

# Die Sprachheilarbeit

5/99

## Auf ein Wort

*Claudia Rauw, Katrina Rott*

## Hauptbeiträge

*Detlef Hansen, Hannover*

Wie die sprachdiagnostische Kompetenz durch  
sprachdiagnostisches Handeln gefördert werden kann  
– Eine empirische Untersuchung 252

*Jutta Cornelißen-Weghake, Dortmund*

Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung  
– Ein Beratungskonzept für Eltern stotternder Kinder 263

*Rosemarie Bins, Köln*

Depressive Veränderungen bei Aphasiepatienten aus  
sprachtherapeutischer Sicht 274

## Magazin

• dbs-Nachrichten • Rezensionen •  
Aus-, Fort- und Weiterbildung • Vorschau

44. Jahrgang/Oktober 1999

**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:*  
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin  
Telefon: 030/661 6004  
Telefax: 030/661 6024 oder 601 0177 (Schule Bielfeld)  
**dgs-Homepage:** [www.sprachtherapie.de/dgs](http://www.sprachtherapie.de/dgs)  
**Email-Adresse:** [dgs@sprachtherapie.de](mailto:dgs@sprachtherapie.de)

### Landesgruppen:

#### Baden-Württemberg:

Peter Arnoldy, Hundsbergstr. 48, 74072 Heilbronn

#### Bayern:

Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürnberg

#### Berlin:

Thomas Gieseke, Schönwalder Allee 62, 13587 Berlin

#### Brandenburg:

Michaela Dallmaier, Ringweg 3, 03099 Limberg

#### Bremen:

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

#### Hamburg:

Brigitte Schulz, Meiendorfer Mühlenweg 32,  
22393 Hamburg

#### Hessen:

Friedrich G. Schlicker, Tielter Str. 16,  
64521 Groß Gerau

#### Mecklenburg-Vorpommern:

Dirk Panzner, Steffenshäger Str. 4B, 18209 Reddelich

#### Niedersachsen:

Joachim Rollert, Sauerbruchweg 25, 31535 Neustadt

#### Rheinland:

Manfred Gerling, Antoniusweg 12, 53721 Siegburg

#### Rheinland-Pfalz:

Klaus Isenbruck, Am Buchbrunnen 14,  
55743 Idar-Oberstein

#### Saarland:

Frank Kuphal, Kurhofer Str. 5, 66265 Heusweiler

#### Sachsen:

Antje Leisner, Platanenstraße 14, 01129 Dresden

#### Sachsen-Anhalt:

Regina Schleiff, Pölkenstraße 7, 06484 Quedlinburg

#### Schleswig-Holstein:

Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,  
24146 Kiel

#### Thüringen:

Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26, 98617 Utendorf

#### 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 (0180) 534 01 30, Telefax: (0180) 534 01 20

### Anzeigen:

Unterlagen bitte an den Verlag senden. Gültig ist Preisliste Nr. 3/1997. Anzeigenleitung: Gudrun Nucaro, Jasmin Borgmann.

Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/12 80 09

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, Telefax (02 21) 4 70 21 28

Dr. Uwe Förster, Im Nonnenkamp 4, 31840 Hess. Oldendorf, Telefon und Telefax (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 zweifacher 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 Jahresschluß schriftlich beim Verlag vorliegen. Wichtig: Bei Umzug möglichst zuvor die neue und alte Adresse dem Verlag mitteilen.

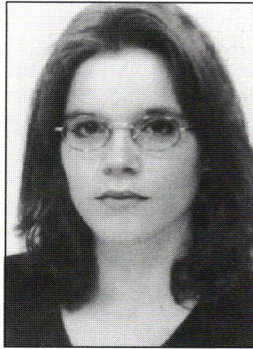
Der Bezieher erklärt sich damit einverstanden, daß bei Adressenänderungen die Deutsche Post AG, die ihr vorliegende Nachsendungsadresse dem Verlag unaufgefordert mitteilt, damit eine ordnungsgemäße Auslieferung gewährleistet ist.

### 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 eine Prospekt der Edition Wötzel VerlagsGmbH bei. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.





Claudia Rauw



Katharina Rott

# Auf ein Wort

## Die American Speech-Language-Hearing Association – Perspektivenwechsel als Chance

Im Rahmen eines Forschungskolloquiums zum Thema „Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie“ an der Universität zu Köln entstanden im vergangenen Jahr, in Anlehnung an das in der letzten Zeit viel diskutierte Qualitätskonzept nach Avedis Donabedian (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität), insgesamt fünf Diplomarbeiten zu verschiedenen thematischen Schwerpunkten. Den Mittelpunkt *unserer* Arbeit bildete eine vergleichende Untersuchung der strukturellen Rahmenbedingungen sowie der inhaltlichen Ausgestaltung der Hochschulausbildung für außerschulisch tätige Sprachtherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland und in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Im Rahmen unserer Recherchen via Internet und in den USA (am Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences der Boston University) wurde uns zunehmend deutlich, welche bedeutende und einflußreiche Funktion die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) als Berufs- und Fachverband der Sprach- und Hörgeschädigtentherapeuten in den Vereinigten Staaten von Amerika landesweit für die formale und inhaltliche Struktur der Ausbildungslandschaft übernimmt. Um einen genaueren Überblick über die Arbeit der ASHA zu bekommen, besuchten wir deren Zentrale in Rockville, Maryland, wo wir sehr freundlich empfangen und umfassend informiert wurden.

Die ASHA wurde 1925 als Non-Profit-Organisation gegründet und zählt mittlerweile mehr als 96.000 Mitglieder. In der bis heute fast 75-jährigen Zeit ihres Bestehens hat sich die ASHA zu einem komplex organisierten Verband entwickelt, dessen organisatorische und inhaltliche Leitung vom hauptamtlich beschäftigten Geschäftsführer zusammen mit dem ehrenamtlichen Verbandsvorstand und dem Beirat übernommen wird. Die Hauptaufgabe des Vorstandes besteht in der organisatorischen Leitung des Gesamtverbandes mit allen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Der Beirat setzt sich aus gewählten Vertretern der einzelnen Bundesstaaten sowie aus Vertretern der National Student Speech-Language-Hearing Association (einem Tochterverband der ASHA, s.u.) zusammen und initiiert, betreut und steuert die gesamte inhaltliche bzw. konzeptionelle Arbeit des Verbandes.

Die ASHA sieht ihren Auftrag darin, hohe professionelle Standards für alle Bereiche des sprachtherapeutischen Tätigkeitsfeldes zu entwickeln und deren Einhaltung fortlaufend zu prüfen, um die berufliche Qualifikation und Professionalität ihrer Mitglieder zu garantieren und so eine qualitativ hochwertige sprachtherapeutische Versorgung der US-amerikanischen Bevölkerung zu sichern. Dementsprechend zielen die von der ASHA erbrachten Leistungen von einer Interessenvertretung aller wissenschaftlich und klinisch-praktisch tätigen Angehörigen des Berufsstandes über eine Interessenvertretung der Studierenden sowie der sprachtherapeutisch zu versorgenden Klienten und deren Angehörigen auf ein umfassendes Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie.

Die inhaltliche Grundlage aller durch die ASHA entwickelten Konzeptionen bilden das sogenannte *mission statement* (eine Art Re-



solution über Aufgaben und Ziele des Verbandes), das sogenannte *scope of practice* (Handlungsprofil für das sprachtherapeutische Tätigkeitsfeld) sowie der sogenannte *code of ethics* (ethische Grundsätze des sprachtherapeutischen Handelns). Während im *mission statement* eine Beschreibung der durch den Berufsverband selbst zu erbringenden Leistungen im Vordergrund steht, beschreibt das *scope of practice* eher die verschiedenen Aufgabenbereiche der professionellen sprachtherapeutischen Tätigkeit. Der *code of ethics* bildet die für alle Mitglieder der ASHA verbindliche ethisch-moralische Grundlage sprachtherapeutischen Handelns. Bei einer näheren Betrachtung der drei hier erwähnten Dokumente wird deutlich, daß sie ein bestimmtes Selbstverständnis und eine bestimmte Philosophie zum Ausdruck bringen, welche sich in allen Konzeptionen des Verbandes spiegeln.

Zugeschnitten auf die jeweiligen Interessen der drei unterschiedlichen Gruppen von Mitgliedern bietet die ASHA ein sehr großes und facettenreiches Spektrum von Informationen und Serviceleistungen zu berufspolitischen und fachspezifischen Themen an. Verständlicherweise würde eine detaillierte Beschreibung aller Angebote an dieser Stelle zu weit führen (hierzu möchten wir auf die sehr ansprechend gestaltete Internetseite [www.asha.org](http://www.asha.org) verweisen). Besonders beeindruckt hat uns das bundesweit etablierte, von der ASHA betreute und staatlich anerkannte System der Akkreditierung von Hochschulen anhand spezieller Ausbildungsstandards und der auf diese Standards abgestimmten Zertifizierung von Sprachtherapeuten mit dem sogenannten „Certificate of Clinical Competence“ als Nachweis der professionellen Qualifikation zur Erbringung sprachtherapeutischer Leistungen. Auf berufspolitischer Ebene erfüllt das Akkreditierungs- und Zertifizierungssystem der ASHA eine vermittelnde Funktion zwischen dem Bildungswesen bzw. den Hochschulen einerseits und dem Gesundheitswesen andererseits.

Zu den angebotenen Serviceleistungen gehören bspw. die Bereitstellung einer umfassenden Referenzbibliothek mit verschiedenen Dokumentationen zur Arbeit des Berufsverbandes, zu fachspezifischen Forschungspro-

jekten und zur Situation auf dem sprachtherapeutischen Arbeitsmarkt sowie die Publikation von Informationsbroschüren und Ratgebern für Betroffene, deren Angehörige bzw. sonstige interessierte Leser. Darüber hinaus trägt die Verwaltung verschiedener Adressenlisten (z.B. über Anbieter sprachtherapeutischer Leistungen im gesamten Bundesgebiet der USA und über Selbsthilfegruppen) zur Repräsentation des sprachtherapeutischen Berufsstandes gegenüber der US-amerikanischen Öffentlichkeit bei.

Als besonderes Anreizsystem zur Werbung von Mitgliedern für den Berufsverband hat die ASHA verschiedene Sponsorenfonds zur Unterstützung von Forschungsprojekten gegründet und Rahmenverträge mit verschiedenen US-amerikanischen Firmen und Institutionen abgeschlossen, welche den Verbandsmitgliedern finanzielle Vergünstigungen z.B. beim Abschluß von Versicherungsverträgen, beim Kauf von Computern und Software für die therapeutische Arbeit oder bei der Teilnahme an interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen gewähren.

Zum Zeitpunkt unserer Reise erschienen uns aus unserer eigenen Situation heraus natürlich die Angebote der ASHA für Studierende besonders bemerkenswert. Wie bereits erwähnt, werden die spezifischen Interessen von Studierenden im Bereich Sprachtherapie von der National Student Speech-Language-Hearing Association (NSSLHA) vertreten. Diese wurde 1972 gegründet, hat ihre Hauptzentrale im gleichen Gebäude wie die ASHA, ist mittlerweile an über 280 Hochschulen in den USA direkt vertreten und zählt über 18.000 Mitglieder. Durch die gegenseitige Präsenz im Vorstand der ASHA und der NSSLHA sind beide Verbände sehr eng miteinander verbunden und in ihrer formalen und inhaltlichen Arbeit stark aufeinander bezogen. Eine Mitgliedschaft in der NSSLHA bietet Studierenden die Möglichkeit, bereits mit dem Beginn der Hochschulausbildung aktiv am berufspolitischen Geschehen teilzunehmen und darüber hinaus z.B. finanzielle Unterstützung für Forschungsprojekte im Rahmen von Abschlußarbeiten sowie bei der professionellen Zertifizierung nach Abschluß der Ausbildung in Anspruch zu nehmen. In Anerkennung ihres organisatorischen und fachlichen



Potentials werden die Studierenden als zukünftige Sprachtherapeutinnen und -therapeuten von NSSLHA und ASHA gemeinsam durch eine frühe Einbindung in die Verbandsarbeit gezielt auf die spätere Mitgliedschaft in der ASHA vorbereitet.

Als übergreifenden Mittelpunkt der Arbeit im Berufsverband möchten wir abschließend noch kurz die sogenannte „Annual Convention“ erwähnen, einen jährlich als Teil des Fort- und Weiterbildungsangebotes der ASHA stattfindenden Kongreß, wo neben Vorträgen, Workshops und Seminaren auch eine Stellenbörse und eine Fachmesse zu besuchen sind, und wo einzelne Gremien des Verbandes zu Arbeitstreffen zusammenkommen.

Alle hier überblickend dargestellten Leistungen und Aktivitäten der ASHA sind darauf ausgelegt, als Elemente der Strukturqualität die Qualität der sprachtherapeutischen Dienstleistung insgesamt langfristig positiv zu beeinflussen. Am Beispiel der ASHA haben wir erlebt, wie das professionelle sprachtherapeutische Selbstverständnis durch das organisatorische und inhaltliche Engagement aller hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitglieder gestärkt wird bzw. wie es einheitlich nach innen und gegenüber der Öffentlichkeit repräsentiert wird und so zu einer effektiven und konstruktiven Zusammenarbeit — im Verband wie auch in der sprachtherapeutischen Praxis — beiträgt.

Die Erkenntnisse, die wir durch unsere Einblicke in die Arbeitsweise der ASHA erlangt haben, ließen uns die strukturellen Veränderungen der Sprachheillandschaft in Deutschland mit anderen Augen betrachten. Mit Blick auf unseren noch sehr jungen Berufsverband, den dbs, erscheint uns der Gedanke reizvoll, die Arbeitsweise von ASHA und NSSLHA detaillierter zu betrachten und zu überlegen, inwieweit einzelne Aspekte für die organisatorische und inhaltliche Arbeit im dbs nutzbar gemacht werden können, um das bereits bestehende Serviceangebot noch weiter auszubauen und in einen konzeptuellen Rahmen zu stellen. Aus unserer Perspektive erscheint

es z.B. sinnvoll, als ersten Schritt einer Standortbestimmung Aufgaben und Ziele sowohl für den dbs als auch für die weitere Zusammenarbeit der Gemeinsamen Konferenz aller sprachtherapeutischen Berufsverbände in Deutschland im Sinne eines *mission statement* zu definieren.

