten werden an Werken der Literatur (wie *Thomas: Unter dem Milchwald* [Ein Spiel für Stimmen], *Borchert: Draußen vor der Tür*, *Wilder: Unsere kleine Stadt*) erarbeitet. In der Auseinandersetzung mit den Kunstwerken geschieht Reifung und Heilung.

5. Schlußbemerkungen

Die Schüler verlassen stotterfrei die Kurse. Durch andauerndes Sprechen der neuerlernten Sprechform entsteht aus „Fremdsprechen“ Sprechen. Dieser Weg von der Stotterfreiheit zum Sprechen wird von mir ambulant begleitet. Er dauert ca. ein Jahr. Rückfälle, die zum Therapieverlauf gehören, werden aufgefangen. Sie werden als Entscheidungshilfe zum Sprechen hin gewertet.

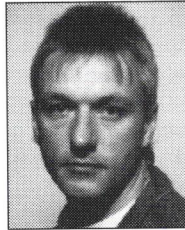
Das hohe Ziel „Sprechen“ kann nicht in jedem Fall erreicht werden. Die Freiheit, Angebote abzulehnen, hat jeder Patient. Ich kann in einem ersten Schritt Sprechen lehren. Ein großer Teil meiner Arbeit besteht darin, Einverständnis und Einsicht in die Schönheit des Sprechens herzustellen. So entsteht Dauerhaftigkeit des Sprechens. Für mich ist „Sprechen“ als Ziel der Therapie unverzichtbar. Ich freue mich aber für jeden, der Entlastung, Tröstung und neuen Lebensmut durch diese Therapie erfährt, auch wenn alle Ziele nicht erreicht werden.

Literatur

- Behrend, J.E.:* Die Welt ist Klang. Reinbek 1988.
McCrone, J.: Als der Affe sprechen lernte. Frankfurt a.M. 1992.
Pape, U.: Erlernen neuer Sprechformen als Stottertherapie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Berlin 1992, 261-272.
Sacks, O.: Stumme Stimmen. Reinbek 1990.
Smith, S.: Akzentmethode. Herning 1978.

Anschrift des Verfassers:

Uwe Pape
 Ziegeleistraße 58
 22113 Oststeinbek



Rolf Kortenbruck, Hamburg

Stottertherapie mit Jugendlichen nach der Methode von Uwe Pape

– Ein Erfahrungsbericht im ambulanten Bereich –

Zusammenfassung

Die Stottertherapie von Uwe Pape (Klangweisen und Sprechformen), welche stationär im Sprachheilinternat in Wentorf durchgeführt wird, ist darauf ausgerichtet, den Stotterer bzw. die Stotterin aus dem Stottern herauszuführen, ihn bzw. sie zum Sprechen zu führen. Dabei standen für mich die zwei folgenden grundsätzlichen Überlegungen im Vordergrund: Ist diese Therapie *erlernbar*, und kann sie auch *ambulant erfolgreich* durchgeführt werden? Beide Fragen möchte ich, auch wenn mein erster Stotterer noch nicht im eigentlichen Sinne spricht, mit einem eindeutigen Ja beantworten. Die Erfahrungen, Selbstzweifel und Ängste, die ich im Rahmen dieser Therapie machen mußte bzw. konnte, sollen andere ermutigen, diesen konsequenten Weg ebenfalls zu versuchen. Es ist sicherlich ein z.T. mühsamer und harter Weg (für beide, den Stotterer bzw. die Stotterin und den Therapeuten).

1. Vorbemerkungen

Ein Lächeln – aber kein Lachen. So erlebte ich als Therapeut meine ersten beiden Stotterer. Auf die anfängliche Frage, was Stottern für ihn bzw. sie bedeutet, hörte ich: Stottern, Stottern stört mich eigentlich nicht. Eine Fassade, die, genauso wie beim Lächeln, bei genauerer Befragung bzw. Betrachtung langsam, aber sicher abbröckelte.

Bevor ich aber auf die Darstellung meiner Erfahrungen mit der Stottertherapie von Herrn Pape näher eingehe, möchte ich dort anfangen, wo alles begann – im Studium. Zu Beginn meines Studiums erfuhr ich, daß vor allem im Bereich Stottern die Auffassungen über mögliche Ursachen sehr vage waren und sind, welches vor allem in der Vielzahl der verschiedenen Therapieansätze zum Ausdruck kommt. Vor allem in bezug auf Therapieerfolg waren die Aussagen des Professors bzw. der Dozenten recht undeutlich, ja für mich nicht greifbar. Das, was uns Studenten dann in didaktischen Seminaren als Erfolg

aufgezeigt wurde, bereitete mir ein Gefühl des Unbehagens, der Enttäuschung, die Schüler bzw. Patienten stotterten. Gespräche mit Therapeuten in der Schule und dem Universitäts-Krankenhaus Eppendorf führten, zusätzlich geprägt durch diverse Seminare und dem Selbstbildnis der Stottererselbsthilfe, zu seiner Behinderung zu stehen, dazu, daß ich diese Art der Therapieerfolge als Erfolg hinnehme, ja hinnehmen mußte.

Kurze Zeit später lernte ich im phonetischen Institut Herrn Pape kennen. In diesem Seminar hörte ich zum ersten Mal, daß es einen Weg gäbe, Stotterer aus dem Stottern herauszuführen, d.h., daß diese frei sprechen könnten, wobei Freiheit auch bedeutete, daß der Stotterer in seiner Binnenbefindlichkeit, in seinen chaotischen Verhältnissen nicht mehr gefangen sei, sondern seinen Blick nach außen richten und sich frei orientieren könnte. Die von Herrn Pape vorgeführten Videoaufzeichnungen waren faszinierend und beeindruckend, ja fast unglaublich. Ich kann an dieser Stelle nicht verhehlen, daß neben einer gewissen Begeisterung damals auch Gedanken auftauchten wie: Spontanremissionen, selektive Auswahl der Bänder mit entsprechendem Vorführeffekt. Dennoch wollte ich diese Therapie vor Ort kennenlernen. Während eines Schulpraktikums in der Sprachheilschule Zitzewitzstraße konnte ich Einblick in verschiedene Stottertherapien nehmen, ohne allerdings dort die Methode von Herrn Pape vorzufinden, da diese ambulant nicht durchführbar sei. Da diese Methode offensichtlich nur in Wentorf von Herrn Pape praktiziert wurde, mußte ich nach Wentorf. Im Rahmen einer Kompaktveranstaltung hatte ich hierzu dann wenige Monate später Gelegenheit. Hier reifte mein Ent-

schluß, die Therapie, wenn eben möglich, zu erlernen.

Im August 1993, mit Beginn meiner Tätigkeit als Sprachheillehrer, hospitierte ich dann einmal in der Woche bei Herrn Pape. Von vornherein stand dabei allerdings fest, daß die Rahmenbedingungen, wie sie in Wentorf vorliegen, von mir nicht übernommen werden konnten, die Therapie von mir, wenn überhaupt möglich, nur ambulant durchgeführt werden konnte. Damit stellten sich zwei Fragen:

1. Kann man die Therapie erlernen?
2. Ist diese Therapie ambulant durchführbar?

Herr Pape bejahte beide Fragen. Dann die erste Sitzung in seinem Stottererkurs. Das Anfangssprechen wurde eingeführt, das Seufzen. Nach dieser Sitzung und nach vielen anderen dachte ich: nein, das lerne ich nie.

Wer von uns hat nicht schon einmal geseufzt. Aber zum einen situationsunabhängig, also auf Aufforderung zu seufzen, zum anderen auch noch die Qualität des Seufzers zu beurteilen, herauszuhören, ob es ein echter Seufzer war oder aber nur die Stimmlage verändert worden war, all dieses schienen unlösbare Aufgaben zu sein. Galt es doch, daneben auch noch zusätzlich auf die Haltung des Schülers bzw. der Schülerin zu achten, ob z.B. der Kopf doch etwas nach hinten oder vorne zog, sowie auch noch einen möglicherweise vorkommenden Glottisschlag zu hören und und und. Immer dann, wenn ich glaubte, nun hast du es herausgehört, der Seufzer war gut, hörte ich Gegenteiliges von Herrn Pape. Lernbar?

Selbst nach einigen Wochen und einigen Teilserfolgen, endlich Unterschiede herausgehört zu haben, fragte ich mich – und dieses tue ich heute immer noch –: „Was ist, wenn mein Urteilsvermögen nicht präzise genug ist?“ Eines wurde mir dabei klar: Wenn ich versage bzw. nicht korrekt bin, dann ist ein Therapieerfolg unmöglich, und gleichzeitig zerstöre ich die Hoffnung eines Menschen, dem ich die Hoffnung gegeben habe, endlich frei sprechen zu können. Daneben galt es aber auch, die verschiedenen Sprechformen selber zu erlernen und zu beherrschen. Tägliche Übungen, auch heute noch, im Setzen und Erleben

der Klänge, im Sinnsprechen sowie Stimmübungen erforder(te)n viel Ruhe, Muße und eine große Portion Verständnis seitens meiner Frau. Konsequenz und Härte, sich also nicht mit dem zufrieden zu geben, was erreicht worden war, sondern das anzustreben, was möglich ist, wurde und wird sowohl vom Therapeuten als auch von den Stotterern abverlangt. Was auf den ersten Blick als unpädagogisch und hart aussah, war und ist – bei näherer Betrachtung dieser Therapie – alles andere als das. Es ist ein ehrlicher und sicherer Weg, der, wenn konsequent gegangen, den Stotterer aus dem Stottern führt. Deutlich wurde und ist, daß ein bißchen Pape nicht geht. Dieses alles konnte ich in dem ersten halben Jahr der Hospitation wöchentlich erleben, wobei mir vor allem auch die Veränderung der Persönlichkeit seiner SchülerInnen gravierend auffiel. Das Einhergehen mit Sicherheitssprechen bzw. Sinnsprechen und Binnenbefindlichkeit konnte sowohl am Verhalten als auch am Erscheinungsbild (Gesicht, Körperhaltung etc.) deutlich gesehen werden.

2. Die Therapie im ambulanten Bereich

Anfang 1994 kristallisierte sich dann heraus, daß ich einen Schüler aus unserer Schule übernehmen sollte. Zahlreiche Therapien, die ihm offensichtlich nicht geholfen hatten, hatten ihn nahezu verstummen lassen. Der Sprung ins kalte Wasser, da war er nun. Eine enorme Angst machte sich breit und dieses Mal konkreter, weil nun direkt anstehend, erhoben sich bei mir die Fragen: 1. Kann ich die Therapie, habe ich sie wirklich erlernt? 2. Ist die Therapie ambulant wirklich praktikierbar?

Ende Januar fing ich dann mit der Therapie an. Vorab erfolgten Gespräche mit den Eltern, Geschwistern, Lehrern sowie seinen Klassenkameraden, in denen ich ihnen den Therapieablauf sowie die einzelnen Klangweisen aufzeigte. Ihre Hilfe sollte vor allem darin bestehen, ihn zu bestärken und ggf. an die jeweilige Sprechform zu erinnern, die überall praktiziert werden sollte. Dieses konnte und darf allerdings nicht bedeuten, daß die Qualität von jenen beurteilt werden soll.