Nachdem die berufspolitische Hauptaufgabe der AGFAS bzw. des dbs lange Zeit darin bestand, den Berufsstand der akademisch ausgebildeten Sprachheilpädagogen zu „retten“, rückt nun die lange ersehnte gesetzliche Etablierung des sprachtherapeutischen Heilberufes näher. Unseres Erachtens wäre gerade jetzt der richtige Zeitpunkt, über ein gemeinsames sprachtherapeutisches Selbstverständnis und ein einheitliches Handlungsprofil nachzudenken und darauf aufbauend Qualitätsziele sowie -leitlinien und -standards zu formulieren und zu diskutieren, um eine gemeinsame Identität zu schaffen und gleichzeitig eine Abgrenzung zu anderen medizinischen Heilberufen wie z.B. Ärzten und Psychologen zu ermöglichen.

Wir sind uns der Problematik bewußt, daß ein direkter Vergleich der Arbeit von ASHA und dbs aufgrund der sehr unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. in bezug auf die Größe des Landes oder die Voraussetzungen in Bildungs- und Gesundheitswesen) nicht möglich ist, doch ein Blick in die Ferne lohnt sicherlich.

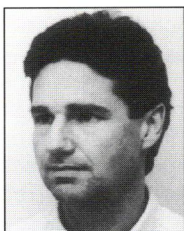
Claudia Raus

Katharina Rott

(Die Autorinnen haben ihr Studium im Sommersemester 1999 an der Universität zu Köln abgeschlossen und nehmen voraussichtlich im Herbst des Jahres ihre sprachtherapeutische Tätigkeit auf.)



## HAUPTBEITRÄGE



Detlef Hansen, Hannover

## Wie die sprachdiagnostische Kompetenz durch sprachdiagnostisches Handeln gefördert werden kann – Eine empirische Untersuchung

### Zusammenfassung

In einer empirischen Studie wird untersucht, ob sprachdiagnostisch relevante linguistische Kenntnisse aus dem Bereich der Grammatik durch die Arbeit mit der Computerunterstützten Profilanalyse (COPROF) effektiv vermittelt werden können, d. h. ob sich COPROF gleichsam als eine Art Lernprogramm erweist und damit zur Verbesserung der diagnostischen Kompetenz von Sprachbehindertenpädagogen beiträgt.

Eine Versuchsgruppe (VG) von 52 Studenten der Sonderpädagogik arbeitete in einem Semester 2 Stunden pro Woche mit COPROF, während eine per Vortest als leistungsgleich ermittelte Kontrollgruppe (KG; n=51) stattdessen ein themenbezogenes Seminar besuchte. Im Nachtest schnitt die VG deutlich besser ab als die KG. Die Varianz der Vor-/Nachtestleistungen der beiden Gruppen wurde mittels Regressions-Transformation und Mann-Whitney U-Test statistisch überprüft. Die Leistungsunterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe im Nachtest stellten sich als hoch signifikant heraus ( $\alpha = 1\%$ ).

COPROF unterstützt den Anwender demnach nicht nur bei der praktischen Arbeit, sondern vermittelt ihm darüber hinaus linguistische Kenntnisse, die ihm eine fachgerechte deskriptive Analyse sprachlicher Strukturen ermöglichen. Damit wäre eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung der sprachdiagnostischen Kompetenz geschaffen.

### 1. Einleitung

Sprachdiagnostik als das Gesamt der Erkenntnisbemühungen um den individuellen Ausprägungsgrad der muttersprachlichen Kompetenz und die kommunikativ-pragmatischen Verwendungsmöglichkeiten der Muttersprache ist unverzichtbare Voraussetzung für jede sprachtherapeutische Intervention. Im Verlauf der Therapie dient sie außerdem dazu, Veränderungen sichtbar zu machen und eine zielgerechte Anpassung des therapeu-

peutischen Handelns in Abhängigkeit vom jeweils ermittelten *status quo* und der pädagogisch zu begründenden Förderziele zu ermöglichen.

Sprachdiagnostik bezieht sich auf sehr unterschiedliche und komplexe Untersuchungsgegenstände. Neben der Ermittlung spezifischer sprachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten auf verschiedenen linguistischen Ebenen (Phonetik, Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik, Prosodie, Textematik) müssen auch die pragmatischen und kommunikativen Dimensionen der Sprachbeherrschung sowie die Lebensbedeutsamkeit sprachlicher Auffälligkeiten, Störungen oder Behinderungen erfaßt werden. Entsprechend groß ist die Vielfalt der diagnostischen Methoden und Vorgehensweisen.

Zu den Verfahren, die ausschließlich der Erfassung formal-sprachlicher Fähigkeiten dienen, gehört das von Crystal et al. (1976) entwickelte LARSP (Language Assessment Remediation and Screening Procedure). Es handelt sich um ein linguodiagnostisches Verfahren, mit dessen Hilfe der Entwicklungsstand von Kindern im Bereich der Grammatik sehr genau beschrieben werden kann. LARSP wird im englischsprachigen Raum mit Erfolg in der Praxis eingesetzt (Crystal 1979). Die Datenbasis für die detaillierte Beschreibung des kindlichen Sprachentwicklungsstandes bilden spontansprachliche Äußerungen, die systematisch in Hinblick auf eine bestimmte Menge grammatischer Merkmale analysiert werden. Die Ergebnisse dieser Analysen werden in Form von Entwicklungsprofilen dargestellt und ermöglichen neben der Be-



stimmung des grammatischen Entwicklungsstandes auch die Feststellung und linguistische Präzisierung von Entwicklungsauffälligkeiten sowie die Ableitung individueller, entwicklungsproximaler Lernziele.

## 2. Die Profilanalyse

Ein auf der Idee des LARSP basierendes sprachdiagnostisches Verfahren für das Deutsche liegt seit 1986 in Form der Profilanalyse vor (Clahsen 1986). Auch dieses Verfahren basiert auf der systematischen linguistischen Analyse spontansprachlicher Äußerungen, die der Beschreibung und Beurteilung des grammatischen Entwicklungsstandes dient. Im Unterschied zu LARSP wird hier jedoch nicht nur eine deskriptive Analyse sprachlicher Oberflächenstrukturen vorgenommen, sondern darüber hinaus die Rekonstruktion der kindlichen Übergangsgrammatiken angestrebt. Es können also nicht nur Abweichungen und Fehler in den kindersprachlichen Äußerungen ermittelt werden. Vielmehr erlaubt die Profilanalyse eine psycholinguistische Evaluation des beschriebenen Erwerbsstandes und die Aufdeckung spezifischer entwicklungsrelevanter Strukturen und Funktionszusammenhänge im grammatischen System des Kindes (Clahsen 1989). Auf der Grundlage des Entwicklungsprofils, in das die Analyseergebnisse eingetragen werden, ist ein direkter Vergleich der jeweiligen Daten mit den empirischen Ergebnissen zum Entwicklungsverlauf bei sprachunauffälligen Kindern möglich. Anders als bei den herkömmlichen sprachdiagnostischen Verfahren ist der Maßstab für die Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes hier nicht die Erwachsenensprache, sondern die Kindersprache in ihren einzelnen Entwicklungsphasen und Übergangsgrammatiken. Mit der psycholinguistischen Evaluation eröffnet die Profilanalyse neue Möglichkeiten der gezielten sprachtherapeutischen Einflußnahme auf den Prozeß des Grammatikerwerbs und neue Entwicklungsmöglichkeiten für psycholinguistisch begründete Formen der Sprachtherapie bei Dysgrammatismus (Dannenbauer 1992a, 1992b, Hansen 1994, 1996a).

Bei der Durchführung der Profilanalyse zum Zweck der Sprachdiagnose müssen mindestens 100 kindersprachliche Äußerungen pro

Beobachtungszeitpunkt analysiert werden. Dabei werden verschiedene grammatische Bereiche, für die der Profilbogen Erwerbsreihenfolgen und Regularitäten ausweist, berücksichtigt:

- Wort- und Konstituentenstrukturen; i.e. Wortarten und die interne Struktur syntaktischer Konstituenten (wie z.B. Nominalphrasen, Präpositionalphrasen),
- Flexionsmorphologie; Markierungen für Kasus und Subjekt-Verb-Kongruenz,
- Satzstrukturen; i.e. Wortstellung in Haupt- und Nebensätzen sowie Komplementstrukturen,
- Negation; i.e. Art und Stellung von Negationselementen,
- Fragen; insbesondere Wortstellung in direkten und indirekten Fragesätzen und der Gebrauch von Interrogativpronomen.

Bei der Analyse muß jede Äußerung in Bezug auf die für ihren Typ in Frage kommenden Kategorien überprüft werden. Ein Beispiel soll verdeutlichen, daß dies schon bei einer einfachen Äußerung einigermaßen schwierig ist:

### (1) *roter lutscher möchte ich jetzt wegtun*

Diese Äußerung weist die folgenden für die Grammatikanalyse relevanten Merkmale auf, die nach ihrer Feststellung den entsprechenden Kategorien und Strukturen des Profilbogens zugewiesen werden müssen:

1. nicht-elliptische Mehrkonstituentenäußerung; 6 Wörter
2. Subjekt: Personalpronomen (Kasus: Nominativ)
3. verbale Elemente: Modalverb und Präfixverb im Infinitiv
4. Verbflexion: e; Subjekt-Verb-Kongruenz
5. direktes Objekt: AdjN
6. Auslassung: Artikel
7. Kasus: Nominativ im Akkusativkontext
8. Adverbial: Adverb
9. Komplementstruktur: (V) XA
10. syntaktische Struktur: (X) Mod Y Inf
11. syntaktische Struktur: X V S (Y)

Die Einzelmerkmale aller Äußerungen eines Korpus werden schließlich zusammengefaßt und die Werte in den Profilbogen übertragen (Abb. 1).



|       |        |        |            |
|-------|--------|--------|------------|
| Name: | Alter: | Datum: | Situation: |
|-------|--------|--------|------------|

---

A. Nicht-analyisierte Äußerungen

|                          |   |                       |   |
|--------------------------|---|-----------------------|---|
| unverständlich :         |   | abgebrochen :         |   |
| mehrdeutig :             |   | imitativ :            |   |
| einfache Antworten :     | 5 | stereotype Ausdrücke: |   |
| formalisierte Ausdrücke: | 1 | Andere :              | 5 |

---

B. Analyisierte Äußerungen

|           |     |     |     |                   |
|-----------|-----|-----|-----|-------------------|
|           | EKÄ | ZKÄ | MKÄ |                   |
| Ellipsen: | 5   |     |     | Wiederholungen: 2 |
| Andere :  | 17  | 25  | 55  |                   |

---

C. Entwicklungsprofil

---

I N : 27 Pr : 1 Frage: Q: 2 Negation: 'nein': 2

---

II ProP : 28 ProA : 30 SV: 7 VS: SO: 6 OS: SA: AS: 2  
 DN : 35 AdjN : VO: OV: 1 VA: 1 AV: 3 OA: 4 AO:  
 DAdjN: NPNP : AA: 4 Andere:  
 Adv : 70 PNP : 2  
 V : 46 Adj : 4 Frage: QXY: 1 Negation: Neg V:  
 PrV : 6 Andere: 1 V Neg:

O: 31 n: t:

---

III Auslassungen Kop: 6 Aux: 3 V:19 --  
 P : 2 Art:19 S:20

---

|         |          |               |              |              |
|---------|----------|---------------|--------------|--------------|
| Aux :   | SXV :13  | XS(Y)V : 8    | XYV : 5      | SXY : 4      |
| Mod :   | SXAdj :  | XS(Y)Adj : 1  | XYAdj :      | X(Y)S(Z)*: 3 |
| Kop : 3 | SXPr(V): | XS(Y)Pr(V): 2 | XYPr(V):     | XYZ :        |
|         | SXPt : 1 | XS(Y)Pt : 1   | XYPt :       | Andere : 2   |
|         | SVX : 4  | XSVY : 1      | (X)VY(Z)*: 2 |              |

Gen.suff.:  
 e : 1 Frage: QXYZ: Negation: (X)Neg(Y)V(Z)\*: 1  
 Andere: 3

---

IV Komplementstruktur --  
 (V)XA:31 (V)XAA: Andere:

---

|               |                |               |              |
|---------------|----------------|---------------|--------------|
| Nominativform | (X) Aux Y Pt : | (X) V Y Pr: 2 | X V S (Y): 3 |
| Akk.kon.: 7   | (X) Mod Y Inf: | (X) V A O :   |              |
| Dat.kon.:     | (X) Kop Y Adj: |               |              |

st:  
 Andere:20 Frage: (w) V S (X): Negation: (X) V Neg (Y)\*: 3  
 Q V S (X):

---

V Akkusativform (sK)SXV: (sK)SV: (sK)X :  
 Akk.kon.: (sK)XV : (sK)SX: Andere:  
 Dat.kon.: 1

Frage: (ob) X: Negation: (sK) X Neg V :  
 (w) X: (X) V Y Neg (Z): 1

Dativform:  
 Andere :14

Komplementstruktur  
 2Obj: 1 2Obj+A: Andere:

---

MLU: 2.92 EWÄ: 13 ZWÄ: 27 MWÄ: 63

Abb. 1: Profilbogen



Es besteht weitestgehend Einigkeit darüber, daß linguistische Untersuchungen der kindlichen Spontansprache große Vorteile gegenüber herkömmlichen Sprachentwicklungs-tests und informellen Untersuchungsverfahren haben. Das Verfahren der Profilanalyse wird als eine wichtige Ergänzung zu den anderen sprachdiagnostischen Methoden angesehen (Dannenbauer 1992a, Heidtmann 1988, Nebel 1990, Rothweiler et al. 1995), gleichzeitig werden aber auch zum Teil gravierende Schwierigkeiten in der praktischen Durchführung angeführt. Die Kritik richtet sich im wesentlichen auf folgende Punkte:

- Viele der linguistischen Analysekatoren und Begriffe sind dem Praktiker aufgrund seiner Ausbildung nicht bekannt. Anders als z.B. in Großbritannien, der Schweiz, den Niederlanden und Israel, wo Sprachanalysen selbstverständlich zum logopädischen Untersuchungsrepertoire gehören und ihre Durchführung gelehrt wird (Crystal 1979, 1982; Penner/Zimmermann 1991; Bol/Kuiken 1988; Berman et al. 1982), werden hierzulande grundlegende Linguistikenkenntnisse in der Ausbildung zum Sprachbehindertenpädagogen oder Logopäden nur unzureichend vermittelt. An den Hochschulen entscheidet oft die zufällige personelle Besetzung der Dozentenstellen darüber, ob überhaupt ein diesbezügliches Lehrangebot besteht.
- Die Durchführung der Profilanalyse ist unübersichtlich, so daß sich zu den systematischen, auf mangelnden Vorkenntnissen und fehlender Erfahrung beruhenden Fehlern meist eine große Zahl von Zufallsfehlern addiert. Wie die Erfahrungen in der Forschung zeigen, unterlaufen selbst routinierten Sprachwissenschaftlern Fehler, die u. a. darin bestehen, daß einzelne Strukturmerkmale bei der Analyse einfach übersehen werden. Diese Schwierigkeiten können auch nach langer Einarbeitungszeit und großer Arbeitsroutine nicht völlig ausgeschaltet werden.
- Es gibt keinerlei direkte Hilfen und Anleitungen bei der Durchführung der Analyse und keine Kontrollmöglichkeiten, die die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sichern könnten.