Das Anfangssprechen fiel dem Schüler enorm schwer. Darüber hinaus erwiesen sich

die Zeitabstände – ursprünglich hatte ich nur zwei Schulstunden pro Woche für die Therapie zur Verfügung – als zu weit und die Dauer einer Therapiesitzung als zu kurz. Was nun folgte, war und ist Schwerstarbeit sowohl im physischen als auch psychischen Sinn. Sich nicht mit dem zufrieden zu geben, was geleistet wurde, sondern von sich und dem Schüler alles zu verlangen, hundertprozentige Klangqualität ständig zu erbringen und unsaubere Klänge von sauberen zu unterscheiden, war und ist mehr als ein mühsamer Weg. Ein Gefühl des inneren Zerrissenseins, die nagenden Zweifel, sich möglicherweise mit Klängen zufrieden gegeben zu haben, die nicht einwandfrei waren, sowie den Schüler zu ermutigen, ihn zu bestätigen und dabei dennoch konsequent und ehrlich zu sein, erforderten und erfordern eine unglaubliche Kraft und Konzentration von allen, vor allem in der Phase des Seufzens.

Mein Schüler verstummte anfangs fast ganz, wurde ruhig, seufzte anfangs selten, dann immer öfter. Die anfängliche Haltung von Traurigkeit – und an dieser Stelle zweifelte ich sehr an mir und der Therapie, hatte ich doch gedacht, er müsse nun übergelukkig sein – während der ersten Phase des Seufzens wechselte nach ca. drei Wochen über in eine Form der inneren Zufriedenheit und Ruhe. Mein Schüler begann, laut Aussagen meiner Kollegen und Kolleginnen, die ihn unterrichteten, interessierter zu werden. Dieses wurde dann mit dem Erlernen des Sicherheitssprechens überdeutlich. Auch wenn noch jedes Wort isoliert geseufzt bzw. gestöhnt wurde, konnte er nun in ganzen Sätzen „sprechen“. Seine mündliche Beteiligung im Unterricht nahm noch nie zuvor erlebte Ausmaße an, und seine schriftlichen Leistungen verbesserten sich signifikant. Wie er mir mitteilte, fiel ihm das Lernen leichter, und er hatte Spaß, aktiv am Unterricht teilzunehmen. Seine Eltern berichteten mir voller Freude, daß er sich zum ersten Mal vor einer größeren Gruppe (Elternschaft) protestierend zu einer Sache geäußert hatte – im Sicherheitssprechen. Diese Aussagen gaben mir viel Kraft und Bestätigung, diesen Weg konsequent weiter zu gehen.

Nach ca. drei Wochen Sicherheitssprechen bemerkte ich zu meinem Erschrecken, daß er

sich zu sicher fühlte, ich einen Moment nicht konzentriert genug gewesen war und einerseits die saubere Trennung zwischen den Stöhnen, andererseits auch zwischen den Seufzern nicht mehr präzise genug vorgenommen wurde, die Klangqualität sich verschlechtert hatte. Er schmierte häufig, d.h., die Wörter wurden nicht mehr isoliert geseufzt oder gestöhnt, und die Klänge wurden nur noch halbherzig gesetzt. Diese Unachtsamkeit meinerseits, dieses Gefühl der Sicherheit hatte uns beide beschlichen, und es kostete enorme Kraft, wieder die alte Qualität zu erreichen. Nichtsdestotrotz bereitete das Sicherheitssprechen meinem Schüler große Freude, hatte er doch bis zu diesem Zeitpunkt nicht mehr gestottert. Während des Berufspraktikums, und hier befand er sich noch im Sicherheitssprechen, erklärte er seinen Anleitern, warum er so spräche – ein Zeichen von wachsendem Selbstbewußtsein.

An das Sinnsprechen ging er mit gemischten Gefühlen heran. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte er sich in Klängen (kein Sprechen im eigentlichen Sinn) erprobt, nun aber sollte der Redefluß deutlich erhöht und in Sinnabschnitten gesprochen (Sprechen) werden. Zudem machte ich ihn darauf aufmerksam, daß, wenn ungenau, ein Rückfall möglich bzw. zu erwarten sei. Dieser Übergang, weicher Stimmeinsatz, Kopf- bzw. Brustresonanz und das alles bei wesentlich erhöhter Sprechgeschwindigkeit, erforderte wieder eine enorme Konzentration und Ausdauer, da vor allem die Qualität des Tieftones, bei der Spannung abgegeben werden muß, schwer zu beurteilen ist. Darüber hinaus war bzw. ist mir klar, daß die Gefahr eines Rückfalls hier besonders hoch ist, da der Stotterer „plötzlich“ sprechen kann, wie nie zuvor erlebt. Hier zu bremsen, zu ermahnen und dabei die eigenen Grenzen zu erkennen war bzw. ist nicht leicht (Gefühl der Beschwingtheit contra Ermahnungen).

Verdenken, nein verdenken konnte ich es ihm nicht, daß meine Ermahnungen nur halbherzig angenommen wurden, führte ich doch einen Kampf mit Worten gegen ein Gefühl der Euphorie und einer damit verbundenen Leichtfertigkeit. Diesen Kampf habe ich verloren und doch nicht verloren. Wie ist das zu verstehen? Bis zu diesem Zeitpunkt hatte er nicht gestottert – 186 Tage stotterfrei gegen-

über ca. 10 Jahre Stottern. Die Therapie neigte sich dem Ende zu. Er konnte die Sprechformen. Bislang hatte ich ihn sehr stark geführt. Nun war es an der Zeit, ihn in die Eigenverantwortlichkeit zu entlassen. Wissend, daß er noch nicht sprechen kann wie jeder andere und Sprechen (automatisiert) sich erst in ein bis zwei Jahren einstellt, wenn er daran arbeitet; wissend, daß er seinen eigenen Berg aufbauen und erklimmen muß; wissend, daß ein Rückfall notwendig und zugleich heilend ist, und sich dennoch verantwortlich dafür zu fühlen, was wahrscheinlich passieren wird: der Rückfall – ein Gefühl in mir, welches ich nicht zu beschreiben vermag. Bislang hatte ich geholfen durch aktives Eingreifen, nun muß ich helfen durch Nicht-Eingreifen, wenn er meinen Rat, meine Einschätzung nicht sucht, nun kann er sich selber helfen. Nun bin ich für ihn Berater. Er hatte einen Rückfall – in den Sommerferien. Er hat etwas verstanden, denn er ging ins Sicherheitssprechen zurück. Nach den Sommerferien habe ich ihn wiedergetroffen. Zufrieden, dieses sagte ich ihm aber nicht, bin ich nicht, aber, was viel wichtiger ist, er ist damit nicht zufrieden, er hat sich seinen Berg gebaut, und er will ihn erklimmen.

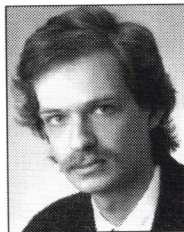
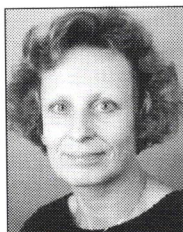
Reichhaltige Erfahrungen kann ich nicht aufweisen. Fehler habe ich viele gemacht, und ich werde auch in Zukunft noch viele machen. *Pape bin ich erst recht nicht.* Das heißt aber nicht, daß diese Therapie nicht erlernbar ist, daß, wie oft gehört, diese Therapie nur ein *Pape* könnte. Ein Buch hätte mir sicherlich nicht geholfen, diese Therapie zu erlernen,

und an dieser Stelle möchte ich Herrn *Pape* für seine Geduld und Bereitschaft danken, bei ihm die Therapie vor Ort erlernen zu können. Meine, wenn auch geringen Erfahrungen haben mir allerdings gezeigt, daß diese Therapie erlernbar ist und diese auch im ambulanten Bereich durchgeführt werden kann. Zur Zeit bin ich mit einer Schülerin erneut beim Seufzen, ich mache also weiter.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß mindestens dreimal die Woche eine Therapiesitzung notwendig ist. Je nachdem, in welcher Phase der Therapie man sich befindet, kann es einem schon passieren, daß auch an Feiertagen bzw. in den Ferien (Herbst- oder Frühjahrsferien) Therapiesitzungen notwendig sind. Darüber hinaus ist die Dauer einer Therapiesitzung nicht eindeutig festlegbar, vor allem während der Phase des Seufzens. Zusätzlich findet eine Nachbetreuung statt, die sich über ein bis eineinhalb Jahre erstrecken wird. Wichtigste Voraussetzung für diese Therapie ist allerdings der Wunsch, Stotterer zum Sprechen – kein Glätten des Stotterns oder flüssiges Stottern – zu führen. Es ist sicherlich ein harter, aber ehrlicher Weg.

Anschrift des Verfassers

Rolf Kortenbruck
Bei der Hopfenkarre 25
22047 Hamburg



Marlies Siefken, Wentorf,
Gernot Wiederhold, Gießen

Stottertherapie mit Schulkindern ab dem 10. Lebensjahr

Zusammenfassung

Die Verfasser schildern Ansatz, Durchführung, zeitlichen und inhaltlichen Aufbau eines Therapiekonzeptes für Stotterer und Polterer, welches in Sprachheil-einrichtungen in Wentorf und Gießen praktisch angewendet wird. Am Anfang der Therapie wird ein Sofortausstieg aus dem Stottern mit Hilfe des Vitalimpulses Seufzer ermöglicht. Innerhalb des darauffolgenden Jahres wird über das Erlernen dreier aufeinander aufbauender Sprechleistungsstufen und unter Einbeziehung eines umfangreichen Umwelttrainings für alle Sprechsituationen stotterfreies normales Sprechen ermöglicht.

1. Ansatz

Diese Therapieform stellt in einem ganzheitlichen Ansatz das „Neusprechen-Lernen“ und die Bewährung dessen, auch unter Belastung und Streß in der realen Umwelt, in den Mittelpunkt. Das Stottern wird von uns als eine körperliche Reaktion auf einen Umweltreiz hin definiert. Jeder Mensch stottert, allerdings bedarf es dazu einer erheblichen existentiellen Erschütterung. Dann fällt Atem- und Stimmgebung auseinander, die Symptome setzen ein. Bei einem Stotterer ist der Anlaß viel geringer, um stottern zu müssen.

In dieser Therapieform soll der Spracherwerb noch einmal, hierbei jetzt aber willentlich, durchlaufen werden, um symptom- und angstfreie Sprechmuster aufzubauen. Gleichzeitig soll ein sofortiger Ausstieg aus dem Stottern ermöglicht werden, um den stationären Aufenthalt für die Bewährung der neuen Sprechweise nutzen zu können. Um dieses zu ermöglichen, haben wir hier den Vitalimpuls Seufzer aus dem Therapieansatz von Pape übernommen. Dieser Seufzer kann jederzeit von jedermann ungestört klanglich produziert werden, wenn er trainiert und zugelassen wird. Durch eine konsequente Verwendung kommt es zu einer Nichtspannung

der Sprechmuskulatur, zur Senkung des Stimmklangs und zur Verwendung einer Costo-Abdominalatmung. Stottern ist nicht mehr möglich. Wenn Atem- und Stimmgebung wieder rehabilitiert sind und symptomfreies Sprechen möglich ist, ist es ein nächster großer Schritt, die Belastungsgrenze, wo Stottern anfängt, sukzessive nach oben hin zu verändern. Dies geschieht durch intensives Umwelttraining, welches einen zentralen Stellenwert im Therapieverlauf einnimmt.

2. Überblick über das Therapiejahr

Das Erlernen des neuen Sprechens wird in drei Stufen erreicht. Es sind dies das Sicherheitssprechen / 1. Sprechstufe, das gesicherte Sinnsprechen / 2. Sprechstufe und das Sinnsprechen / 3. Sprechstufe. Vorgelagert ist ein Diagnostikabschnitt. Dem stationären Behandlungsjahr folgt ein ambulantes Nachsorgejahr, in dem sich in regelmäßigen Abständen der ehemalige Kurs für einen oder mehrere Tage trifft, um Erfahrungen auszutauschen und gegebenenfalls Schwächen aufzuarbeiten. Es folgen nähere Erläuterungen zu den einzelnen Abschnitten.

3. Diagnostik

In den ersten Tagen zu Beginn des Kurses findet eine diagnostische Phase statt, die sich in Einzel- und Gruppendiagnostik unterteilt. In der Einzeldiagnose wird anhand von unterschiedlichen Sprechanforderungen die individuelle Stottersymptomatik provoziert. Im einzelnen geschieht dies durch freies Erzählen, Reihensprechen, Vorlesen und Nacherzählen. In der Gruppendiagnose muß der Stotterer dem Therapeuten, den Erziehern und anderen Kursteilnehmern gegenüberstehend, über sich erzählen. Diese Situation ist in der

Regel mit erhöhtem Streß verbunden und zeigt beim Sprechen das Vollbild der individuellen Stotter symptomatik. Beide Diagnoseformen dienen in erster Linie der Dokumentation, so daß im Ablauf des therapeutischen Jahres immer wieder den Kursteilnehmern zur Überprüfung von Fortschritten und auch als Motivation ihr individuelles Stottern gezeigt werden kann.

4. Umstellung des Sprechens

Nach der Diagnostik folgt in Einzelsitzungen die Umstellung des Sprechens. Dabei wird beim Stotterer die abdominale Atmung angebahnt und der Seufzer erlernt, isoliert geübt und in ersten kurzen Sätzen, den Standardsätzen der ersten Sprechstufe, angewandt. Die Umstellung erfolgt liegend, in einer ruhigen entspannten Atmosphäre und ist an keine Zeitvorgabe gebunden.

4.1 Sicherheitssprechen / 1. Sprechstufe

Mit der Umstellung beginnt für den Schüler das Sicherheitssprechen, die 1. Sprechstufe. Im Sicherheitssprechen wird stets auf dem klangtragenden Vokal eines jeden Wortes geseufzt. Nach jedem Wort wird nachgeatmet. Das heißt, da der Seufzer einziges Akzentuierungsmittel ist, besteht innerhalb des Satzes keine weitere Betonungsmöglichkeit. Jedes Wort ist eine Äußerung für sich. Daher ist das Sprechen auf dieser Stufe sehr monoton und stark verlangsamt. Auf dieser ersten Sprechstufe werden auch Stimmübungen (Tempo 1) eingeführt. Diese helfen die vormalig gestörte Atem- und Stimmfunktion zu regenerieren und werden parallel zu den entsprechenden aktuellen Sprechstufen in verschiedenen Tempi durchgeführt. Sie wurden ursprünglich von Svend *Smith* entwickelt und durch die Integration von Seufzer und weichem Stimmeinsatz für unsere Therapieform modifiziert. Die Stimmübungen der Stufe 1 sind gekennzeichnet durch eine gleich lange Ein- und Ausatmung.

4.2 Gesichertes Sinnsprechen / 2. Sprechstufe

Nach etwa zwei Wochen, wenn das Sicherheitssprechen zur Routine geworden ist, wird die 2. Sprechstufe, das gesicherte Sinnspre-

chen, eingeführt. Hier wird nur noch bei den wichtigsten sinntragenden Wörtern des Satzes geseufzt. Neu kommt jetzt die Verwendung des weichen Stimmeinsatzes hinzu. Dieser verhindert bei Wörtern, die nicht sinntragend sind und somit auch nicht geseufzt werden, aber einen Vokalanfang haben, eine Stotterblockade.

Nach Erarbeitung zunächst ausschließlich parataxer Satzmuster wird in den Therapiestunden viel anhand von Texten gemeinsam erarbeitet, wohin jeweils im Satz Seufzer und weiche Einsätze kommen. Der Gebrauch der Spontansprache in der 2. Sprechstufe setzt einen gedanklichen Vorentwurf des Satzes voraus. Am Anfang dieser Sprechstufe werden deshalb in der Spontansprache kurze Sätze mit wenigen Seufzern verwendet, bei zunehmender Automatisierung werden dann komplexere Satzmuster gebildet. Werden die grundlegenden Elemente gut beherrscht, treten sukzessive zusätzlich noch gestaltende Elemente (z.B. Ausrufe ohne Seufzer, individuelle Ausprägung der Tempi und Prosodie) hinzu. Parallel zur Einführung des gesicherten Sinnsprechens erfolgt auch das Kennenlernen der Stimmübungen (Tempo 2). Dieses ist charakterisiert durch eine verkürzte Ein- und verlängerte Ausatemungsphase, was der Sprechatmung näher kommt.

4.3 Sinnsprechen / 3. Sprechstufe

Auf der dritten Sprechstufe, dem Sinnsprechen, wird die Stottertherapie verlassen und sich mehr der Sprecherziehung zugewandt. Hier wird der Seufzer nur noch bei den allerwichtigsten Wörtern im Satz verwendet. Bei Texten und auch im freien Gespräch muß der Sprecher aber für sich im Vorwege seine Interpretation des Textes oder der Rede überlegen, um sie anhand der gesetzten Seufzer dem Zuhörer zu vermitteln. Ein und derselbe Text können sehr unterschiedlich sprecherisch interpretiert werden. Durch Verschiebung der Akzente können so beim Zuhörer ganz verschiedene Bilder entstehen. So geschieht auf dieser Sprechstufe wieder eine sehr deutliche Individualisierung des Sprechens und gleichzeitig der Persönlichkeit. Beim Sinnsprechen wird der weiche Stimmeinsatz sehr redundant, also für den Zuhörer nicht hörbar, verwendet, während der Seufzer

während des stationären Behandlungsteils in der gewohnten und geübten Form zunächst bestehen bleibt, da die Schüler diesen später in der Öffentlichkeit ohnehin reduzieren. Dann ist er nur noch eine Akzentuierung und somit unauffällig. In den Stimmübungen (Tempo 3) werden längere Sprechphasen bei kurzer Einatmung sowie verschiedene Akzentuierungsformen geübt.

Dieser in aller Kürze beschriebene Prozeß des „Neusprechen-Lernens“ könnte theoretisch sehr schnell ablaufen, in ungefähr sechs Wochen könnte man damit fertig sein. Wie aber bereits beschrieben und wie auch aus ambulanten Therapien zur Genüge bekannt, ist nicht das Erlernen der neuen Sprechmuster das Problem, sondern die dauernde Verwendung dieser und die Generalisierung in andere, auch alltägliche und auch ungeübte sowie belastende Situationen. So werden in unserer Therapieform alle symptomfreien Sprechleistungen auf „Live-Situationen“ übertragen. Das jeweilige Erzieherteam begleitet am Nachmittag die Schüler sehr intensiv in diesem Prozeß, indem sie stotterfreies Sprechen unterstützen und ausschließlich abverlangen. Sie schaffen gezielte Situationen und spezielle Sprechanlässe, wo gutes Sprechen gefordert wird. Diese Aufgabe erfordert viele Energien.

5. Umwelttraining

Durch die Einschränkung der Sprechbehinderung sind die Schüler in der Regel nicht altersgemäß entwickelt, und wir beobachten, daß der Sozialisationsprozeß der Kinder sehr beeinträchtigt verlaufen sein muß. Durch das „Nichtsprechen-Können“ und die daraus resultierende Vereinsamung konnten altersgemäße Erfahrungen nur bedingt gemacht werden. Das Sozialverhalten ist eingeschränkt, es mangelt an Selbstvertrauen und an der Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung. Es besteht eine große Abhängigkeit von Erwachsenen und Geschwistern. Besonders beim Stotterer fehlen Eigeninitiative und vor allem der Mut; während der Polterer seine Umwelt eher ungestüm, verletzend und unstrukturiert bewältigt.

Nicht nur um das stotterfreie Sprechen zu erproben, sondern vor allem um die beschrie-

benen Defizite aufzuarbeiten und die Gesamtpersönlichkeit zu entwickeln, zu fördern und zu stärken, führen wir dieses Umwelttraining durch. Es beinhaltet stets ein bewußtes Training der neuen Sprechweise in der Umwelt unter mehr oder weniger großer Belastung. Es wird während der gesamten Kursdauer kontinuierlich und am jeweiligen Sprachstatus gemessen durchgeführt (siehe Plan in Abbildung 1, S. 203). Der Verlauf eines Umwelttrainings beginnt auf der Vorstellungsebene, aus der dann Satzmuster entwickelt werden, die zunächst in der Therapie geübt werden. Das anschließende Rollenspiel soll eine erste Sicherheit vermitteln. Je nach Fähigkeit und Sprechvermögen begleiten die Erzieher die Schüler in die Live-Situation, mit dem Endziel, daß diese später jede Situation ohne Vorbereitung und Hilfestellung stotterfrei erfüllen können. Die Schüler zeigen sehr viel Engagement und Freude am Umwelttraining, da sie selber schnell Fortschritte erkennen und einordnen können.

6. Rahmenbedingungen

Die oben erläuterten Kurse für die Rehabilitation von Stotterern und Polterern werden jeweils in dem Zeitraum eines Schuljahres durchgeführt. Der Wentorfer Kurs wird an der Staatlichen Internatsschule für Sprachbehinderte von Marlies Siefken und einem Erzieherteam durchgeführt und umfaßt acht bis zehn Mädchen und Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren, die für diesen Zeitraum vom Schulbesuch beurlaubt sind. Der Gießener Kurs wird von Gernot Wiederhold und Erziehern durchgeführt und umfaßt neun Kinder und Jugendliche von 10 bis 17 Jahren. Die Teilnehmer der Kurse haben in der Regel eine oder mehrere ambulante Therapien hinter sich. Das Aufnahmekriterium ist der Schweregrad der Behinderung. Während des Kursjahres wird neben den Therapiestunden ein Basis- und Stützunterricht erteilt. Die Wochenenden und die Schulferien verbringen die Schüler zu Hause. Die Träger sind für Wentorf das Bildungs- und das Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein und für Gießen der Sozialdienst Katholischer Frauen (Caritas, wobei der Kostenträger der Kurse der Landeswohlfahrtsverband Hessen ist).