- Die Profilanalyse ist nicht praxistauglich, weil sie zu zeitaufwendig ist. Einschließlich der Berechnung der einzelnen Werte, der Erstellung eines Profilbogens und zusätzlicher Listen und Tabellen, die für die psycholinguistische Evaluation wichtig sind, und schließlich der Interpretation der Ergebnisse selbst beträgt der Zeitaufwand für eine Gesamtanalyse mehrere Stunden. Hinzu kommt noch der Aufwand für die Erhebung der Spontansprachdaten, so daß pro Diagnose meist mehr als ein Arbeitstag anzusetzen ist (vgl. auch Hanke 1987, 210).

Profilanalysen auf der Grundlage von Spontansprachproben sind herkömmlichen Verfahren der Sprachdiagnostik in wesentlichen Punkten überlegen. Sie liefern therapie-relevante Informationen, die auf anderem Weg nicht zu erhalten sind. Deshalb wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Vorschlägen zur Vereinfachung des Verfahrens erarbeitet. Auf der Grundlage der Profilanalyse entwickelte eine Projektgruppe am Klinikum der RWTH Aachen ein Screening-Verfahren zur Feststellung der morphologischen und syntaktischen Fähigkeiten von Kindern, das mit weniger Aufwand in der Praxis eingesetzt werden kann (Behrenbeck et al. 1990; Schrey-Dern 1990). Bertz (1991) legt ein „morpho-syntaktisches Entwicklungsgitter“ vor, das ebenfalls einfacher einzusetzen sein und somit den Anforderungen der Praxis besser gerecht werden soll.

Die vereinfachten Verfahren haben jedoch den Nachteil, daß sie viele diagnostische Informationen, die für die Therapie relevant sind, nicht liefern. Diesen Nachteil sehen die Autoren durchaus:

„Auch wenn man sich bei der Durchführung und Anwendung des Screenings in der logopädischen Praxis im wesentlichen auf die vorgestellte Handanweisung stützen kann, ist die Kenntnis des Profilbogens von H. Clahsen unerlässlich. Denn in Einzelfällen kann es wie schon erwähnt sinnvoll sein, mehr als die im Minimalkatalog des Screenings erfaßten grammatischen Merkmale in die Analyse einzubeziehen.“ (Behrenbeck et al. 1990, 35)

Wenn das Screening den Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung erhärtet hat und für die Therapieplanung detailliertere Informationen benötigt werden, muß also eine aus-



fürliche Profilanalyse durchgeführt werden. Grobgerasterte Screening-Verfahren können aufwendige linguistische Analysen keinesfalls ersetzen und tragen deshalb zur Lösung der beschriebenen Probleme nicht wesentlich bei.

Mit ESGRAF (Motsch 1999) liegt seit neuestem eine weitere Alternative vor. Es handelt sich dabei um ein Verfahren, mit dessen Hilfe in vorstrukturierten Spielhandlungen zeitökonomisch und mit großer Verlässlichkeit analyserelevante Spontansprachdaten gewonnen werden können. Für die Auswertung der Daten stellt ESGRAF einen vereinfachten und übersichtlicheren Profilbogen zur Verfügung. Der entscheidende Fortschritt liegt in der strukturierten Methode zur Datengewinnung, während für die Analyse der Daten kein grundsätzlich neues Verfahren angeboten wird. Es entspricht dem herkömmlichen Vorgehen, bei dem der Untersucher die linguistischen Merkmale der Äußerungen erfassen und den Analysekatégorien des Profilbogens zuordnen muß. Vereinfacht wird diese Prozedur im wesentlichen *durch den Wegfall vieler Analysekatégorien und die übersichtlichere Darstellung* (Motsch/Hansen 1999).

### 3. COPROF – Problemlösung durch Computereinsatz

Die Suche nach anderen Wegen und Möglichkeiten der Verringerung des Durchführungsaufwandes für Profilanalysen führte zur Entwicklung des Computerprogramms COPROF (Computerunterstützte Profilanalyse, Clahsen/Hansen 1991). COPROF ist ein einfach zu bedienendes, interaktiv gestaltetes Programm, das viele der mit der herkömmlichen Profilanalyse verbundenen Probleme weitestgehend ausschaltet, indem es den Analyseprozeß steuert und so die Durchführungszeit und den Arbeitsaufwand erheblich reduziert. Aus der Sicht des Benutzers ist der Analyseablauf denkbar einfach: Er gibt die zu analysierenden Äußerungen über die Tastatur des Computers ein und beantwortet eine Reihe von Fragen, die das Programm in Abhängigkeit von Äußerungslänge, Äußerungstyp, vorkommenden Äußerungselementen etc. jeweils stellt. Die Abfragen erfolgen in Form von automatisch auf dem Bildschirm

erscheinenden Eingabemasken und erfordern in den meisten Fällen einfache Ja-Nein-Entscheidungen. Intern überprüft COPROF bei jeder Äußerung die Vollständigkeit der Datenanalyse und erhöht damit die Durchführungsobjektivität des Verfahrens. Das Programm errechnet aus allen Angaben die Analyseergebnisse und gibt sie in Form von Profilbögen, Listen und Reports über Monitor, Drucker oder als ASCII-Datei aus. Mit COPROF wird der Zeitaufwand für eine vollständige Profilanalyse auf einen Bruchteil der herkömmlichen Analyse reduziert. COPROF wird als Forschungsinstrument im Rahmen verschiedener DFG-Projekte zur Spracherwerbsforschung, zur Aphasieforschung sowie als Diagnoseinstrument bei kindlichen Spracherwerbsstörungen (Dysgrammatismus) in der sprachtherapeutischen Praxis mit Erfolg eingesetzt. Die positiven Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit COPROF sind inzwischen auch in der Fachliteratur dokumentiert (Rothweiler et al. 1995).

Ein entscheidender Vorteil der Computerunterstützten Profilanalyse liegt darin, daß Arbeitszeit und Arbeitsaufwand ohne den geringsten Verlust diagnostisch relevanter Informationen reduziert werden. Die zahlreichen Sortier- und Reportfunktionen von COPROF stellen sogar zusätzliche Informationen bereit, die ohne die Hilfe des Computers nur mit sehr viel Aufwand – und das bedeutet in der Praxis meist: überhaupt nicht – zu erhalten sind.

### 4. Wünschenswerte Nebenwirkungen von COPROF

Fachgerechte Sprachanalysen können nur auf der Basis ausreichender linguistischer Kenntnisse durchgeführt werden. Außerdem sind psycholinguistische Kenntnisse über sprachliche Erwerbsverläufe unverzichtbar, wenn man aus den Analyseergebnissen sprachdiagnostische Schlußfolgerungen ziehen und Handlungskonsequenzen für die Therapie mit dysgrammatisch sprechenden Kindern ableiten will. Ein fundiertes Wissen darüber, wie man Sprache wissenschaftlich beschreiben und Komponenten der Sprachfähigkeit rekonstruieren kann, gehört zum Handwerkszeug des Sprachtherapeuten. Es stellt eine der vielen Grundqualifikationen dar,



die es ihm erst ermöglichen, seine pädagogischen Entscheidungen unter Einbeziehung von Theorien, Erkenntnissen und Methoden aus anderen Disziplinen wissenschaftlich zu begründen.

Ob und inwieweit Sprachbehindertenpädagogen über linguistische Kenntnisse verfügen, die ihnen detaillierte Sprachdiagnosen ermöglichen, ist meines Wissens noch nicht systematisch untersucht worden. Wie bereits erwähnt, dürfte es hier beträchtliche Defizite und Hürden geben. In Fachgesprächen beklagen Praktiker selbst immer wieder, daß sie sich diesbezüglich unzureichend ausgebildet fühlen und die Beschäftigung mit sprachwissenschaftlichen Fragestellungen und Verfahren meist schon nach wenigen Anläufen aufgegeben haben. Auch in der sprachbehindertenpädagogischen Fachliteratur fristen linguistische Themen trotz ihres engen inhaltlichen Bezuges zu den Forschungs- und Handlungsfeldern des Faches eher ein Schattendasein (Hansen 1996b). Es kann unter diesen Umständen kaum verwundern, daß sich psycholinguistisch begründete Methoden der Sprachtherapie trotz ihrer Wirksamkeit keiner allzu großen Beliebtheit erfreuen (Hansen 1994).

Mit Hilfe von COPROF sollten Sprachtherapeuten auch auf der Grundlage lückenhafter linguistischer Kenntnisse Sprachanalysen durchführen können. COPROF enthält ein Programmmodul, das dem Anwender hilft, Wissenslücken zu beseitigen und die jeweils richtigen Entscheidungen bei der Analyse zu treffen. Durch Betätigen einer Funktionstaste kann er während der Arbeit mit COPROF Hilfsfunktionen aufrufen. Auf dem Bildschirm erscheinen dann Erklärungen zu linguistischen Begriffen, Definitionen, Erläuterungen oder Beispiele, die seine Kenntnisse ergänzen bzw. präzisieren und ihm eine korrekte Sprachanalyse ermöglichen sollen.

Die Wirksamkeit dieser Hilfen wurde von Eisele (1991) empirisch untersucht. Es zeigte sich, daß die COPROF-Hilfsfunktionen von Anwendern angenommen, als sinnvoll eingeschätzt und bei der Analysearbeit häufig genutzt werden. Es kann angenommen werden, daß sie zu einer Erhöhung der Durchführungsobjektivität des Verfahrens entscheidend beitragen (Eisele 1991, 94 f.).

Außerdem dürfte die Benutzung der COPROF-Hilfen Auswirkungen auf das linguistische Wissen der Anwender haben. Es ist anzunehmen, daß COPROF nicht nur Profilanalysen sicherer macht, sondern auch spezifische Lerneffekte bei den Anwendern verursacht. Von dieser erwünschten Nebenwirkung berichten auch Rothweiler et al. (1995):

„In diesem Zusammenhang erweist sich COPROF als ein hervorragendes Unterrichtsinstrument ... Man kann kaum weniger trocken soviel über grammatische Analyse, Grammatikerwerb und Einschätzung einer grammatischen Auffälligkeit vermitteln als in einem ein- bis zweiwöchigen Kompaktkurs zur Profilanalyse ... der Einsatz von COPROF im Studium schult das Gespür für grammatische Strukturen und Auffälligkeiten“ (a.a.O., 349).

### 5. Empirische Untersuchungen zu Lerneffekten

In einer empirischen Studie soll nun systematisch überprüft werden, ob die Durchführung von COPROF tatsächlich nachweisbare Lerneffekte für den Anwender mit sich bringt. Dazu wird eine experimentelle Untersuchung durchgeführt, in der Probanden einer Versuchsgruppe über einen bestimmten Zeitraum Analysen kindersprachlicher Äußerungen mit COPROF durchführen, eine Kontrollgruppe hingegen ein themenbezogenes Seminar aus dem üblichen Veranstaltungsangebot für Studenten der Sprachbehindertenpädagogik besucht. Prä- und postexperimentell wird das Kenntnissniveau mittels eines eigens dafür konstruierten Tests erhoben. Die zu überprüfende, d. h. zu falsifizierende statistische Hypothese ( $H_0$ ) lautet:

Die Varianz der Nachtestleistungen der Untersuchungsgruppen ist nicht auf das Training (Arbeit mit COPROF) zurückzuführen.

#### 5.1 Versuchspersonen

An der Untersuchung nahmen 103 Studenten (10 m/93 w) der Sonderpädagogik teil; 39 Probanden studierten zum Zeitpunkt der Untersuchung Pädagogik mit dem Studienziel Diplom und dem Studienschwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, 64 Pb. studierten Sprachbehindertenpädagogik als sonderpädagogische Fachrichtung im Lehramtsstudiengang, davon 32 das Unterrichtsfach Deutsch. Die Versuchspersonen studierten



grundständig und waren im 4. oder einem höheren Semester. Präexperimentell wurde ein eigens konstruierter Test zur Ermittlung grammatischer Kenntnisse durchgeführt. Derselbe Test wurde postexperimentell zur Überprüfung des Lernerfolgs eingesetzt.

Die Gesamtpopulation wurde in zwei Gruppen unterteilt; eine Versuchsgruppe ( $n = 52$ ) und eine Kontrollgruppe ( $n = 51$ ). Tabelle 1 zeigt, daß die beiden Gruppen als leistungshomogen anzusehen sind.

Im selben Zeitraum arbeiteten die Studenten der Versuchsgruppe mit dem Computerprogramm COPROF, und zwar ebenfalls 90 Minuten pro Woche. In der ersten Sitzung erhielten sie vom Versuchsleiter eine Einführung in theoretische Grundlagen des Verfahrens und Instruktionen zur Programmstruktur und zur Bedienung. Dann bestand ihre Aufgabe darin, spontansprachliche Äußerungen von Kindern, die transkribiert vorgegeben wurden, mit COPROF zu analysie-

|                    | Versuchsgruppe | Kontrollgruppe | Gesamtpopulation |
|--------------------|----------------|----------------|------------------|
| Mittelwert         | 26.5769        | 26.8824        | 26.7282          |
| Standardabweichung | 8.1874         | 8.1108         | 8.111            |

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen von Versuchsgruppe (VG), Kontrollgruppe (KG) und Gesamtpopulation im Prätest

## 5.2 Zeitlicher Rahmen und Aufbau der Untersuchung

Die Studie erstreckte sich über den Zeitraum eines Wintersemesters. Die Probanden der Kontrollgruppe nahmen an einem vom Versuchsleiter durchgeführten Seminar über zwei Semesterwochenstunden zum Thema „Sprachdiagnostik“ teil. In dieser Veranstaltung ging es vornehmlich um Möglichkeiten der Analyse und Beurteilung des grammatischen Entwicklungsstandes von Kindern im monolingualen Erstspracherwerb. Als linguodiagnostisches Untersuchungsverfahren wurde die Computerunterstützte Profilanalyse – COPROF – (Clahsen/Hansen 1991) vorgestellt, die im Profilbogen vorkommenden linguistischen Elemente und Strukturen wurden detailliert beschrieben und anhand von Beispielen ausführlich erörtert. Die Studenten sollten so einen Überblick über den Prozeß des Grammatikerwerbs insgesamt und einen tieferen Einblick in die Strukturen der kindlichen Übergangsgrammatiken mit ihren linguistischen Einzelheiten bekommen. Das zu einem großen Teil fehlende grammatikalische Grundwissen der Studenten wurde dabei selbstverständlich ergänzt bzw. aufgearbeitet. Die Veranstaltung gehörte zum üblichen Lehrangebot der Sprachbehindertenpädagogik.

ren. Da für die 52 Probanden jeweils nur 12 Rechner gleichzeitig zur Verfügung standen, mußte in Gruppen gearbeitet werden.

In der letzten Semesterwoche nahmen alle Probanden der Versuchs- und Kontrollgruppe am Nachtest teil.

## 5.3 Der Test

Der Test wurde in gleicher Form sowohl als Prä- als auch als Posttest in einem Zeitabstand von 3,5 Monaten eingesetzt. Er besteht aus fünf Untertests, in denen unterschiedliche Aspekte grammatischen Wissens erfragt werden.

### Untertest A: Syntaxanalyse

Rekonstruktion der Konstituentenstruktur einfacher Sätze; die Satzteile sollen lediglich identifiziert, nicht benannt werden.

Beispiel:

Alfred Nobel / hinterließ / sein Vermögen / einer Stiftung.

### Untertest B: Satzteilbestimmung

Äußerungen sind bereits in ihre Satzteile zerlegt, diese sollen vorgegebenen grammatischen Kategorien zugeordnet werden (Subjekt, Akkusativobjekt, Adverbial etc.).

Beispiel:

Alfred Nobel → Subjekt



hinterließ → finites Verb/Prädikat  
 sein Vermögen → Akkusativobjekt  
 einer Stiftung → Dativobjekt

#### Untertest C: Wortartbestimmung

Analog zu B; jedoch ohne Vorgabe von Bezeichnungen

Beispiel:

Alfred Nobel → Nomen, Eigename  
 hinterließ → Vollverb, Präfixverb  
 sein → Possessivpronomen  
 (als Determinator)  
 Vermögen → Nomen  
 einer → Artikel, indefiniter  
 Stiftung → Nomen

#### Untertest D: Grundkenntnisse Grammatik

Im Multiple-Choice Verfahren sollen zutreffende Aussagen angekreuzt werden.

Beispiel:

In Nebensätzen, die durch Konjunktion eingeleitet werden,

- ☐ stehen alle verbalen Elemente immer in Zweitstellung.
- ☐ herrscht Subjekt-Verb-Kongruenz.
- ☐ steht nur das finite Verb in Zweitstellung.

#### Untertest E: Erkennen von Wortarten / Satzteilen

Im Multiple-Choice Verfahren soll angegeben werden, welche Bezeichnungen aus der Fachterminologie auf die jeweils unterstrichenen Wörter/Satzteile zutreffen.

Beispiel:

Wer zu spät kommt darf länger arbeiten.

- ☐ erweiterter Infinitiv
- ☐ Subjektsatz
- ☐ Nebensatz mit Fragepronomen

#### 5.4 Ergebnisse

Schon die Verteilung der Rohwerte in Abb. 2 macht deutliche Unterschiede in den Nachtestleistungen von Versuchs- und Kontrollgruppe sichtbar. Der Median der Kontrollgruppe liegt weit niedriger als der Median der Versuchsgruppe (Abb. 2; Auswertung STATSYST, Roeder 1989).

Die Signifikanzprüfung der Residualwerte mittels Mann-Whitney U-Test bestätigt dieses Ergebnis und ergibt hoch signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe auf dem 1-Promille Niveau (Abb. 3).

In Abb. 4 wird die Verteilung der abhängigen Variablen für die beiden Gruppen in Form von Box-Plots dargestellt. Die Linie innerhalb der Boxen gibt jeweils die Lage des Medians wieder. Nur zwei Probanden der Versuchsgruppe liegen unterhalb des unteren Quartils; in der Kontrollgruppe liegen drei sog. 'outlier' oberhalb des oberen und einer unterhalb des unteren Quartils. Insgesamt bildet die Lage der Boxen die unterschiedliche Verteilung der Variablen für die beiden Gruppen deutlich ab.

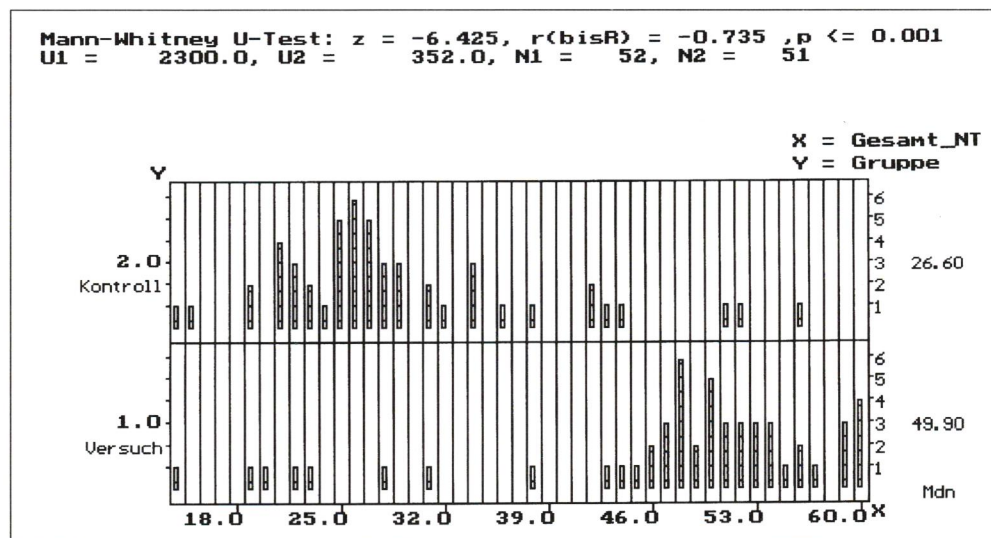


Abb. 2: Rohwertverteilung und Mediane von Versuchs- und Kontrollgruppe im Nachtest



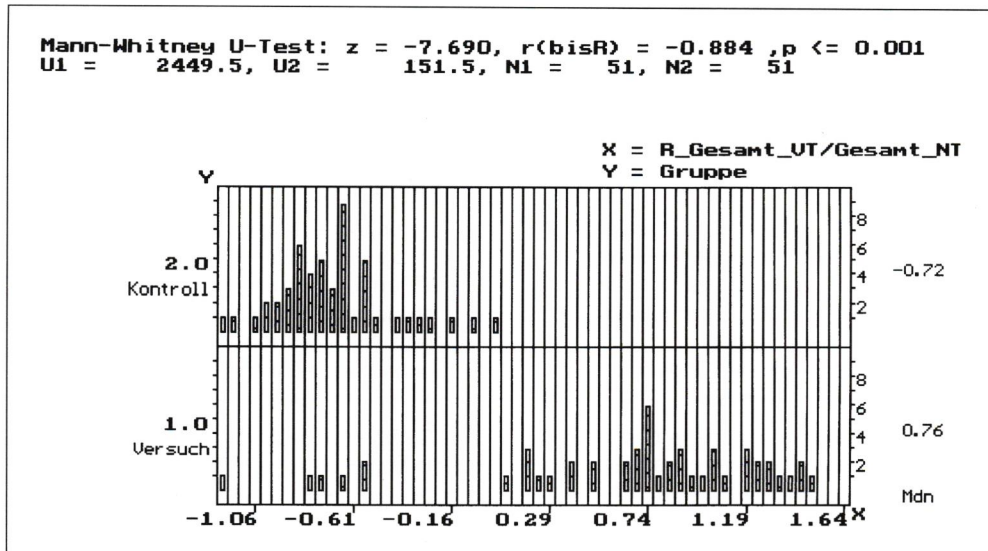


Abb. 3: Darstellung der Residualwerte, verteilt auf Versuchs- und Kontrollgruppe

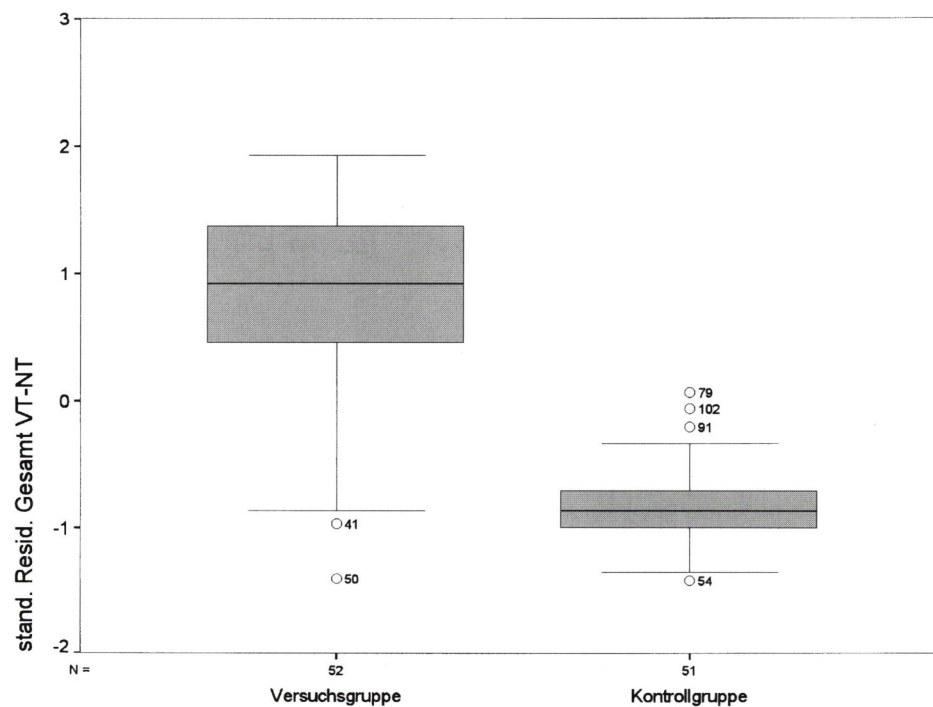


Abb. 4: Box-Plots; Lernzuwachs dargestellt anhand der standardisierten Residuen für Vor- und Nachtest

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß sich eindeutig bereichsspezifische Lerneffekte nachweisen lassen. In den Nachtestleistungen der Versuchsgruppe dokumentiert sich ein deutlich höherer Lernzuwachs, als bei der Kontrollgruppe zu verzeichnen ist. Die Aussage, daß die Anwendung von COPROF den Erwerb grammatikalischen Wissens unterstützt, kann durch Zurückweisen der Null-Hypothese auf dem 1-Promille Niveau der Verlässlichkeit bestätigt werden. Der postulierte Zusammenhang ist als hoch signifikant anzusehen (Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha = 0,001 = 1 \text{ ‰}$ ).

#### 6. Diskussion und Schlußfolgerungen

Bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse muß zunächst folgendes beachtet werden:

- (a) Wenn man sprachdiagnostische Entscheidungen wissenschaftlich begründen will, benötigt man eine ganze Reihe von Kenntnissen und Erfahrungen. In der vorliegenden Untersuchung wird nur eine einzige Komponente erfaßt, die eine notwendige, keinesfalls aber hinreichende Bedingung der sprachdiagnostischen Kompetenz darstellt: ein Grundwissen über grammatische Regeln und Strukturen. Weiteren Studien bleibt es vorbehalten zu überprüfen, ob bzw. inwieweit Sprachtherapeuten mit verbesserten linguistischen Kenntnissen überzufällig auch zuverlässigere und präzisere Sprachdiagnosen treffen und damit ihre therapeutischen Erfolge steigern können.
- (b) Die Lerneffekte sind bereichsspezifisch. Das bedeutet, daß COPROF-Anwender ihr deklaratives Wissen in den Komponenten der Grammatik, die für die Datenanalyse relevant sind, erweitern. Inwieweit es ggf. zu Transfereffekten auf andere Bereiche des linguistischen Wissens bzw. auf andere Modalitäten des Wissens oder der Wissensanwendung kommt, wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüft.