Jahres-Rehabilitationskurs für Stotterer und Polterer

Sprechtherapie

Diagnostik	Sicherheitssprechen	Gesichertes Sinnsprechen	Sinnsprechen
Einzeldiagnostik vor der Gruppe mit Videoaufnahmen	1. Sprechstufe Atemumstellung Einführung des Vitalimpulses Seufzer Stimmübungen Tempo 1	2. Sprechstufe Verwendung des Seufzers bei den wichtigsten Wörtern des Satzes Einführung des Weichen Stimmeinsatzes Sprechgestaltung Stimmübungen Tempo 2	3. Sprechstufe Anwendung des Vitalimpulses Seufzer als Akzentuierung Training verschiedener Akzentuierungsformen Stimmübungen Tempo 3

Umwelttraining

Diagnostik	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Schaffung einer entspannten Arbeitsatmosphäre Erstellung einer individuellen Angsthierarchie	Schaffung von Sprechanlässen bei geringer Anforderung - mit bekannten Personen - in vertrauter Umgebung - erfolgsbetont Fremdkontrolle	Schaffung von Sprechanlässen bei langsam steigender Anforderung - mit unbekannten Personen - in fremder Umgebung - in aufregenden Situationen Partnerkontrolle	Schaffung von Sprechanlässen bei hoher Anforderung - mit unbekannten Personen - in fremder Umgebung - in unangenehmen Situationen - unter Streß Eigenkontrolle

Nachsorgejahr

Alle sechs Wochen eine ambulante logopädische Überprüfung	Integrationsabsicherung am Heimatort (Vereine etc.)	Zweiwöchige stationäre Nachbehandlung
---	---	---------------------------------------

Abbildung 1: Jahres-Rehabilitationskurs für Stotterer und Polterer

Anschriften der Verfasser:

Marlies Siefken
Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte
Golfstraße 5a
21465 Wentorf

Gernot Wiederhold
Sprachheilzentrum Gießen
Wartweg 15-23
35392 Gießen

MAGAZIN

Echo

Leserzuschrift zu: „Auf ein Wort“ von H. Küster in Heft 6/1994

Die „dgs“ ist der letzte Verein, dem ich noch anhöre. Gerade bin ich aus einem anderen Fachverband ausgetreten, aus genau den Gründen, die Kollege H. Küster in seinem Artikel schildert, „an der Entstehung der fatalen sonderpädagogischen Rückentwicklung sind Fachleute und Kollegen federführend“ beteiligt.

Ich beuge mich finanziellen Sachzwängen, wenn sie als solche benannt werden und notwendig sind. Ich unterstütze einen Verband und eine Gesellschaft, so lange ich erkenne, daß mich „Weggefährten“ begleiten und unterstützen im Bemühen um sprachgestörte Menschen. Ich bin mit Kollege Küster der Meinung, daß die dgs offensiver kämpfen mußte auch auf der politischen Ebene.

Sich in stille Kloster zurückziehen und weiter fachlich zu qualifizieren (Fortbildungsveranstaltung 14./15. Dez. 1994 für Schulleiter zum Thema „Dysgrammismus als grammatikalische Entwicklungsstörung“) ist nicht das Gebot der Stunde. Wann soll ich Diagnostik und Therapie durchführen und mit welchen Schülern, da Therapiestunden in Frage gestellt sind und der Langzeitbeobachtung des Lehrers im Klassenverband die Priorität gewährt wird?

Auch ich bin der Meinung, daß es höchste Zeit für radikale Demokraten ist, in die staatliche Allmacht einzugreifen. Vielleicht sollte ein neuer Verband gegründet werden? Einen Jahresbeitrag für 1995 habe ich schon reserviert!

H. Völker-Thomanek

Schulleiterin der Milos-Sovak-Schule und Unterrichtsbeauftragte am Seminar für Sprachbehindertenpädagogik der Universität zu Köln

Leserzuschrift des Bundesvorsitzenden der dgs mit Bezug auf den Beitrag von H. Küster in der Rubrik „Auf ein Wort“ in Heft 6/1994

Auf den ersten Blick werden viele dgs-Mitglieder dem Beitrag von H. Küster mit der Überschrift „Politisch werden – auch in der dgs“ zustimmen. Da jedoch deutlich wird, daß dem Schreiber der Zugang zu bestimmten Informationen fehlt, scheint es mir erforderlich, einige Sachverhalte zu erläutern, differenzierter zu betrachten und Stellung zu nehmen.

Der Autor verweist unter anderem darauf, daß das Papier des Wissenschaftlichen Beirates der dgs (in Heft 1/94 der Sprachheilarbeit veröffentlicht) nicht konsequent zur Umsetzung herangezogen würde. Dazu ist zu sagen, daß im Hauptvorstand der dgs, in dem auch alle Landesgruppenvorsitzenden vertreten sind, mehrheitlich der Beschluß gefaßt wurde, daß dieses Papier nur durch die einzelnen Landesgruppen bei Bedarf zu verwenden ist. Im übrigen hat sich auch die Delegiertenversammlung der dgs im Oktober 1994 in Hamburg nicht gegen diese Art der Verwendung des Beiratspapiers ausgesprochen. Unterstützung durch den Bundesvorstand kann individuell durch die Landesgruppen eingefordert werden. Dieses hat bisher nur ein Bundesland (Bremen) getan. Ein weiterer Grund für diese Entscheidung liegt darin, daß die Situation im sprachheilpädagogischen Bereich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich und keineswegs immer so schlecht ist, wie Herr Küster sie in seinem Beitrag pauschal darstellt. In einem Fachverband wie der dgs müssen unterschiedliche fachliche und auch landespolitische Positionen integriert werden. Von einer fachlichen Position ist nicht unmittelbar auf eine bildungspolitische Vorstellung zu schließen, wohl aber sind fachliche Mindeststandards einzufordern. Das Beiratspapier kann also nicht pauschal vom geschäftsführenden Vorstand als sogenanntes Leitlinienpapier, das die Verbandspolitik nachhaltig bestimmt, eingesetzt werden. Die von H. Küster geforderten Aktionen in Rundfunk, Fernsehen und Tageszeitungen können daher nicht willkürlich durch den Bundesvorstand an den Landesgruppen vorbei initiiert werden.

Im übrigen weisen die Mitglieder des Hauptvorstandes der dgs selbstverständlich bei allen Gelegenheiten in den Medien und bei Gesprächen mit Politikern oder politischen Gremien auf Probleme und Mißstände im Sprachheilbereich hin und stellen entsprechende Forderungen. Beispielsweise gab es im letzten Halbjahr von seiten des Bundesvorstandes zehn Veröffentlichungen in regionaler und überregionaler Presse zu Problemen der Sprachbehinderten bzw. der Sprachheilpädagogik. Natürlich gelangen diese Veröffentlichungen immer nur einem bestimmten Personenkreis zur Kenntnis. Drei überregionale Pressekonferenzen wurden in Bonn, Hamburg und Aachen durchgeführt. Im gleichen Zeitraum wurden Gespräche mit dem Gesundheits-, dem Finanz- und dem Innenministerium in Bonn sowie mit Abgeordneten und Parteipolitikern in Bund und Ländern über aktuelle Probleme und Anliegen geführt.

Bei vielen Verschlechterungen, die allgemein auf alle im schulischen Bereich Tätigen zukamen (z.B. Fre-

quenzsteigerungen, Erhöhung der Arbeitszeit), sind wir in Kooperation mit anderen Verbänden und Gewerkschaften an die entsprechenden Ministerien und politischen Gremien herangetreten. Auf Landesebene gab es viele politische und öffentlichkeitswirksame Aktionen bzw. Initiativen der Landesgruppenvorstände. Nicht immer sind solchen Aktivitäten Erfolge beschieden. In diesem Fall müssen wir aber auch bereit sein, Lasten, die allen Lehrergruppen auferlegt werden, mitzutragen.

Ich hoffe mit dieser Darstellung wenigstens den Eindruck zu vermitteln, daß der Vorstand der dgs im Rahmen seiner Möglichkeiten politisch tätig ist. Das bedeutet nicht, daß alle Mitglieder diese Maßnahmen als ausreichend ansehen müssen.

Wir gelangen hier jedoch in einen Bereich, wo sich die Frage stellt: Ist eine umfangreichere Arbeit noch ehrenamtlich zu leisten, oder müssen professionelle Vorstandsstrukturen geschaffen werden? Diese Diskussion beschäftigt im Moment den Vorstand der dgs, denn es dürfte klar sein, daß allein der Aufwand der normalen Verbandsführung für ca. 6000 Mitglieder neben der Organisation von größeren Veranstaltungen (Vorstandssitzungen, Delegiertenversammlungen, Fortbildungstagen und Kongressen), der Aufrechterhaltung der Kontakte zu anderen Verbänden sowie die Planung „konzertierter“ Aktionen mit ihnen und inhaltlicher Arbeit (z.B. KMK-Empfehlungen, Leitlinienpapiere) erhebliche Kräfte absorbiert.

Darüber hinaus erfordern alle Aktivitäten berufliche Freistellung und massiven Einsatz von Freizeit für Vorbereitung und Durchführung. Hier liegen die Grenzen der ehrenamtlichen Tätigkeit. Die Einsetzung eines hauptamtlichen Geschäftsführers oder Vorsitzen- den, der sich dann intensiv mit solchen Fragen beschäftigen würde, könnte dieses Problem vielleicht zur Zufriedenheit lösen, dürfte aber mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden sein.

Diese Darlegungen sollen deutlich machen, daß zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Ausweitung der Aktivitäten des Bundesvorstandes aufgrund der personellen Ressourcen schwierig wird. Viele der von Herrn Küster gewünschten Aktivitäten können und werden aber durch die Landesgruppen übernommen. Dabei sollten auch Mitglieder aktiv sein bzw. zur Mitarbeit herangezogen werden. Vielleicht ist es sogar wirksamer und basisdemokratischer, wenn zunächst Mitglieder vor Ort in Koordination mit den Vorständen der Landesgruppen gemeinsame Aktionen durchführen (wie es ja auch oft geschieht). Die Erfahrung zeigt, daß die lokal begrenzten Aktionen oft wirksamer sind als ein Schreiben oder das Auftreten eines Bundesvorsitzenden, da er den Kommunalpolitikern unbekannt ist. Es ist zwar legal und gutes Recht eines Mitgliedes, den Vorstand zu kritisieren, wenn man mit seiner Arbeit nicht einverstanden ist. Ich denke aber auch, daß es keinesfalls eine konstruktive Art des Umgangs mit der genannten Problematik ist, wenn man meint, daß der Jahresbeitrag die einzige demokratische Pflicht eines dgs-Mit-

gliedes ist und die Funktionäre dafür alles perfekt zu erledigen haben.

Abschließend möchte ich sagen: Die dgs ist politisch tätig, wenn dies auch nicht immer für alle Mitglieder ersichtlich wird, da aus bestimmten Gründen nicht alle Aktivitäten in der Zeitschrift dargestellt werden können. Ich sehe es als Aufgabe der dgs an, die Fachlichkeit zu sichern und dies auch in den politischen Bereich hinein zu vermitteln. Über Möglichkeiten und Wege dazu müssen sich Hauptvorstand und Mitglieder im Rahmen der Neustrukturierung der Vorstandsarbeit Gedanken machen.

K. Bielfeld
Bundesvorsitzender

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fortbildung 1995 der Schule Schlaffhorst-Andersen für Atmung und Stimme

Seit über 75 Jahren wird diese ganzheitliche Form der Stimm- und Sprechschulung im pädagogischen und künstlerischen Arbeitsfeld sowie in der Therapie erfolgreich angewandt. Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen entwickelten ihren Arbeitsansatz für jeden, der seine stimmlichen und sprecherischen Fähigkeiten verbessern möchte.

Über praktische Übungen erfährt der/die Kursteilnehmer/in individuell die Wechselwirkungen zwischen Atem-, Stimm-, Sprech- und Bewegungsfunktionen. Diese werden aktiviert, harmonisiert und verbessern so die persönliche Ausdrucksfähigkeit. Die Arbeit nach Schlaffhorst-Andersen ist ausgerichtet auf Wiederherstellung der physiologischen Stimmfunktion, Pflege und Entwicklung des natürlichen Atemrhythmus.

Fortbildung für sprachtherapeutische Berufsgruppen: Erleben der Wechselwirkungen von Atmung, Sing-/Sprechstimme und Bewegung als weitere Basis Ihrer therapeutischen Arbeit. Nähere Informationen bei: Schule Schlaffhorst-Andersen für Atmung und Stimme, Sekretariat Jugenddorf Bad Nenndorf, Bornstraße 20, 31542 Bad Nenndorf; Telefax: 0 57 23/7 67 44.

Fachtagung dgs – ÖGS in Hammelburg

Unter dem Rahmenthema „Phonologische Prozesse im Zusammenhang mit dem Spracherwerb“ findet die bereits traditionelle Fachtagung der deutschen und österreichischen Gesellschaften für Sprachheilpädagogik diesmal im zentral gelegenen Hammelburg in Bayern statt.

Termin: 9. bis 11. Juni 1995;

Komplettkosten: 160 DM incl. Beiprogramm.

Diese Tagung von dgs und ÖGS ist in den vergangenen Jahren innerhalb kurzer Zeit ausgebucht gewesen. Interessenten wenden sich daher bitte umgehend an: Herbert B. Freisleben, Günterslebener Straße 29, 97222 Rimpf, Tel.: 0 93 65/93 29, Fax: 0 93 65/51 77. Hier erhalten Sie dann auch nähere Informationen.

Internationale Sonnenberg-Tagungen 1995

Auch im Jahr 1995 veranstaltet der Internationale Arbeitskreis Sonnenberg wieder mehrere Tagungen zum Themenkreis „Rehabilitation der Behinderten“ (z.B.: „Förderzentren für behinderte Kinder im internationalen Vergleich“). Informationen und Tagungsprogramme sind erhältlich bei: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Postfach 26 54, 38016 Braunschweig.

Seminare in Boldern

Im Tagungs- und Studienzentrum Bolder finden auch 1995 wieder mehrere Veranstaltungen und Kurse statt (Stimmkurse, Artikulationskurse, Sprechkurse, Basis-kurse Atmung). Nähere Informationen und Anmeldungen bei: Sekretariat des Tagungs- und Studienzentrums Bolder, CH-8708 Männedorf.

Jahresfortbildungsveranstaltung in Gera

Die diesjährige Jahresfortbildungsveranstaltung des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. findet vom 24.5. bis 27.5.1995 in Gera statt. Nähere Informationen sind bei der Bundesgeschäftsstelle erhältlich per Adresse: Augustinusstraße 9d in 50226 Frechen.

Bericht über die 5. Griesbacher Fachgespräche

Bereits zum fünften Mal haben am 25. und 26. November 1994 die Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen stattgefunden. Sie haben sich in den letzten Jahren zu einer festen, sehr beliebten Einrichtung etabliert, die ein Forum bietet für die Diskussion theoretischer wie auch praktischer Fragestellungen in der sprachtherapeutischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen. Erfreulicherweise wird dieses Forum zum fruchtbaren Gedanken- und Erfahrungsaustausch genutzt nicht nur von Sprachheilpädagogen, sondern von Absolventen verschiedenster therapeutisch und wissenschaftlich relevanter Ausbildungsrichtungen.

Entsprechend der Vielfalt der sprachtherapeutischen Arbeitsgebiete wurden in den Referaten auch heuer wieder Beiträge aus den verschiedensten Bereichen dargeboten. Zunächst stellte Kathrin Bandomer Grundzüge ihres therapeutischen Vorgehens bei Re-

deflußstörungen dar und unterstützte ihre Erläuterungen mit einigen Videobeispielen. Werner Gebhard knüpfte an seinen Vortrag bei den letztjährigen Fachgesprächen an und berichtete über den weiteren Therapieverlauf bei dem seinerzeit vorgestellten Kind, einem mittlerweile neunjährigen Mädchen mit einem in dieser Form bisher kaum beschriebenen Störungsbild. Zur Veranschaulichung der Thematik dienten Tonbandaufnahmen, Videos, wie auch endoskopische Filmaufnahmen. Entwicklung, Funktionen und Bedeutung der Fuß-, Hand- und Mundmotorik sowie deren funktionelle Zusammenhänge im Zusammenspiel mit der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung bildeten die Schwerpunkte des Referats von Ulla Brandner. Inwiefern Wahrnehmungsstörungen erfolgreiches Lernen erschweren können, erläuterte Barbara Bimüller am Beispiel eines hochgradig schwerhörigen Jugendlichen und stellte Aspekte der sensomotorisch ausgerichteten Sprachtherapie mit ihm dar.

Einem völlig anderen Bereich sprachheilpädagogischer Arbeit wandte sich nun Jela Reitz zu. Sie stellte ihre neurolinguistische Aufgabensammlung zur Entwicklung schriftsprachlicher Leistungen vor, deren theoretisches Fundament das funktionale Modell von Ellis und Young (1991) ist und das Aufschluß geben soll über intakte und gestörte schriftsprachliche Verarbeitungsprozesse wie auch Informationen bereitstellen soll für die therapeutische Intervention. Über die Variabilität aphasischer Symptome berichtete Holger Grötzbach anhand eines Fallbeispiels und machte sehr eindrucksvoll deutlich, daß der einfache Schluß von bestimmten aphasischen Symptomen auf eine bestimmte zugrundeliegende Störung nicht immer auch ein richtiger Schluß ist. Susanne Becker und Angelika Wankelmuth gaben Einblicke in Aufbau wie auch Durchführung von Gruppentherapien als Ergänzung zur Einzelbehandlung bei unterschiedlichen aphasischen Störungsbildern. Zudem stellten sie eine ganze Reihe geeigneter Spiele und Materialien für die Therapie mit Erwachsenen vor. Ulrike de Langen-Müller und Bernd Genal hatten im Rahmen der Griesbacher Fachgespräche 1993 ihr Konzept eines zweiphasigen Seminars für Angehörige hirngeschädigter Patienten vorgestellt und gaben nun einen Zwischenbericht, wie das Angebot von Angehörigen genutzt und aufgenommen wird. GANBA – ein neuropsychologisch orientiertes Untersuchungsverfahren für Global-Aphasiker wurde von Antje Hötter und Ulrike de Langen-Müller vorgestellt und auf seine sprachtherapeutische Relevanz hin untersucht. Zum Abschluß der Tagung berichtete Ernst G. de Langen über therapeutisch nutzbare linguistische Einflußvariablen bei Neglectdyslexie (auftretend beim häufigsten neuropsychologischen Syndrom bei rechtshemisphärischen Läsionen in Form einer halbseitigen Vernachlässigung der linken Raumhälfte).

Zusammenfassend kann man von einer in jeder Hinsicht sehr gelungenen und fruchtbaren Fachtagung sprechen. Das Klinikum Passauer Wolf als Tagungs-ort trug dazu durch eine großzügige Ausstattung und

beste Versorgung mit leiblichen Genüssen bei. Ihm gilt unser Dank wie auch insbesondere den beiden Organisatorinnen Susanne Becker und Ulrike de Langen-Müller, die alles bestens vorbereitet und koordiniert haben und auch für außerordentliche Leckerbissen im Rahmenprogramm gesorgt haben!

Wir freuen uns schon auf das nächste Jahr!

Johanna Wilgermeir

Vorschau

Im Heft 3/1995 werden weitere Tagungsbeiträge der XXI. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs in Hamburg veröffentlicht.

Wir **suchen** zur Erweiterung unseres Teams eine/n **Sprachtherapeut/in** mit Erfahrung in der **Kindertherapie**, auf Honorarbasis, für 3 Tage/Woche.

Sprachtherapeutische Praxis
I. Eicher, K. Bandomer Metzstr. 15,
81667 München/Haidhausen,
Tel.: 089/48 74 26

JAHRESFORTBILDUNGSTAGUNG DES DEUTSCHEN BUNDESVERBANDES FÜR LOGOPÄDIE e.V. 24.-27. Mai 1995 in Gera

Hauptthemen

Dysphagie Behandlung von Schluckstörungen
Früherziehung - Kindliche Sprechstörungen
Stimmstörungen - Stottern - Aphasie
Tests und Falldarstellungen zu logopädischen
Behandlungsschwerpunkten

Gerne senden wir Ihnen gegen Zusendung
eines mit DM 3,— frankierten DIN A 5 Rück-
umschlag unser Programm zu.

DEUTSCHER BUNDESVERBAND
FÜR LOGOPÄDIE e.V.
Augustinusstr. 9 d,
50226 Frechen,
Tel.: 02234/69 11 53

Psycholinguistischer Sprachver- ständnis- und Sprachentwick- lungstest

Ein wissenschaftlich fundiertes und praxis-
nahes Diagnosemittel für sprachliche
Auffälligkeiten bei vier- bis achtjährigen
Kindern.

Geprüft werden sprachliche, kognitive und
emotionale Verstehensleistungen sowie
sprachlich-expressive Fähigkeiten.

Mit **Kopiervorlagen** für die Protokollblätter
in Deutsch und Italienisch sowie Leerformu-
lare für eine örtliche Dialektfassung. Falls
die benötigten Gegenstände nicht vorhan-
den sind, kann ein Set aus lackiertem Holz
angefordert werden, das sich gut auch für
andere Zwecke in Therapie und Unterricht
eignet.