Wie die Prätestergebnisse (vgl. 5.1) zeigen, waren die Grammatikkenntnisse aller Probanden außerordentlich mangelhaft, es wurde durchschnittlich nicht einmal die Hälfte der

Testaufgaben gelöst. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil die im Test abgefragten Kenntnisse (Bestimmung von Wortarten, Satzgliedern etc.) zum grammatikalischen Grundwissen der gymnasialen Mittelstufe gehören und zu den unverzichtbaren Voraussetzungen des Studiums eines sprachbezogenen Faches gehören. Noch überraschender ist, daß auch die Studenten, die Deutsch als Unterrichtsfach studierten, keine signifikant besseren Leistungen erbrachten.

Die Nachtestergebnisse der Kontrollgruppe machen deutlich, daß das übliche Lehrangebot nicht ausreicht, die defizitären Grundkenntnisse der Studenten zu verbessern. Nach der Teilnahme an einem Seminar, das sich auf theoretischer Basis mit der grammatischen Analyse sprachlicher Äußerungen befaßt, ist das Leistungsniveau insgesamt kaum höher als vorher. Daraus leitet sich die betrübliche Schlußfolgerung ab, daß Lehrveranstaltungen zum Thema Sprachdiagnostik nicht automatisch zu hinreichender praktischer Kompetenz führen, da sie offensichtlich bei der Vermittlung des grundlegenden instrumentellen Wissens versagen.

Der diesbezügliche Wissenserwerb wird offensichtlich durch die Arbeit mit COPROF in erheblichem Maß unterstützt. COPROF kann in diesem Zusammenhang durchaus der Status eines Lernprogramms zugesprochen werden. Bei der Durchführung von COPROF ruft der Anwender immer dann die Hilfen des Programms auf, wenn sein grammatikalisches Wissen nicht ausreicht, die Daten fachgerecht linguistisch zu analysieren. In solchen Fällen werden die Wissenslücken durch die von COPROF zur Verfügung gestellten Informationen geschlossen, und es kommt zu den in der vorliegenden Studie nachgewiesenen Lerneffekten. Entscheidend ist hier nicht allein das Prinzip „learning by doing“, sondern die besondere Form der Unterstützung des Anwenders durch das Computerprogramm.

COPROF leistet nicht nur eine Art „Erste Hilfe“ bei der praktischen Arbeit, sondern vermittelt fachspezifisches Wissen, das darüber hinaus Bestand hat. Es darf angenommen werden, daß sich dieser Wissensgewinn insgesamt positiv auf die Fähigkeit, grammatische Strukturen und Auffälligkeiten zu erken-



nen, auswirkt. Damit wäre eine wesentliche Voraussetzung für die Verbesserung der diagnostischen Kompetenz von Sprachbehindertenpädagogen geschaffen.

#### Literatur

- Behrenbeck, B., Junker, D., Langhorst, P., Schneider, P., Türke, K., Weinmüller, B.: Überprüfung eines Screening-Verfahrens zur Diagnostik des kindlichen Grammatikerwerbs und seine Anwendung in der Praxis. *Sprache – Stimme – Gehör* 14 (1990), 34-37.
- Berman, R., Rom, A., Hirsch, M.: Working with HARSP. Universität Tel-Aviv 1982.
- Bertz, F.: Das morpho-syntaktische Entwicklungsgitter. Entstehungsbedingungen und Anwendungsbeispiele. Unveröffentl. Manuskript 1991.
- Bol, G., Kuiken, F.: Grammaticale analyse van taalontwikkelingsstoornissen. Amsterdam 1988.
- Clahsen, H.: Die Profilanalyse. Berlin 1986.
- Clahsen, H.: Grammatiken für die gestörte Kindersprache – Zur Aufgabe der Profilanalyse bei der Sprachdiagnose. *Sprache – Stimme – Gehör* 13 (1989), 176-184.
- Clahsen, H., Hansen, D.: COPROF – Computerunterstützte Profilanalyse. Ein linguistisches Untersuchungsverfahren für die sprachdiagnostische Praxis. Köln 1991.
- Crystal, D.: Working with LARSP. London 1979.
- Crystal, D.: Profiling linguistic disability. London 1982.
- Crystal, D., Fletcher, P., Garman, M.: The grammatical analysis of language disability. London 1976.
- Dannenbauer, F. M. 1992a. Grammatik. In: Baumgartner, S., Füssenich, I. (Hg.): *Sprachtherapie mit Kindern*. München 1992a, 123-203.
- Dannenbauer, F. M.: Von der Sprachproduktion zum Multiperformanzprinzip: Der Stellenwert der Spontansprachanalyse für die Dysgrammatismustherapie. *Der Sprachheilpädagoge* 3 (1992b), 1-24.
- Eisele, A.: Anwenderbezogene Untersuchungen zur „Computerunterstützten Profilanalyse (COPROF)“. Unveröffentl. Diplomarbeit. Universität zu Köln 1991.
- Hanke, S.: Kritische Anmerkungen zur Profilanalyse von Clahsen. *Die Sprachheilarbeit* 32 (1987), 206-211.
- Hansen, D.: Zur Wirksamkeit und Effizienz einer psycholinguistisch begründeten Methode der Sprachtherapie bei kindlichem Dysgrammatismus. *Sprache – Stimme – Gehör* 18 (1994), 29-37.
- Hansen, D.: *Spracherwerb und Dysgrammatismus*. München 1996a.
- Hansen, D.: Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft – Einige kritische Überlegungen zur Theorie, Praxis und akademischen Lehre. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 64 (1996b), 160-173.
- Heidtmann, H.: *Neue Wege der Sprachdiagnostik*. Berlin 1988.
- Motsch, H.-J.: *ESGRAF. Testmanual und Video*. München 1999.
- Motsch, H.-J., Hansen, D.: COPROF und ESGRAF – Diagnoseverfahren grammatischer Störungen im Vergleich. *Die Sprachheilarbeit* 44 (1999), 151-162.
- Nebel, A.: Entwicklungsproximale Diagnose und Sprachförderung bei Schülern mit Problemen im Erwerb grammatischer Strukturen. *Der Sprachheilpädagoge* 22 (1990), 26-49.
- Penner, Z., Zimmermann, H.-M.: Profilanalyse für Sprachentwicklungsstörungen schweizerdeutsch sprechender Kinder als förderdiagnostisches Instrument II – Dysgrammatismus, Grammatiktheorie und Diagnostik. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 60 (1991), 546-553.
- Roeder, B.: *STATSYST: Statistiksystem für die praxisnahe Anwendung*. München 1989.
- Rothweiler, M., Pitsch, S., Siegmüller, J.: Spontansprachdiagnose bei Dysgrammatismus. *Die Sprachheilarbeit* 40 (1995), 331-350.
- Schrey-Dern, D.: Screening-Verfahren zur Diagnostik des kindlichen Grammatikerwerbs auf der Grundlage der Profilanalyse nach Clahsen. *Sprache – Stimme – Gehör* 14 (1990), 31-33.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. Detlef Hansen  
Universität Hannover  
Bismarckstr. 2  
30173 Hannover



Jutta Cornelißen-Weghake, Dortmund

## Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung – Ein Beratungskonzept für Eltern stotternder Kinder<sup>1</sup>

### Zusammenfassung

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder an der Universität Dortmund hat in diesem Jahr ihr fünfzehnjähriges Bestehen. Sie versteht sich als eine Anlaufstelle für Eltern, die im Umgang mit ihrem stotternden Kind verunsichert sind.

Die Beratungsmethode des Eltern-Kind-zentrierten und interaktiven Vorgehens grenzt sich von psychotherapeutischen Verfahren ab und bildet ein eigenständiges Beratungskonzept.

Als solches wird es den Anforderungen und Bedürfnissen der Klientel sowie dem Charakter einer Anlaufstelle gerecht. Die Akzeptanz und die Erfolge der Beratungstätigkeit dieser Einrichtung resultieren aus dem bestehenden Grundverständnis von Elternberatung. Die Sichtweise, daß auch Eltern indirekt Betroffene sind, stellt auch sie in den Mittelpunkt der Beratung und begründet das Eltern-Kind-zentrierte Vorgehen. Das interaktive Geschehen zwischen den Eltern und dem Berater wird methodisch genutzt. Es legt fest, wie die Gesprächspunkte gewichtet und eine flexible Gesprächsführung gestaltet wird.

Zwar stellt das Angebot der Beratungsstelle keine Alternative zu therapeutischen Maßnahmen dar, als zusätzliches Angebot schafft es jedoch nicht selten die Basis für eine anschließende sprachtherapeutische Intervention.

### 1. Entstehungsgeschichte

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder in Dortmund ist eine städtische Einrichtung und wird von der Universität Dortmund (Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten) unterstützt. In der Beratungsstelle arbeiten zur Zeit zwei Diplom-Sprachtherapeutinnen auf Honorarbasis in einem Umfang von wöchentlich neun Zeitstunden.

Die Beratungsstelle wurde im September 1984 in Zusammenarbeit von Sprachheilpädagoginnen und einem Mitglied der Stotterer-Selbsthilfe Dortmund gegründet. Die zuerst

auf ehrenamtlicher Basis geleistete Arbeit mündete 1986 in einen ersten Erfolg, als von der Stotterer-Selbsthilfe in Dortmund eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) für zwei Jahre beantragt und vom Arbeitsamt genehmigt wurde. Nach der ABM wurde zwar keine Planstelle eingerichtet, jedoch erklärte sich die Stadt Dortmund 1988 bereit, das Angebot der Kontakt- und Beratungsstelle in ihr städtisches Ambulanzwesen zu integrieren. Dies bedeutete und bedeutet, daß die in der Kontakt- und Beratungsstelle arbeitenden Sprachtherapeutinnen von der Stadt bezahlt werden.

Mit der finanziellen Absicherung der Arbeitskräfte in einem begrenzten Rahmen waren nicht gleichzeitig die räumlichen Bedingungen festgelegt. Da die von der Stadt Dortmund zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten nicht den Vorstellungen der Mitarbeiterinnen entsprachen, wurde nach neuen Möglichkeiten gesucht, bei denen das Beratungsangebot auch in seinen Rahmenbedingungen adäquat eingebunden war. So wurde in den ersten Jahren ein Raum beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) für die Kontakt- und Beratungsstelle angemietet. Da das Lehrgebiet Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten der Universität Dortmund der Beratungsstelle Anfang 1991 seine Unterstützung zusicherte und im Sprachtherapeutischen Ambulatorium einen Raum zur Verfügung stellte, erfuhr die Beratungsstelle nicht nur materiell, sondern auch organisatorisch, inhaltlich und supervi-

<sup>1</sup> Die Inhalte des Artikels wurden in veränderter Form auf der Stotterkonferenz der interdisziplinären Vereinigung für Stottertherapie in Darmstadt (Februar 1999) referiert.



sorisch eine Einbindung in das Ambulatorium.

Den Studentinnen und Studenten des Fachbereichs Sondererziehung und Rehabilitation wird durch diese Kooperation die Möglichkeit eröffnet, sich über die Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder zu informieren und an Elternabenden teilzunehmen.

Die Beratungsstelle sieht sich als eine Art Anlaufstelle (Instanz zwischen Ärzten und Therapeuten) für vermeintlich „hilflose“ Eltern stotternder Kinder, die im Hinblick auf den Umgang mit ihrem stotternden Kind Unterstützung benötigen. Sie sieht ihre Arbeit aber auch da angesiedelt, Hilfestellung bei der Auswahl von Therapien zu leisten, eine gemeinsame Entscheidungsfindung für einen eventuellen Therapiebeginn herbeizuführen und die das Stottern aufrechterhaltenden Faktoren abzubauen. Die Beratungsstelle versteht sich generell nicht als Alternative zu einer Therapie, sondern als eine nicht selten erforderliche Ergänzung, die die Basis für eine sprachtherapeutische Interventionsmaßnahme schaffen kann.

## 2. Leitgedanken

Der Kerngedanke für die Arbeit mit Eltern stotternder Kinder ist, daß die Eltern spezifischen Anforderungen im Umgang mit ihrem Kind ausgesetzt sind. Dafür benötigen sie besondere Hilfestellungen, die die Beratungsstelle ihnen anbieten kann.

Die besonderen Anforderungen an Eltern stotternder Kinder resultieren aus der Tatsache, daß sie neben ihrer allgemeinen Elternrolle einer zusätzlichen Herausforderung ausgesetzt sind, da die Beziehungsstruktur und die Erziehungsfunktion durch das Stotterproblem beeinflusst wird.

Durch die spezifische Erscheinungsform des Stotterproblems, dessen ätiologische Annahmen und die unterschiedlichen Therapieansätze entstehen diese besonderen Anforderungen. Vor dem Hintergrund, daß Eltern stotternder Kinder, wie alle Eltern, emotional am Entwicklungsprozeß ihrer Kinder beteiligt sind, entwickeln sich auch spezifische Emotionen und Verhaltensweisen, wenn das Kind stottert. Dies führt dazu, daß das Fühlen und

Denken der Eltern tangiert und verändert wird. Die Eltern werden so indirekt zu Betroffenen, die sich außerdem häufig für die Entstehung der Sprachauffälligkeit und deren Beseitigung verantwortlich fühlen.

Eltern, die die Kontakt- und Beratungsstelle aufsuchen, sind nicht nur bestrebt, das Sprechen ihrer Kinder zu verbessern. Sie versuchen auch einen adäquaten Umgang mit dem stotternden Kind zu entwickeln und damit ein psychisches Gleichgewicht für sich selbst und für die gesamte Familie wiederzufinden. Hier liegen Motivationsgründe für die intensive Auseinandersetzung der Eltern mit der Problematik, die auch für eine positive Einflußnahme auf die weitere Entwicklung des stotternden Kindes genutzt werden kann.