Manual und Protokollvorlagen (DM 54,—)
bei **BSSI Verlag**, P. Wettstein, Rütliweg 23,
CH - 8610 Uster, Tel. 0041/1 940 66 66,
Fax 0041/1 940 73 72.

Testfiguren aus Holz (DM 85,—) beim
St. Josefshaus, Herten, 79618 Rheinfelden,
Tel. 0 76 23 47 03 70.

23. Öffentliche Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung

Prophylaktische, therapeutische und pädagogische
Interventionen in Sprechwissenschaft/Sprecherzie-
hung

15.-17.9.95 an der Universität Leipzig

Anmeldung:

Universität Leipzig, Institut für Germanistik
Abt. Sprechwissenschaft/Sprecherziehung
Dr. Siegrun Lemke
Augustusplatz 9
04109 Leipzig
Tel.: 0341 / 71 931 29

Hirnleistungstraining per Computer

Fordern Sie unseren Katalog an.

Wir bieten Ihnen ein bewährtes umfangreiches Angebot an Software-Therapieprogrammen für Ihren PC zur gezielten Behandlung von Reaktionsstörungen, Konzentrations-, Wahrnehmungs- und Gesichtsfeldstörungen.

- Flexible Programmeinstellungen erlauben einen breit gefächerten Einsatz der Programme; Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Logopädie, Ergotherapie, Schulen etc. - stationär und ambulant.
- Kreative Therapiegestaltung: In der Mehrzahl der Programme bieten wir Ihnen EDITOREN, damit Sie Bilder oder Texte selbst in die Programme eingeben bzw. gestalten können.

Petra Rigling  **Reba-Service**®

Bahnhofstraße 13d • 76337 Waldbronn (Busenbach) • Telefon: 0 72 43 / 6 88 59 • Fax: 0 72 43 / 6 57 02

Kurs „Myofunktionelle Therapie“

Leitung: Anita M. Kittel, Logopädin

Mainz 21./22.4.95 Grundkurs

Tübingen 23./24.6.95 Aufbaukurs (nur f. Teilnehmer des Grundkurses)

Jena 01./02.9.95 Aufbaukurs (nur f. Teilnehmer des Grundkurses)

Tübingen 20./21.10.95 Grundkurs

Füssen 27./28.10.95 Grundkurs

Anmeldungen unter Angabe des Berufs und Telefon (dienstlich und privat): Anita M. Kittel, Karlstr. 16, 72764 Reutlingen.

Bestens eingeführte sprachtherapeutische Praxis

im Zentrum von Dortmund
abzugeben.

Chiffre: SP 29502

Fortbildungszentrum Nord

für Pädagogen, Therapeuten und Ärzte



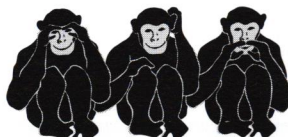
- ◆ Psychomotorik
- ◆ Diagnostik von Teilleistungsstörungen in der Kindesentwicklung
- ◆ Sensorische Integration
- ◆ Integrative Förderung in Kindergärten
- ◆ Sensomotorik und Schriftsprache
- ◆ Edu-Kinestetik
- ◆ Nikitin-Material
- ◆ NLP
- ◆ Gestaltpädagogik

Vollständiges Programm und Infos:
Grädenerstr. 15 • 20257 Hamburg
Tel. + Fax: 040/851 51 97

Videounterstützte (Aphasie-)Sprachtherapie

Die ideale Therapieunterstützung für den
Patienten in seiner häuslichen Umgebung.

Bestellen Sie unsere Therapievideos
jetzt 14 Tage unverbindlich zur Ansicht!



Alle vier
bis sechs
Wochen
Neuproduktionen!

- ▷ Thematische Orientierung an sprachpathologischen Defiziten
- ▷ Die ideale Verbindung von Wort, Schrift und Bild
- ▷ als Ergänzung zur ambulanten Therapie
- ▷ patienten- u. symptombezogen
- ▷ beliebig häufige Einsetzbarkeit zu Hause
- ▷ Themenfelder:
Benennen, Satzbau, Sprachverständnis, Lesen/Schreiben, Artikulation

P R O L O G
S C H M I D & E N D E R

Gesellschaft für
sprachtherapeutische
Hilfsmittel GbR

Schützenstraße 31-33
67061 Ludwigshafen

Weitere Informationen:

06 21/529 68 37

AudioLog

Computerprogramm zur Förderung der auditiven Funktionen

Ein Multimedia-Programmpaket für Therapie und Unterricht mit den Schwerpunkten:

- **Perzeption** Geräusche erkennen
- **auditives Gedächtnis** Geräusch- und Wortreihen behalten
- **akustische Sequenzen** Tonreihen verarbeiten
- **phonematische Diskrimination** 620 Minimalpaare

- Tonausgabe in hoher Qualität (ca. 1100 Wörter, 60 Geräusche)
- ca. 700 ansprechende Bilder
- 15 Spiele, Bild- oder Schriftmodus wählbar
- Windows-Umgebung
- benutzerfreundliche Bedienung

Weitere Informationen:

D-58239 Schwerte, Agnes-Tütel-Weg 5

02304/12972

flexof
EDUCATION
P A R I S

Fünftägiges Fortbildungsseminar
in Aumühle

Theorie und Therapie des Stotterns

Termine 1995: 26., 35., 43. KW,
weitere Termine 1996 geplant.

Kosten: DM 550,00 zzgl. Unterkunft
und Verpflegung. Ermäßigung für
Student(inn)en möglich.

Fordern Sie Programm und
Anmeldeunterlagen an!

Andreas Starke
Höperfeld 23, 21033 Hamburg

Einführung in die Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen

Atmung, Stimme, Sprache, Haltung und Bewegung in ihren Wechselwirkungen

Von Margarete SAATWEBER, 224 S., Idstein 1994, 2., überarb. Aufl.,
ISBN 3-8248-0019-5, kart., DM/sFr 32,00, öS 224,00

Die Schule Schlaffhorst-Andersen gründet ihre Arbeit auf die Erfahrung der Wechselwirkungen von Atmung, Stimme und Sprache, die ihre Gründerinnen Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen um die Jahrhundertwende an sich selbst machten. Die Schule wurde bereits in den 20er Jahren als "Rotenburger Atemschule" bekannt. Grundprinzip der Ausbildung war und ist die Eigenerfahrung der ausgebildeten Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und -Lehrer als Voraussetzung zur Erfüllung der pädagogisch-therapeutischen Aufgabe in der Gesundheitserziehung. Trotz der Schwierigkeiten, die die verbale Vermittlung einer Atem- und Stimmerfahrung bereitet, hat Margarete Saatweber erfolgreich Grundlagen und Ziele der ganzheitlichen Arbeit umfänglich dargestellt.

Zu beziehen ist dieses Buch über den
SCHULZ-KIRCHNER VERLAG, Postfach 9, D-65505 Idstein,
Tel. 0 61 26 / 93 20-0, Fax: 0 61 26 / 5 21 79



Kreiskrankenhaus Brackenheim

Landkreis Heilbronn

Der Landkreis Heilbronn eröffnet im August 1995 eine **Klinik für Geriatrische Rehabilitation** beim Kreiskrankenhaus Brackenheim mit 130 Planbetten betreut Patienten der Fachdisziplinen Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und HNO.

Logopädin/Logopäden

Die Einrichtung wird eigenständig beim Kreiskrankenhaus Brackenheim geführt. Das Kreiskrankenhaus Brackenheim mit 130 Planbetten betreut Patienten der Fachdisziplinen Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und HNO.

Wenn Sie sich für uns entscheiden, bieten wir Ihnen:

- ein Arbeitsverhältnis nach den Bestimmungen des BAT und die Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes
 - die nicht alltägliche Chance der Mitgestaltung beim Aufbau einer neuen Klinik
 - ein überschaubares Arbeitsfeld mit selbständigem Arbeiten in einem engagierten kleinen Team
 - berufliche und persönliche Perspektiven durch Fortbildungsmöglichkeiten
 - die Wahl zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung
 - eine Wohnmöglichkeit in unserem Personalwohnhaus mit Freischwimmbad
 - Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung
- Wir wünschen uns:
- Freude und Einsatzbereitschaft beim Aufbau dieser neuen Klinik
 - aktivierenden Umgang mit Patienten/-innen der Geriatrischen Rehabilitation sowie Einfühlungsvermögen und Verantwortungsbewußtsein
 - Kreativität und Aufgeschlossenheit
 - Bereitschaft zur Arbeit im therapeutischen Team

Reizt Sie die Mitarbeit beim Neuaufbau der Klinik für Geriatrische Rehabilitation? Wir würden uns über Ihre Bewerbung freuen.

Sind Sie interessiert, dann können Sie gerne anrufen bei unserer Pflegedienstleitung Frau Scholterer, Tel. 07135/101-191 oder 101-0 und Verwaltungsleiter Herr Schuler, Tel. 07135/101-100.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:
Kreiskrankenhaus Brackenheim
Verwaltungsleitung
Wendelstraße 11
74336 Brackenheim

Ruppiner Klinikum GmbH

Das Ruppiner Klinikum, Schwerpunkt-Krankenhaus mit 11 Haupt- und 2 Belegabteilungen bei 508 Planbetten sucht zur baldmöglichsten Einstellung eine/einen

Logopädin/Logopäden

Der Einsatz erfolgt in einer modernen geriatrischen Abteilung (geriatrische Akut-Rehabilitation) von 40 Betten. Zum Behandlungsschwerpunkt gehören Patienten mit Zustand nach Schlaganfall sowie Zustand nach Trauma.

Wir wünschen uns ausreichende Berufserfahrung, Engagement und Integrationsfähigkeit in das Geriatrische Team sowie spezielle Erfahrungen im Umgang mit älteren Patienten.

Die Vergütung erfolgt nach BAT-O.

Die Kreisstadt Neuruppin, Geburtsstadt Theodor Fontanes, liegt in reizvoller märkischer Landschaft mit Wald und Seen im Norden des Landes Brandenburg an der Autobahn 24, 80 Kilometer nordwestlich von Berlin.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bis **4 Wochen** nach Veröffentlichung an die

Ruppiner Klinikum GmbH
Personalabteilung
Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin

Unser dreigruppiger Heilpädagogische Kindergarten (24 Kinder insg.) sucht ab sofort eine/n

Logopäden/in oder Sprachtherapeuten/in

als Teilzeitkraft oder auch auf Honorarbasis für die Zeit des Erziehungsurlaubs bis voraussichtlich 11/97

Bewerbungen an

Diakonisches Werk, Bergstr. 121, 58095 Hagen
oder rufen Sie einfach an **Heilpädagogischer Kindergarten, Tel.: 02331 / 5 30 19**

ISST

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine Sprachtherapeutin. Freie Mitarbeit oder Angestelltenverhältnis ist möglich. Bewerbung an:

ISST

Institut für Stimm u. Sprachtherapie
Wasserstr. 25 • 59423 Unna
Tel.: 02303/8 68 88 od. 8 99 91

Anzeigenschluß

für Heft 3/95 ist der 3. Mai 1995

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

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

Sprachtherapeuten/in

oder

Logopäden/in

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

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

Längere Berufserfahrung oder Ausbildungsschwerpunkte in diesen Arbeitsbereichen wären von Vorteil. Ältere Bewerber sind gern gesehen.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT und richtet sich nach Ausbildung und Berufserfahrung.