## 3. Warum eine Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder?

Die Notwendigkeit ergibt sich aus der Betroffenheit der Eltern, die durch ihre spezifische Situation entsteht. Ihre Situation wird beeinflusst durch:

- die Ratschläge der Ärzte
- gesellschaftliche Vorurteile über Stottern
- das phasenweise Auftreten des Stotterns
- die Vielfältigkeit der Therapieansätze und deren Heilungsversprechen
- die Erwartungen der Umwelt
- „gut gemeinte“ Ratschläge des Umfeldes

Die *Ratschläge der meisten Ärzte*, abzuwarten, die Unflüssigkeiten würden sich „auswachsen“, führen i.d.R. zu einer ersten Beruhigung. Da aber in vielen Fällen keine sprachliche Besserung beim Kind eintritt, verliert die ärztliche Aussage auf der einen Seite zwar immer mehr an Glaubwürdigkeit, verlängert auf der anderen Seite jedoch die Phase, in der die Eltern keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und dem Problem gegenüber alleine ausgesetzt sind.

Die *gesellschaftlichen Vorurteile* über das Stottern, daß die Ursachen psychisch bedingt (Weikert 1995, 43) und stotternde Kinder dumm seien, führen bei den Eltern zu Schuldgefühlen und Ängsten hinsichtlich der Zukunft ihrer Kinder.

Das *phasenweise Auftreten des Stotterns* verunsichert die Eltern einerseits in ihrer Entscheidung, ob und wann sie professionelle

Hilfe in Anspruch nehmen sollen. Andererseits führt das wechselhafte Auftreten der Stottersymptomatik bei manchen Eltern zu der Annahme, daß ihre Kinder absichtlich stottern und sie die Eltern damit ärgern wollen, was eventuell fehlgeleitete Erziehungsmaßnahmen zur Konsequenz hat.

Die *vielfältigen Therapieangebote und Heilungsversprechen* verleiten die Eltern vielfach dazu, unkritisch und schnell therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, ohne die spezifische Situation des Kindes und ihre eigene zu berücksichtigen. Sie beginnen Therapien mit hohen Erwartungen, die häufig nicht erfüllt werden. Die Eltern erleben nicht selten große Enttäuschungen, die zu Entmutigung, Resignation und Schuldzuweisungen führen können. Diese Erfahrungen führen bei manchen Eltern zu einem verstärkten Druck, jetzt endlich das Problem in den Griff zu bekommen, was erneut den Beginn einer weiteren Therapie zur Konsequenz haben kann. Letzteres wird auch durch eine entsprechende *Erwartungshaltung der Umwelt* gefördert, die die Eltern als die alleinigen Verantwortlichen für die Problemstellung und -beseitigung sieht. Dabei wird das Beseitigen des Problems immer mit dem Ergreifen einer Therapiemaßnahme gleichgesetzt. In diesem Zusammenhang wird von Verwandten und Bekannten eine begründete Entscheidung, beispielsweise zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Therapie durchzuführen, nicht akzeptiert und damit das Verhalten der Eltern wieder infrage gestellt.

*Gut gemeinte Ratschläge des Umfeldes* an die Eltern (z.B. von den Großeltern, Erziehern) wie „Ihr müßt jetzt aber mal etwas unternehmen!“, „Ich habe gehört, daß Stottern eine psychische Ursache hat. – Stellt das Kind doch mal einem Psychologen vor!“ usw. verstärken ebenfalls den Druck und die Schuldgefühle, in der Erziehung versagt und adäquate Hilfestellungen nicht eingesetzt zu haben.

Die aufgeführten Aspekte, die die Situation der Eltern stotternder Kinder beeinflussen, können zusammengefaßt folgende *Auswirkungen für die Eltern* haben. Sie erleben

- Druck von außen und von sich selbst
- Verunsicherung im alltäglichen Handeln und bezüglich der Einleitung von Hilfsmaßnahmen

- Ängste
- Schuldgefühle

Die Situation von Eltern stotternder Kinder ist zusätzlich durch den berechtigten Wunsch geprägt, daß ihrem Kind der unter Umständen beschwerliche Weg mit dem Stottern erspart bleiben soll. Diese Aspekte sind Anknüpfungs- und Motivationsgrund für die Beratung dieser Eltern. Zudem beeinflussen sie das Beratungssetting, wie noch dargestellt wird.

#### 4. Ziele der Beratungstätigkeit

Das Ziel der Beratungstätigkeit ist es nicht, die Eltern zu Ko-Therapeuten zu qualifizieren, was im Gegensatz zu häufig formulierten Vorstellungen steht (vgl. *Bindel* 1992). Die Eltern sollen Anregungen erhalten und/oder auf einem prozeßorientierten Weg begleitet werden, der ihnen die Möglichkeit aufzeigt, eine größere Handlungskompetenz zu erlangen und eine tragfähigere Beziehung zu dem Kind zu entwickeln.

Die von verschiedenen Autoren erklärte Notwendigkeit der Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (*Fiedler/Standop* 1986, *Motsch* 1979) wird als eine therapeutische Intervention verstanden, die durch die Einbeziehung des kindlichen Umfeldes in den Therapieprozeß die Redeunflüssigkeit zusätzlich beeinflussen und eine Reduzierung bzw. Beseitigung bewirken will. Für die Arbeit in der Beratungsstelle gilt zwar die gleiche übergeordnete Zielsetzung, es besteht jedoch ein anderes Grundverständnis.

Die Eltern werden in der Beratung nicht nur als ein Modul im Entwicklungsprozeß des Kindes gesehen. Sie werden nicht nur auf die Elternfunktion reduziert, sondern sie selbst haben Subjektfunktion, stehen also als eigenständige Persönlichkeiten im Blickpunkt der Beratung. Entsprechend sind Interventionen nicht linear, nur vom kindlichen Interesse her ausgerichtet, sondern orientieren sich auch an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Eltern. Fokus sind also das Kind, die gesamte Familie sowie deren Interaktionen.

Die Ziele der Beratung erstrecken sich primär auf zwei Ebenen:

1. informative Ebene
2. psychosoziale Ebene



Die *informative Ebene* umfaßt die Informationen über das Phänomen „Stottern“, über die möglichen Ursachen des Stotterns, über Therapieangebote, über die gesellschaftliche Sichtweise und den gesellschaftlichen Umgang mit dem Stottern.

Die *psychosoziale Ebene* umfaßt die Steigerung der elterlichen Kompetenz, die Relativierung des Problems durch Einstellungsänderungen gegenüber dem Kind sowie gegenüber dem Problem und die Reduzierung des inneren Drucks durch die Bewußtmachung eigener Bedürfnisse, Ressourcen und Möglichkeiten.

Folgende *Grobziele* können für die Beratung Eltern stotternder Kinder formuliert werden:

- der Aufbau von mehr Akzeptanz des Kindes und des Stotterns
- der Aufbau eines adäquateren Umgangs mit dem stotternden Kind
- die Vermittlung von Handlungskompetenz.

Diese *Grobziele* finden ihre Konkretisierung in Zielvorstellungen wie

- a. Abbau von Schulgefühlen und Definition der elterlichen Handlungsmöglichkeiten
- b. Abbau von Angst / Enttabuisierung des Stotterns
- c. Fokussierung des elterlichen Blickes auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes, seine Fähigkeiten, seine Möglichkeiten und seine Bedürfnisse
- d. Beachtung eigener Bedürfnisse und Ressourcen
- e. Abbau von Unsicherheit und Hilflosigkeit sowie Aufbau von stotterspezifischer und allgemeinerzieherischer Handlungskompetenz
- f. Einordnung des Stotterns in systemische Zusammenhänge

##### 5. Umsetzung der Ziele

Ein wesentliches Element zum Abbau der Schuldgefühle erfolgt durch die Information der Eltern über die ätiologischen Annahmen des Stotterns. Die Ausführungen orientieren sich an dem Modell der idiographischen Betrachtungsweise von *Motsch*.

Sein Modell beinhaltet, daß jedes Stottern eine biographische Vorgeschichte hat, die

individuelle unterschiedliche Risikofaktoren in sich birgt. Als Risikofaktoren bezeichnet *Motsch* zum einen organisch-konstitutionelle, psychische und soziale Dispositionen und zum anderen Grundauffälligkeiten (z.B. Spracherwerbsstörungen, verschiedenartig bedingte Sprechablaufstörungen), die mit den genannten Dispositionen in Zusammenhang stehen können. Je mehr Risikofaktoren zusammentreffen, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß Stottern entsteht. Durch die Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen und durch das Selbsterleben des Kindes können Verunsicherungsprozesse ausgelöst werden, die sich beim Kind als Bewußtwerdungs- und von seiten der Umwelt als Bewußtmachungsprozesse äußern (vgl. *Motsch* 1992, 25). An dieser Stelle sei angemerkt, daß die Bewußtmachungsprozesse nicht nur durch die Bezugspersonen, sondern auch durch andere Personen ausgelöst werden können, mit denen das Kind in Kontakt steht. Außerdem sollte die Interaktion des Kindes mit den Bezugspersonen nicht generell als auslösendes Moment für Verunsicherungsprozesse gesehen werden, da auch hier akzeptierende Elemente zu finden sein können. Die einzelfallorientierte Sichtweise bietet auch die Möglichkeit, neuere Forschungsansätze zu integrieren. Z.B. den neuro-psychologischen Erklärungsansatz, bei dem für die Auslösung und Aufrechterhaltung des Stotterns eine ungünstige Wechselwirkung zwischen sozialen, psychologischen und neuropsychologischen Faktoren besteht (vgl. *Fiedler* 1986, 102), oder den neurophysiologischen Erklärungsansatz, bei dem abweichende hemisphärische Verarbeitungsprozesse und zentrale Funktionsabläufe als Ursache für das Stottern gesehen werden (vgl. *Fox et al.* 1996) oder der psychosoziale Erklärungsansatz, der Stottern als Affektvermeidungsverhalten definiert, d.h. Stottern wird als Reaktion auf das Verhalten der Umwelt (Unsicherheit, Ratschläge erteilen, Auslachen etc.) verstanden (vgl. *Krausel* 1981). Dieser Ansatz wird in der Elternberatung ebenfalls berücksichtigt.

Das Modell von *Motsch* findet eine Ergänzung in den Ätiologiesthesen von *Katz-Bernstein*. Ihre Thesen beinhalten vier Aspekte, die bei einem stotternden Kind vorliegen können:

1. eine primär vorhandene Spracherwerbsstörung und/oder
2. die vorzeitige Loslösung der Sprache von der konkreten Handlung und/oder
3. die Trennung der verbalen Sprache von der Körpersprache und/oder
4. unbeschwerte Suchbewegungen, die verlorengegangen sein können (vgl. Katz-Bernstein 1993)

Diese Annahmen gelten auch als Bezugspunkte für die Erfassung der kindlichen Persönlichkeit und seiner Interaktion mit der Umwelt. Die Thesen von Katz-Bernstein können in der Beratung Hilfestellungen für die Erarbeitung konkreter Handlungsmöglichkeiten bieten. Sie bilden so eine Motivation und Orientierung für die Elternberatung, da bestehende kindliche Auffälligkeiten aufgrund der o.g. Thesen teilweise durch Intervention der Eltern zu beeinflussen sind. Die Darstellung des Stotterproblems als multimodales und multifaktorielles Phänomen (vgl. Renner 1995, 14) entlastet die Eltern, da sie erkennen, daß das Stottern nicht in einer falschen Erziehungshaltung begründet ist. Da entsprechend einer ideographischen Sichtweise die für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns existierenden Bedingungsvariablen bei jedem Stotternden hinsichtlich der Konstellation, der Ausprägung und der Korrelation variieren, besteht hier u.a. die Motivation und der Beratungsbedarf für Bezugspersonen, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen, um die für sie zu beeinflussenden und damit aufrechterhaltenden Faktoren zu reduzieren und eine größere Souveränität im Umgang mit dem stotternden Kind zu erhalten.

Der Beginn des Stotterns und dessen Aufrechterhaltung kann an dem Anforderungs- und Kapazitätsmodell von Starkweather (vgl. Starkweather in Motsch, 1992) veranschaulicht werden. Kerngedanke des Modells ist, daß kindliche Kapazität und Anforderung der Umwelt in einem ausgewogenen Verhältnis stehen müssen, da es sonst zu Über- und Unterforderungen kommen kann.

Der Abbau der Angst soll durch die Relativierung des Problems erfolgen. So ist es z.B. wichtig, den Eltern bewußt zu machen, daß das Stottern für das Kind ggf. ein anders ge-

artetes Problem ist, als es sich für die Eltern darstellt.

Dies kann durch die Aufarbeitung der Rolle, die das Kind in der Kindergartengruppe oder innerhalb einer Freundschaft einnimmt, ggf. seinem Konflikt- und Kommunikationsverhalten verdeutlicht werden. Auch die Konfrontation der Eltern mit den Biographien von stotternden Erwachsenen, mit Informationen zur gesellschaftlichen Bedeutung von Sprache und der damit einhergehenden Intoleranz gegenüber Anderssprechenden sowie mit den existierenden Vorurteilen hinsichtlich des Stotterns können zum Abbau der elterlichen Angst beitragen.

Auch die Ermutigung der Eltern, mit dem Stottern innerhalb in der Familie offen umzugehen, reduziert eventuell bestehende Ängste.