FORTBILDUNG wird bei uns groß geschrieben.

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

Zur Vorabinformation steht Ihnen Herr Frahm unter Telefon (02603) 975-701 gern zur Verfügung.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen an:

DEUTSCH-ORDENS-HOSPITAL GmbH
Römerstraße 45/46
56130 Bad Ems



St. Gallische Rehabilitationsklinik Walenstadtberg/Schweiz

Wir sind eine Rehabilitationsklinik für neurologische und pneumologische Krankheiten mit Multiple Sklerose Zentrum.

Wir suchen eine/n

Logopädin/Logopäden

Teilzeit 50 - 80 %

Wir erwarten logopädische Behandlung der Sprech- und Sprachstörungen unserer Patienten mit MS, Hemiparesen, Morbus Parkinson und anderen neurologischen Erkrankungen. Gewünscht sind auch Erfahrungen (oder Interesse) in fazio-oraler Therapie (FOT).

Wir bieten selbständige Arbeit in enger Zusammenarbeit mit Ergo- und Physiotherapie, Psychologin, Sozialarbeiter, Pflegepersonal und Ärzten.

Die Klinik befindet sich in landschaftlich schöner Lage oberhalb des Walensees, Nähe Flumserberge, Bad Ragaz und Chur, eine Autostunde von Zürich.

Allfällige Anfragen und Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte an:

Dr. med. B. Frühauf
Chefarzt
Rehabilitationsklinik
CH-8881 Walenstadtberg
Tel. 0041-81-7336 21 11

DIE KLINIK BAVARIA SCHAUFLING

ist ein Rehabilitationszentrum mit den Fachdisziplinen Neurologie, Orthopädie, Innere Medizin und Psychosomatik.

Die Klinik hat für diese Disziplinen eine Kapazität von 500 Betten.

Unser Haus liegt zwischen Regensburg und Passau, nahe der Stadt Deggendorf am Rande des Bayerischen Waldes.

Wir suchen eine/n

Sprachtherapeuten/in

zum nächstmöglichen Termin oder nach Vereinbarung aus den Bereichen Logopädie, klinische Linguistik oder Sprachheilpädagogik.

Wir bieten:

- eine Tätigkeit in der Therapie von Aphasien.
- Dysarthrophonien, Lese-, Schreib- und Rechenstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen
- Mitarbeit in einem interdisziplinären Therapeutenteam
- großzügige interne u. externe Fortbildungsmöglichkeiten
- intensive Supervision bei allen Aufgaben

sowie

- eine der Tätigkeit angemessene Vergütung
- ein angenehmes Betriebsklima
- eine günstige Personalverpflegung
- vorübergehende Wohnmöglichkeit und Unterstützung bei der Wohnungssuche

Interessiert? Weitere Informationen erhalten Sie bei
Herrn Grötzbach (Tel. 09904/773330),
an den Sie bitte auch Ihre Bewerbungen richten.



KLINIK BAVARIA

Rehabilitationszentrum • 94571 Schaufling

Für meine Sprachheilpraxis in Sulingen suche ich eine(n)

Sprachheilpädagogin/en.

Arbeit in einem Team (1 Sprachheilpädagogin, 1 Logopädin, 1 Atem-, Sprech- u. Stimmlehrerin) und ein Patientenstamm mit unterschiedlichsten Störungsbildern erwarten Sie.

**Sprachheilpraxis
Renate Kurzke
Vogelsang 10, 27232 Sulingen
Tel. (04271) 4064/6403**

Wir suchen für unseren Sprachheilkindergarten in Walsrode zum 01.08.1995

1 Sprachtherapeutin/Sprachtherapeuten oder 1 Logopädin/Logopäde (für 30 Std./Woche)

Wir bieten: Vergütung nach BAT, Zusatzversorgung, engagiertes Team, Hilfe bei der Wohnungssuche. Walsrode ist ein attraktiver Anziehungspunkt am Rande der Lüneburger Heide mit vielen Freizeitmöglichkeiten. Sämtliche Schulzweige sind am Ort vorhanden.



Bitte richten Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungen an folgende Adresse:

Lebenshilfe für Behinderte, Kreisvereinigung Falling-bostel e.V., von-Stoltzenberg-Str. 11, 29664 Walsrode.

Für meine Sprachheilpraxis in Viersen suche ich eine(n)

Sprachheilpädagogen/in

Arbeit in einem Team und ein Patientenstamm mit unterschiedlichsten Störungsbildern erwarten Sie.

**Praxis für Sprachtherapie
Dr. E.M. Saßenrath-Döpke
Kreuzherrenstr. 29 ♦ 41751 Viersen
Tel.: 02162/42447 oder 02162/21438**

Suche für integrativen Kindergarten in Bad Oldesloe

Logopäden oder Sprachtherapeuten

Praxis f. Atem-, Sprech- u. Stimmtherapie

**F. Melzner-Gralfs
Königstr. 34, 23843 Bad Oldesloe
Tel.: vorm. 04531/7541**

Der regionale Kommunalverband der rheinischen Städte und Kreise



Der Landschaftsverband Rheinland ist einer der größten öffentlichen Arbeitgeber in Nordrhein-Westfalen.

In der Hugo-Kükelhaus-Schule, Rheinische Schule für Körperbehinderte Wiehl-Oberbantenberg, ist folgende Stelle zu besetzen:

LOGOPÄDIN / LOGOPÄDE

Hier werden ca. 110 Kinder und junge Erwachsene im Alter von 6 - 20 Jahren von montags bis freitags unterrichtet. Bei einem großen Teil der Schülerinnen und Schüler liegen schwerste Beeinträchtigungen im Sprechen und dadurch sehr starke Einschränkungen in der Kommunikation vor.

WIR SUCHEN SIE:

- Sind Sie Logopädin oder Logopäde mit staatlicher Anerkennung?
- Brauchen Sie die Möglichkeit, selbständig und kooperativ zu arbeiten?
- Meinen Sie nicht auch, daß intensive Elternarbeit, Engagement und Flexibilität erforderlich sind, um erfolgreich an und mit Schülerinnen und Schülern arbeiten zu können?

WENN SIE INTERESSIERT SIND, BIETEN WIR IHNEN:

- eine interessante Tätigkeit, die zunächst nach Vergütungsgruppe V c BAT für eine dreijährige Bewährungszeit vergütet wird. Danach wird das Gehalt - je nach Erfüllung der persönlichen Voraussetzung - nach Vergütungsgruppe V b, Fallgruppe 18 BAT angehoben.
- ein angenehmes Arbeitsklima in einem interdisziplinären Team
- ein umfangreiches hauseigenes Fortbildungsangebot
- eine zusätzliche Altersversorgung (die Beiträge zahlt der LVR)

HABEN SIE NOCH FRAGEN?

Dann wenden Sie sich bitte an den Schulleiter, Herrn Altz (Tel.: 02262/2034). Er wird Ihnen gerne weiterhelfen...

Frauen werden nach den Bestimmungen des Frauenförderungsgesetzes bei gleicher Qualifikation bevorzugt. Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation ebenfalls bevorzugt. Die Stelle ist durch Teilzeitkräfte besetzbar.

Bewerbungen senden Sie bitte innerhalb von zwei Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige, unter Angabe der Kennziffer, an den

**LANDSCHAFTS-
VERBAND
RHEINLAND**

Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
Kennziffer: 12/454.2

Klinik Wartenberg

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

Sprachtherapeut/in

zur Diagnostik und Behandlung von Aphasien und Dysarthrien bei Erwachsenen. Leistungsgerechte Verfügung.

Berufskleidung wird gestellt.

Wir haben ausreichend Personalwohnungen (verschiedene Größen, 1-Zi., 2-Zi.- oder 3-Zi.-Wohnungen) 100 m von der Klinik entfernt.

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

**Klinik Wartenberg, Prof. Dr. H. Selmair,
85456 Wartenberg**

Haus Hall

ist eine caritative Einrichtung der Behindertenhilfe im Westmünsterland. Haus Hall fördert und betreut geistig Behinderte in den Bereichen Heim, Frühförderung, Sonderkindergarten, Sonderschule und Werkstatt für Behinderte.

Zur intensiven sprachlichen Förderung der Betreuten ist sofort eine Halbtagsstelle als

Logopäde/Logopädin

zu besetzen.

Interessenten bitten wir, ihre Bewerbungsunterlagen zu schicken an den

**FB Medizin, Haus Hall,
Postfach 11 61, 48704 Gescher**



PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE LUDWIGSBURG

An der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg ist folgende Stelle zu besetzen:

1 Akademische Rats-/Oberratsstelle (A 13/ A 14) für Körperbehindertenpädagogik

(Kennwort: AR-KPäd)

Aufgaben: Lehrveranstaltungen, Schulpraxis, wissenschaftliche Dienstleistungen;

Arbeitsschwerpunkte: Sonder- und Schulpädagogik unter besonderer Berücksichtigung von Kommunikations- und Sprachstörungen bei Mehrfachbehinderungen, Grundlagen der Behandlung von Sprachstörungen für die Fachrichtungen Körperbehinderten- und Geistigbehinderpädagogik.

Qualifikationen: Abgeschlossenes Hochschulstudium in einschlägigen Fachrichtungen, bevorzugt in Körperbehindertenpädagogik. Erfahrungen in Therapie und schulischer Förderung bei Spracherwerbs- und Sprachverwendungsstörungen.

Die Pädagogische Hochschule Ludwigsburg strebt eine Erhöhung des Anteils von Frauen in Forschung und Lehre an und ist deshalb an Bewerbungen von Frauen besonders interessiert.

Schwerbehinderte werden bei entsprechender Eignung vorrangig eingestellt.

Bewerbungen unter dem angegebenen Kennwort werden bis **30. April 1995** mit den üblichen Unterlagen an den Rektor der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, Postfach 220, 71602 Ludwigsburg, erbeten. Bei Rückfragen: Telefon (07141) 140-0.

Klinik Holthausen

Klinik für Neurochirurgische Rehabilitation

**Am Hagen 20
45 527 Hattingen**



**Telefon (0 23 24) 96 60
Telefax (0 23 24) 96 67 16**

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Werner Ischebeck

Die Klinik Holthausen gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner Kuranstalt GmbH, einem seit 40 Jahren erfahrenen und erfolgreichen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen.

In unserem Haus werden Patienten behandelt, die nach neurochirurgischen Eingriffen und Schädel-Hirn-Traumen der weiteren intensiven Therapie bedürfen. Seit November 1994 ist die Klinik um einen Kinderbereich mit zusätzlichen 60 Betten erweitert worden.