Die Fokussierung des elterlichen Blickes auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes soll auch die anderen Entwicklungsbereiche des Kindes und seine charakteristischen Verhaltensweisen beleuchten, z.B. den Stand seiner grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, seine eventuelle musische oder sonstige Begabung, seine Interessen und Besonderheiten im Verhalten. Das so ermittelte Profil kann die Sprachauffälligkeit in einen Gesamtzusammenhang stellen, die Ressourcen des Kindes hervorheben und so wieder das Kind in seiner Ganzheitlichkeit in den Mittelpunkt der elterlichen Betrachtung rücken. Die Eltern erhalten mehr Distanz zum Sprachproblem und konkrete Ansatzpunkte für Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung des Kindes. In diesem Zusammenhang kann es auch erforderlich sein, Eltern über entwicklungspsychologische Prozesse zu informieren, um so kognitiven oder emotionalen Überforderungen vorzubeugen bzw. zu versuchen, diese zu reduzieren (evtl. Bezug zum Kapazitätsmodell von Starkweather). Dadurch werden die Eltern psychisch entlastet, und sie ersparen sich und dem Kind kontraproduktive Frustrationen.

Die Rücksichtnahme auf die kindlichen Bedürfnisse und die Darstellung der kindlichen Perspektive soll u.a. die Fähigkeit der Eltern steigern, das Kind darin zu fördern, eigene Bedürfnisse zu artikulieren. Dies unterstützt nicht nur eine selbständige und selbstbewußte Persönlichkeitsentwicklung, sondern wirkt



sich auch auf das Eltern-Kind-Verhältnis aus, da dem Kind gegenüber mehr Partnerschaftlichkeit signalisiert wird.

Die *Beachtung der eigenen Bedürfnisse* setzt voraus, diese auch zu erkennen, zu formulieren und durchzusetzen. Für die Beratung bedeutet dies ggf. bei den Eltern eigene Kindheitserfahrungen bewußt zu machen, aktuelle Bedürfnisse aufzudecken sowie die kulturellen und psychosozialen Lebensumstände und die daraus resultierenden Möglichkeiten zu erkennen. Wesentlich ist, daß diese Bestandsaufnahme nicht nur erfolgt, um positive Auswirkungen für das Kind zu erzielen. Hier geht es auch um eine Verbesserung der Befindlichkeit der Eltern, um ihre Angst, ihre Hilflosigkeit, ihr Verhaltensrepertoire und ihre sonstigen Möglichkeiten.

Der *Abbau der Hilflosigkeit* und der *Aufbau von stotterspezifischer und allgemeinerzieherischer Handlungskompetenz* beginnt mit dem ersten Schritt in eine Institution. Dieser erste Schritt kennzeichnet häufig eine wachsende Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Problem. In der Beratung gilt es, den Eltern zu vermitteln, daß sie dadurch bereits den Grundstein dafür gelegt haben, daß sie und ihr Kind adäquater mit dem Stottern umgehen können. In diesem Zusammenhang ist es beispielsweise wichtig, Reaktionsmöglichkeiten in Situationen zu erörtern, in denen das Kind stottert (z.B. Art und Umfang der Zuwendung, Ansprechen bzw. Aufnehmen des vom Kind angesprochenen Problems). Die Analyse einer solchen Situation kann den Aufbau konkreter Handlungskompetenz in einer kindlichen Stottersituation einleiten. Dazu gehört auch, den Eltern „flüssigkeitsfördernde“ Kriterien zu vermitteln, die zeitweise in das eigene Sprechen integriert werden können. Durch diese und weitere einzuleitenden Maßnahmen wird die Hilflosigkeit abgebaut und die Handlungskompetenz erweitert.

Im Verlauf der Exploration werden von den Eltern häufig konkrete Situationen geschildert, in denen das Kind stark stottert oder in denen gegensätzliches oder ambivalentes kindliches Verhalten sichtbar wird. Im Sinne einer Fokussierung wird so eine Situation näher beleuchtet, und die Eltern werden mit eigenen Verhaltenseinschätzungen und ggf. mit

ihren eigenen Kindheitserfahrungen konfrontiert. Sofern die Eltern ihre eigene Rolle akzeptieren, wird versucht, andere Verhaltensmöglichkeiten unter Einbeziehung der elterlichen Befindlichkeit und ihrer subjektiven Involviertheit zu entwickeln und aufzuzeigen. Nachdem sich diese Alternativen herauskristallisiert haben, sollte eine Entscheidung getroffen werden, ob die Eltern die erarbeiteten Verhaltensmöglichkeiten zukünftig in ihr Verhaltensrepertoire einbeziehen wollen und können, was die Entwicklung konkreter Schritte zur Konsequenz hat. Natürlich stehen diese Veränderungen bei weiteren Beratungen zur Disposition, indem die Eltern die bisher erfolgten Schritte evaluieren. Im o.g. Sinne würde dann der weitere Prozeß beleuchtet.

Bei der *Einordnung des Stotterns in systemische Zusammenhänge* wird der Blick darauf gerichtet, daß die Eltern sowie das Kind in verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen leben. Die Eltern nehmen hier für das Kind eine Bindegliedfunktion ein. Mit ihrer entwicklungsgeschichtlichen Prägung bewegen sich die Eltern in verschiedenen gesellschaftlichen Systemen (Arbeitsstelle, Freizeitbereich etc.). Sie sind hier unterschiedlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt und müssen verschiedene Rollen übernehmen. Spezifische Bedingungen und Abhängigkeiten prägen ihr aktuelles Verhalten und ihre Einstellung. Die gesellschaftlichen Systeme der Kinder sind überwiegend andere, die je nach Alter der Kinder variieren (Kindergarten, -hort, Schule etc.). Diese kindlichen Erlebnis- und Erfahrungswelten haben ebenfalls besondere Einflüsse und Auswirkungen auf die kindliche Persönlichkeit. In ihrer Erziehungsfunktion müssen die Eltern in der Regel das Eingebundensein ihrer Kinder in bestimmte gesellschaftliche Bereiche gewährleisten. Damit sind sie nicht nur Organisatoren, sondern auch selbst mit diesen Gesellschaftsbereichen ihrer Kinder konfrontiert. Zudem sind sie Vermittler zwischen den kindlichen Bedürfnissen und den Erwartungen dieser gesellschaftlichen Systeme. Die Familie ist für die Eltern und die Kinder ein gemeinsamer gesellschaftlicher Lebensbereich und ein System, in dem die Erlebnisse und Erfahrungen aus anderen Systemen einfließen, verarbeitet werden und mit neuen Gestalten und Impulsen wieder in die außerfamiliären

Bereiche fließen. Die Einflüsse aus den anderen Systemen bestimmen ebenfalls das familiendynamische Geschehen.

Die Einbettung der elterlichen Probleme in diese systemische Sichtweise erlaubt die Aufdeckung von eventuell vorhandenen beruflichen, finanziellen und familiären Belastungen (z.B. Alleinerziehende). Die Einsicht in die Abhängigkeit, die zwischen gesellschaftlichem Rahmen und familiären Lebensbedingungen und deren Wechselwirkungen besteht, eröffnet eine ausgeglichene Problemsichtweise. Die Beleuchtung dieser systemischen Dimension kann auch zur Aufdeckung von einzelnen und familiären Ressourcen genutzt werden (vgl. *Katz-Bernstein* 1992). Natürlich haben diese Aspekte auch für die Berater eine Relevanz. Sie selbst befinden sich in verschiedenen gesellschaftlichen Systemen und haben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit die Vermittlerfunktion, indem sie zwischen den Systemen, denen der zu Beratende ausgesetzt ist, vermitteln.

#### 6. Basisvoraussetzung für die Elternberatung

Die Arbeit in der Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder orientiert sich hinsichtlich ihrer Prinzipien zur Beratungstätigkeit an dem klassischen Vertreter der humanistischen Schule, Carl Rogers. Die Aussage der humanistischen Anthropologie, daß der Mensch „das Maß aller Dinge“ sei, daß er „eine deutlich umrissene Einheit, die größer als die Summe der Teile ist“ (*Kovel* 1979, 121), weist auf seine Individualität und seine persönliche Dynamik und Einzigartigkeit hin.

Die nicht-direktive Therapie von C. Rogers hat primär bzgl. des von ihm postulierten Therapeutenverhaltens eine Relevanz für die Beratungstätigkeit, da nur durch sie das unverzichtbare Vertrauensverhältnis für eine Beratung geschaffen werden kann. Die drei zentralen Verhaltensprinzipien Empathie, Kongruenz und unbedingte positive Wertschätzung seitens des Beraters werden als Voraussetzung für eine positive Interaktion gesehen (vgl. *Kovel* 1979).

Die nicht-direktive Vorgehensweise stellt kein grundlegendes methodisches Vorgehen dar, sondern wird lediglich situativ in der Bera-

tungstätigkeit neben anderen Gesprächsmethoden eingesetzt (vgl. Kap. Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung). Eine weitere Aussage von Rogers bestimmt die elementare Sichtweise in der Beratungstätigkeit. Seine Annahme, daß „Menschen eine grundlegende positive Richtung besitzen, das heißt, daß sie konstruktiv sind, nach Selbstverwirklichung streben, reifer werden und sich ihrer Sozialisation annähern“ (*Rogers in Kovel* 1979, 125), weist darauf hin, daß jeder Mensch ein positives konstruktives Potential in sich birgt, um Probleme bewältigen zu können. Diese Potentiale sind Ressourcen, die in bestimmten Lebensphasen an Wirksamkeit verlieren können. Ob diese Aussage generell zutrifft, mag dahingestellt sein, sie trifft jedoch auf Menschen zu, die eine Beratung in Anspruch nehmen. Diese häufig wenig beachteten positiven Ansätze sind Leitkriterien in der Kontakt- und Beratungsstelle. D.h. in der Beratung wird versucht, Ressourcen der Eltern und Kinder aufzudecken. Die Beratung ist damit auf der Grundlage einer ressourcenorientierten Vorgehensweise anzusiedeln.

#### 7. Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung

Die methodische Gestaltung der individuellen Beratung orientiert sich an zwei Leitkriterien: der Eltern-Kind-Zentrierung und dem interaktionellen Geschehen zwischen dem Ratsuchenden und dem Berater.

Die Eltern-Kind-Zentrierung bedeutet, daß die Einstellungen, Erfahrungen, Bedürfnisse und Möglichkeiten sowohl des Kindes wie auch der Eltern in der Beratung berücksichtigt werden. Das Leitkriterium Interaktion bestimmt die Gestaltung einer flexiblen Gesprächsführung. Eine flexible Gesprächsführung ist durch unterschiedliche Formen charakterisiert. Sie umfaßt verschiedene Elemente:

1. *erfassende Gesprächselemente* zur Erhebung von Daten
2. *beratende Gesprächselemente* zur Vermittlung von Informationen sowie zur Motivationsherstellung oder -erweiterung
3. *verstärkende Elemente*, um die Eltern zu ermutigen und sie in ihrem sprachfördernden Erziehungsverhalten zu bestärken



4. *nicht-direktive Gesprächselemente*, um reflektive Prozesse bei den Eltern im Hinblick auf ihre eigene Person und ihre Beziehung zum Kind zu initiieren (vgl. Breckow 1989).

Die Gewichtung der Gesprächselemente wird individuell, in Abhängigkeit vom zweiten Leitkriterium, dem interaktionellen Geschehen, vorgenommen. Der Berater richtet seine Interventionen nach dem Interaktionsverhalten des Ratsuchenden aus, nach seinen Fragen, seinen verbalen oder non-verbalen emotionalen Äußerungen, seiner Körpersprache etc. Entsprechend werden entweder beratende, erfassende, verstärkende, oder nicht-direktive Gesprächselemente vom Berater eingesetzt. Die Orientierung an der Interaktion birgt auch gleichzeitig einen Schutzmechanismus für den zu Beratenden in sich. Signalisiert sein Interaktionsverhalten Widerstand, so wird dieser Widerstand akzeptiert. Hier unterscheidet sich die beratende Tätigkeit von einer psychotherapeutischen, in der der Widerstand des Klienten zum Gegenstand des therapeutischen Vorgehens gemacht wird. Interaktive Beratung impliziert eine Abgrenzung zur Psychotherapie apriori und bildet damit ein eigenständiges Beratungssystem.

Beim Eltern-Kind-zentrierten und interaktiven Vorgehen steht zu Beratungsbeginn das erfassende Gespräch im Vordergrund. D.h. es erfolgt eine Datenerhebung über die kindliche Entwicklung, den familiären Zusammenhang und die Situation der Eltern. Die Erhebung der Daten bezüglich des Kindes umfaßt Angaben zur allgemeinen kindlichen Entwicklung und zur Stotterentwicklung. Häufig wird das erfassende Gespräch vom beratenden Gespräch abgelöst (z.B. Informationen über Phänomenologie, Ursachen des Stotterns, Entwicklung), jedoch sind schon hier die Übergänge zur flexiblen Gesprächsführung fließend, was eine logische Konsequenz des interaktiven Vorgehens ist.

Die Eltern werden oftmals nach dem beratenden Gespräch mit Hypothesen über die eventuell das Stottern aufrechterhaltenden Faktoren konfrontiert. Bei Bestätigung durch die Eltern bilden diese Hypothesen eine zusätzliche Motivations- und Arbeitsgrundlage für die weitere Beratung.

Die Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung erfolgt auf den bereits genannten Basisvoraussetzungen (vgl. Kap. 6.: Basisvoraussetzungen für die Elternberatung).

Die Gesprächsstruktur beinhaltet außerdem, daß das Gespräch i.d.R. vom Berater durch eine offene Fragestellung eröffnet und durch eine Zusammenfassung wesentlicher Gesprächspunkte sowie der gemeinsamen Überlegung der weiteren Vorgehensweise beendet wird.

#### 8. *Arbeitsstrukturen in der Kontakt- und Beratungsstelle*

Die Beratungsstelle wird in überwiegendem Maße von Eltern mit Kindern im Vorschulalter aufgesucht. Aber auch die Beratung von Eltern schulpflichtiger Kinder ist nicht gering. Auch Lehrer wenden sich an die Kontakt- und Beratungsstelle, um Schüler zu überweisen.