Bei uns leistet ein junges und verantwortungsbewußtes Team aktiven Dienst am Menschen. Für die Erweiterung unserer therapeutischen Abteilungen und für unsere neue Kinderklinik suchen wir zum nächstmöglichen Termin engagierte

Sprachtherapeuten/-innen

oder

Logopäden/-innen

mit Berufserfahrung in der Behandlung von Aphasien, Dysarthrophonien sowie Kau- und Schluckstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Zu den ausgezeichneten Arbeitsbedingungen unserer Klinik, die in Kooperation mit der Universität Witten arbeitet, gehören unter anderem eine leistungsgerechte Vergütung, umfassende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersversorgung), vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und vieles andere mehr. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Frau Ophoff: m (02324) 966 558.

**Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die
Sprachtherapie der Klinik Holthausen.**

Eine Klinik der
Wittgensteiner
Kuranstalt GmbH

Bad Berleburg • Bad Ems • Grönenbach Hagen • Hattingen • Horumersiel • Leezen • Pulsnitz

DAS HEILPÄDAGOGIUM *an der Ostsee*

Heilpädagogische Einrichtung für stationäre Jugendhilfe und Erziehungshilfe mit klinisch-psychologischen Aufgaben und therapeutischer Förderung von entwicklungsverzögerten und behinderten jungen Menschen

Für sprachheiltherapeutische Aufgaben und heilpädagogische Therapien im Bereich der Erziehungshilfe und der Förderbeschulung suchen wir eine

Sprachheilpädagogin

(ggf. mit Lehrbef.)

und/oder eine

Sonderpädagogin bzw. Heilpädagogin

Unsere Therapeuten stehen in ständiger Kommunikation mit unseren Betreuungsgruppen und gruppenübergreifenden Fachdiensten.

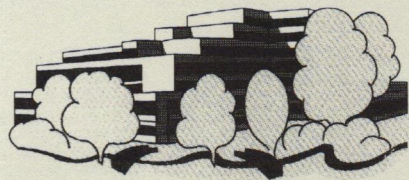
Unser Arbeitsfeld ist strukturiert und bietet eine fachliche Herausforderung. Für diese Aufgabe bevorzugen wir Bewerberinnen mit berufsspezifischen Kenntnissen und mehrjähriger Berufserfahrung. Die Stellendotierung richtet sich nach der beruflichen Qualifikation.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Bitte bewerben Sie sich schriftlich.

*Gerne erteilen wir Ihnen auch vorher telefonische Auskunft:
0 43 51/9 00 90 oder 0 43 51/31 81*

DAS HEILPÄDAGOGIUM AN DER OSTSEE
Stiftung f. Christliche-soziale Dienste
Brennofenweg 4 • 24340 Eckernförde
Telefon 04351/ 3181 oder 900 945





KLINIK AM OSTERBACH

— WERNER WICKER KG —

Für den stufenweisen Aufbau der

KLINIK FÜR KOMMUNIKATIVE REHABILITATION

— unter hals-nasen-ohrenärztlich-phoniatrischer Leitung —

suchen wir zum 1.5.1995 oder nach Vereinbarung

Logopäden/-innen

Sprachheilpädagoginnen/-innen

Sprachtherapeuten/-innen

Atem-, Stimm- und Sprechlehrer/-innen

Linguisten/-innen.

Für die **Leitung der Logopädieabteilung** freuen wir uns auf eine Bewerberin/ einen Bewerber mit klinischer Erfahrung und fachübergreifendem Interesse.

Unsere Klinik wird organisch bedingte, funktionelle, psychogene und psychosomatische Erkrankungen der Stimme, der Sprache und des Sprechens behandeln, mit dem Ziel der kommunikativen Rehabilitation (auch Tumornachsorgemaßnahmen, unter Betonung des ganzheitlichen Aspekts und in psychosomatischer Orientierung) in Zusammenarbeit mit der bestehenden Fachabteilung für Neurologische Rehabilitation.

Entsprechend Ihres Ausbildungsberufes, Ihrer Erfahrung und Neigung finden Sie Ihren Arbeitsschwerpunkt im umfangreichen und interessanten therapeutischen Spektrum.

Wir wünschen uns Mitarbeiter/-innen mit Interesse an interdisziplinärer Teamarbeit und Entwicklung eines integrativen Konzepts.

Eigeninitiative, Einsatzbereitschaft und Flexibilität finden im gemeinsamen Berufseinstieg im neuzubildenden Team mit Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegekräften, Physiotherapeuten beste Entwicklungschancen.

Wir bieten:

- neue Räume, moderne Geräte und Behandlungseinrichtungen
- die Möglichkeit, den Arbeitsplatz aktiv mitzugestalten
- leistungsgerechte Bezahlung und geregelte Arbeitszeit
- Supervision, externe und interne Weiterbildungsmöglichkeiten evtl. auch vor Tätigkeitsaufnahme Gewährung von externen Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend der hier vorgesehenen Tätigkeit.

Bad Oeynhausen, ein heilklimatischer Kurort, liegt an der Porta Westfalica im ostwestfälisch-lippischen Erholungsgebiet, am Rande des Weser- und Wiehen-Gebirges.

Informieren Sie sich durch einen Besuch über unser Haus und die Region.

Bewerbungen und Anfragen richten Sie bitte an

Klinik Am Osterbach
Am Osterbach 2
32545 Bad Oeynhausen
Telefon: 05731/159703

Möchten Sie Ihre Kompetenz als

Logopädin/Logopäde oder als Sprachtherapeut/in

in ein Team von anderen Fachkräften; Erzieher/innen, Psychologin, Motopädin, Heilpädagogin, einbringen?

Möchten Sie an der Fortschreibung unseres Konzeptes zum offenen Kompetenztransfer mitwirken?

Dann sollten Sie mit uns sprechen!

Als Lebenshilfe betreuen wir Kinder im

Sprachheilkindergarten

und im

Heilpäd. Kindergarten.



aus dem Großraum Soltau, im Herzen der Lüneburger Heide.

Es sind je eine Vollzeit- und eine Halbtagsstelle zu besetzen.

Wir nehmen uns Zeit

für ein Gespräch mit Ihnen!

Ihre Bewerbung oder Fragen richten Sie bitte an

Lebenshilfe Soltau e.V.

Celler Straße 167

29614 Soltau

Tel. 05191/50 13

Sprachtherapeutin

29 Jahre, seit 2 1/2 J. tätig in einer Reha-Klinik (Aphasien, Dysarthrien) sucht neue Stelle im Raum Ffm./OF/Da.

Chiffre: SP 29503

Diplom-Sprachheilpädagogin mit 3-jähriger Berufserfahrung (Sondertagesheim und Integration) sucht eine neue Herausforderung im Raum Herzogtum Lauenburg, Lüneburg bzw. im östlichen Bereich von Hamburg.

Chiffre: SP 29504

Diplom-Sprachheilpädagogin mit 2-jähriger Berufserfahrung **sucht neuen Wirkungskreis** (Arbeitsschwerpunkt Aphasie) in Köln oder Umgebung.

Chiffre SP 29500

Logopädin 24 J., seit Juli 91 tätig in Neuro-Reha-Klinik (Aphasie, Dysarthrie, Dysphonie, Kinder) sucht neue Stelle im Raum Aachen ab 01.07. oder später.

Chiffre SP 29501

verlag modernes lernen • Hohe Str. 39

D-44139 Dortmund

#010 000687

KUNDEN-NR: 002 083 281128

SCHILLING-SCHULE F. SPRACH

U. KÖRPERBEHINDERTE

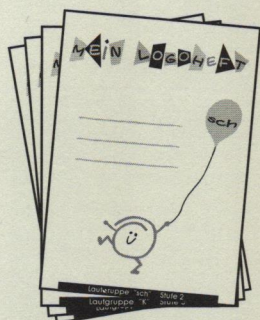
HERRN PROF. BIELFELD

PASTER-BEHRENS-STR. 81

12359 BERLIN

**21 LOGO - HEFTE**

Jetzt auch für "tr/dr" und "cht"



Format: DIN A4

Diese Hefte haben es in sich: Für insgesamt 7 Laute ('sch', 's', 'r', 'k', 'f', 'tr/dr' und 'cht') haben wir jeweils drei Hefte entwickelt, die Kinder mit Sprachstörungen optimal und auf spielerische Art während ihrer Therapie begleiten. Hierbei haben wir je ein Heft für LAUT-, SILBEN- und WORTEBENE ausgelegt (Stufen 1 bis 3).

Mit einem Einzelpreis von 4 DM sind unsere LOGO-Hefte nicht viel teurer als Kopien - sie können jedoch durch den Hef Charakter und das Layout entscheidend zur Motivation der Kinder beitragen. Die Hefte enthalten Ratespiele, Verwechslungsspiele, Würfelspiele und natürlich vieles zum Anmalen und Ausschneiden... - und jede Menge neue Ideen!

PAKET-PREIS: DM 69.-

(21 Logo-Hefte / inkl. MwSt. & Versand)

7 LOGO - QUARTETTE

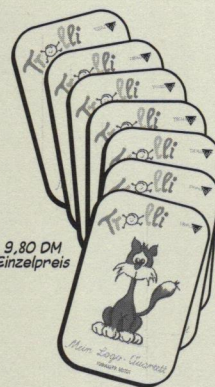
Mit unseren LOGO-Quartetten werden wir dem Wunsch vieler LogopädInnen und SprachheiltherapeutInnen gerecht, nach Lauten geordnete logopädische Kartenspiele für Kinder anzubieten.

Ab sofort lieferbar sind unsere sieben Quartette für die Laute 'sch', 's', 'r', 'f', 'k', 'tr/dr' und 'cht'.

Die Kartensätze (jeweils 32 bunte Spielkarten) sind nach dem Prinzip des Quartettspiels aufgebaut, können aber je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes für die unterschiedlichsten sprachmotivierenden Spiele eingesetzt werden.

PAKET-PREIS: DM 54.-

(7 Quartette / inkl. MwSt. & Versand)

9,80 DM
Einzelpreis**4 LOGO - Kassetten**

Eine völlig neue Idee: Diese Kinderkassetten sollen Kindern mit Sprachstörungen helfen, ihre sprachlichen Probleme auf unbewusste und spielerische Art in den Griff zu bekommen. Jede Kassette besteht aus einer durchgehenden Geschichte, die durch inhaltlich passende, modern arrangierte KinderPopSongs ergänzt wird.

Bei jeder Kassette steht ein zu fördernder Laut ('sch', 's', 'r' und 'k') im Vordergrund. Die Geschichten und Lieder wurden durch Einhaltung der LAUT-, SILBEN- und WORTEBENE so aufgebaut, daß das Kind an den jeweiligen Laut herangeführt wird.

PAKET-PREIS: DM 50.-

(4 MC's / inkl. MwSt. & Versand)

14,95 DM
Einzelpreis