In einer telefonischen Kontaktaufnahme werden die Eltern über die Vorgehensweise informiert.

Die Struktur der Kontakt- und Beratungsstelle ist gekennzeichnet durch

1. Basisberatung
2. Ergänzende Beratung
3. Offene Elternabende.

Vorgesehen sind zunächst drei bis fünf Termine, in denen die Basisberatung erfolgt, die eine anamnestiche und diagnostische Klärung der kindlichen Problematik beinhaltet. Die Basisberatung kann durch eine ergänzende Beratung erweitert werden. Zusätzlich werden in einem Zeitraum von sechs bis acht Wochen offene Elternabende angeboten, die je nach Bedarf der Eltern besucht werden können.

In der telefonischen Kontaktaufnahme wird ein Ersttermin, der nur mit den Eltern bzw. mit einem Elternteil stattfindet, vereinbart. Die Eltern bekommen vor der Basisberatung zunächst einen Anamnesebogen, den sie ausfüllen sollen. Der Anamnesebogen enthält Angaben zur allgemeinen Entwicklung, zur Sprachentwicklung, zu Persönlichkeitsbereichen und zum bisherigen Umgang mit dem Stottern seitens des Kindes, der Eltern sowie der Umwelt. Die Eltern erhalten den Hinweis, daß die Fragen zum psychosozialen

Bereich und zum Stottern im Gespräch erörtert werden, sie durch den Anamnesebogen einen Einblick in den Themenkomplex erhalten und spontan Gedanken dazu eintragen können. Sie haben aber auch die Möglichkeit, die Fragen nach dem Gespräch schriftlich zu beantworten. Aus der umfassenden Anamneseerhebung kristallisieren sich häufig Fragen zum Phänomen und den Ursachen des Stotterns heraus. Deren Beantwortung wird damit verknüpft, den Eltern ihre Möglichkeiten hinsichtlich der Unterstützung der kindlichen Sprachentwicklung und der Kommunikationsfähigkeit aufzuzeigen. Die Diskussion ist auf ihre eigene Unsicherheit und eventuell bestehende aufrechterhaltende Faktoren gerichtet. In diesem Zusammenhang stehen oft das Schuldgefühl der Eltern und die Tabuisierung und Enttabuisierung des Stotterns im Vordergrund.

Bei einem nächsten Termin geht es um die Kontaktaufnahme zum Kind und um die diagnostische Einschätzung seines Entwicklungsstandes. Im Gegensatz zu den Elterngesprächen wird die Diagnostik per Video aufgezeichnet. In der Diagnose steht die orientierende Erfassung der allgemeinen Sprachentwicklung (phonetisch-phonologisch, morphologisch-syntaktisch, semantisch-lexikalisch, pragmatisch-kommunikativ), die Stottersymptomatik, Aspekte des allgemeinen Entwicklungsstandes (z.B. Regel-, Farb- und Mengenverständnis), Persönlichkeitsmerkmale und eine Eltern-Kind-Interaktion im Vordergrund.

Zur Erfassung dieser Daten werden Beobachtungen, Videoanalysen, Screenings und sprachdiagnostische Verfahren im Sinne freier Sprachproben durchgeführt. Es werden Reize gesetzt, in dem strukturierte und unstrukturierte Materialien angeboten werden (z.B. Handpuppen, Heulschlauch, Ball, Gummitiere, Malmaterialien, Buch), die das Kind nach Bedarf wählen kann. Nimmt ein Kind kein Angebot wahr, so wird versucht, es zu einer Handlung oder einem Spiel zu motivieren. Die diagnostische Erfassung soll auf der Grundlage einer handlungsorientierten Situation erfolgen. Es werden verschiedene Anforderungen, u.a. unterschiedliche Sprechanforderungen, in Spielsituation integriert. Wichtig als diagnostische Kriterien sind auch die

Fragestellungen, ob das Kind Symbolisierungsfähigkeit besitzt oder ob die Sprache ggf. zu früh auf einer Abstraktionsebene angesiedelt wurde (vgl. *Katz-Bernstein* 1993). Dies impliziert die Gestaltung einer Diagnosesituation, die handlungsorientiert ist und dem Kind Symbolisierungsmöglichkeiten eröffnet.

Aufschlußreich ist ebenfalls, welche Rolle die Körpersprache in der Kommunikationsfähigkeit spielt und welche Selbstverständlichkeit das Kind zeigt, bei unflüssigem Sprechen Suchbewegungen einzusetzen. Letzteres hat eventuell Aussagekraft hinsichtlich seines Selbstbewußtseins, seiner eigenen Wertmaßstäbe und denen seiner Umwelt. Ggf. wird bei dem Kind das Stottern angesprochen.

Die Eltern-Kind-Interaktion wird anhand einer Beschäftigung mit einem strukturierten (Gesellschaftsspiel) und einem unstrukturierten Material (Bauen mit Klötzen) beobachtet.

In dem nächstfolgenden Beratungsgespräch geht es um den Austausch über den Verlauf der diagnostischen Sitzung und die Entwicklung eines kindlichen Persönlichkeitsprofils, was nur im Einklang mit den Eltern entwickelt werden kann. Auch die anschließend aufgestellten Hypothesen zu aufrechterhaltenden Faktoren werden nur dann als Arbeitsgrundlage verstanden, wenn die Eltern diese Hypothesen für sich bestätigen.

Den Eltern werden Eindruck und Ergebnisse der Diagnostik vermittelt. Mit ihnen gemeinsam wird das weitere Vorgehen besprochen. Folgende Möglichkeiten können sich anbieten:

1. Für das Kind soll eine Sprachtherapie eingeleitet werden.
2. Es soll vorläufig keine Therapiemaßnahme erfolgen, die weitere Entwicklung soll beobachtet und das Kind in ca. drei Monaten wieder vorgestellt werden.
3. Es wird Elternberatung bei noch nicht indizierter Therapie empfohlen.
4. Es wird alternativ zu einer Sprachtherapie oder als eine therapiebegleitende Maßnahme eine Teilnahme an Elternabenden in Absprache mit dem Therapeuten des Kindes vorgeschlagen.

Je nach Ergebnis besteht, wie bereits aufgeführt, die Möglichkeit zu weiteren, ergänzen-



den Beratungen, in denen die aufrechterhaltenden Faktoren und die Unsicherheit der Eltern Gegenstand sein können.

Die ergänzenden Beratungen finden nach der Basisberatung (drei bis fünf Termine) statt. Sie werden in Absprache mit den Eltern vereinbart und unterliegen keinem regelmäßigen Turnus.

Wie schon erwähnt, werden in der Kontakt- und Beratungsstelle auch alle sechs bis acht Wochen *Elternabende* angeboten. Es besteht eine offene Gruppe und kein festes, fortlaufendes Programm. Die Elternabende werden jedoch nach bestimmten Themen gestaltet, die entweder von den Eltern gewünscht oder von den Leitenden festgelegt werden.

Die Eltern werden schriftlich eingeladen. Sie kommen überwiegend aus dem Raum Dortmund, jedoch auch darüber hinaus aus den umliegenden Orten und Städten. Teilweise werden Referenten zu den Elternabenden eingeladen, die ihre oder eine Therapiemethode vorstellen oder es werden Videos zu bestimmten Therapiemodellen gezeigt. Häufig werden stotternde Erwachsene aus der StottererSelbsthilfe eingeladen, die aus ihrer eigenen Betroffenheit heraus zu verschiedenen Themen Stellung nehmen. Folgende Fragen und Themen stehen auf den Elternabenden zur Diskussion:

Welche Hilfen geben wir unserem Kind?  
Verändert das Stottern des Kindes unser Familienleben?

Was wäre, wenn mein Kind nicht mehr stottern würde?

Therapieansätze des Stotterns

Stottern – ein Problem für die Familie, den Kindergarten, die Schule

Stottern und Schule

Ich schäme mich, wenn mein Kind stottert.

Erlebnisberichte von Betroffenen in verschiedenen Lebensphasen

*Ziele und Effekte der Elternabende sind:*

- Die Eltern werden entlastet, da sie erleben, daß Andere die gleichen Probleme haben.
- Das Problem Stottern erfährt durch den Austausch über die damit im Zusammenhang stehenden Probleme eine Relativierung.

- Die Eltern fühlen sich bei der Problembewältigung nicht alleine gelassen, da sie Ansprechpartner für unterschiedliche Fragen haben.
- Die Eltern werden durch die aktive Auseinandersetzung hinsichtlich ihrer Rolle im Umgang mit dem Stottern sicherer.
- Die Eltern werden offener und entwickeln konkrete Handlungsmöglichkeiten in der Problembewältigung.

Zusammenfassend gibt es von den Eltern positive Resonanzen bezüglich der Existenz der Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder. Die Eltern resümieren, daß das „Nicht-mehr-allein-sein“ mit dem Problem, die Sicherheit, zu wissen, an wen sie sich wenden können, die Beratungsangebote und Elternabende für sie wichtige Elemente in der Problembewältigung sind. Die Tatsache, daß sie in ihrer Rolle und mit ihren Problemen in der Beratungsstelle nach ihren Aussagen ernstgenommen werden, wird von den Eltern besonders hervorgehoben und als entlastend bezeichnet.

#### *9. Zusammenfassende Schlußbemerkung*

Die Eltern-Kind-zentrierte und interaktive Beratung zeigt eine Beratungsmethode auf, die den spezifischen Anforderungen dieses Klientels gerecht wird und sich von psychotherapeutischen Verfahren abgrenzt. Dadurch wird dem Charakter einer Anlaufstelle entsprochen, da weniger Barrieren für die Inanspruchnahme vor Hilfen besteht. Die Akzeptanz und die Erfolge der Beratungstätigkeit in dieser Einrichtung resultieren aus dem bestehenden Grundverständnis von Elternberatung. Die Sichtweise, daß die Eltern indirekt Betroffene sind, stellt auch sie in den Mittelpunkt der Beratung. Dieser Sichtweise entspricht ein Eltern-Kind-zentriertes und interaktives Vorgehen im Beratungsgespräch. Die Interaktion als Kriterium für eine unterschiedliche Gewichtung von Gesprächselementen entspricht der Anerkennung der Eltern als eigenständige Persönlichkeiten und nicht nur als ein Modul im Entwicklungsprozeß des Kindes.

Bei einem Rückblick auf die Arbeit der Beratungsstelle wäre eine Etablierung dieser In-

stitution wünschenswert, da der z.Zt. bestehende zeitliche Umfang den Bedarf nicht deckt. Auch bei einer stärkeren Verankerung dieser Einrichtung in das kommunale psychosoziale System würde keine Konkurrenz gegenüber anderen Therapeuten geschaffen, da die Arbeit der Kontakt- und Beratungsstelle sich als zusätzliches und ergänzendes Angebot versteht und Kooperationen mit anderen Therapieeinrichtungen begrüßt.

## Literatur

- Bindel, W.-R.*: Stottern als Redeabstimmungsstörung. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5, Berlin 1992, 348-358.
- Breckow, J.*: Elternarbeit und Gesprächsführung. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 1, Berlin 1989, 281-293.
- Breckow, J.*: Zusammenarbeit mit Eltern von sprachbehinderten Kindern im Früh- und Elementarbereich. *Die Sprachheilarbeit*, 32 (1987), 119-128.
- Fiedler, P.; Standop, R.*: Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. München/Weinheim, 1986.
- Fox, P.-T. et al.*: A PET study of neural systems of stuttering. *Nature* 382 (1996), 158-161.
- Irwin, A.*: Mein Kind fängt an zu stottern. Stuttgart 1990.
- Katz-Bernstein, N.*: Die Sprache fängt im Körper an. In: *Lotzmann, G.* (Hrsg.): Körpersprache. Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Basel 1993, 76-88.
- Katz-Bernstein, N.*: Therapiebegleitende Elternarbeit bei stotternden Kindern. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5, Berlin 1992, 378-398.
- Kovel, Joel*: Kritischer Leitfaden der Psychotherapie. Frankfurt/Main 1979.
- Krause, R.*: Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart 1981a.
- Motsch, H.-J.*: Problemerkis Stottern. Berlin 1979.
- Motsch, H.-J.*: Die idiographische Betrachtungsweise – Metatheorie des Stotterns. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5, Berlin 1992, 21-39.
- Renner, J.*: Erfolg in der Stottertherapie. Berlin 1995.
- Schulze, H.*: Stottern und Interaktion. Ulm 1989.
- Starkweather, C.*: A multiprocess behavioral approach to stuttering therapy. *Speech, lang and hear.* 1 (1980), 327 – 337.
- Weikert, K.*: Bedingungshintergründe und Entwicklungsverlauf. Warum stottert mein Kind. In: *Heap, R.* (Hrsg.): Wenn mein Kind stottert. Ein Ratgeber für Eltern. Köln 1995.

## Anschrift der Verfasserin

Dipl.-Päd. Jutta Cornelißen-Weghake  
Universität Dortmund FB 13, SuR der Sprachbehinderten  
Postfach 5005000, 44221 Dortmund

Frau Cornelißen-Weghake ist Mitbegründerin und Leiterin der Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder.

Außerdem ist sie als Mitarbeiterin des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums des Lehrgebietes Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten der Universität Dortmund und z.Zt. hauptberuflich als Sprachtherapeutin in der Geriatrie eines Krankenhauses für Akut- und Frührehabilitation in Waltrop tätig.





Rosemarie Bins, Köln

## Depressive Veränderungen bei Aphasiepatienten aus sprachtherapeutischer Sicht

### Zusammenfassung

In vielen Untersuchungen zum Themengebiet der Aphasie wird das Auftreten depressiver Symptome thematisiert. Diesbezügliche Ergebnisse lassen keinen Zweifel daran bestehen, daß nicht wenige Aphasiepatienten an depressiven Symptomen leiden, die sich im Verlauf des Krankheitsprozesses manifestieren können. Daraus ergeben sich vielfältige Schwierigkeiten: Die Motivation der Patienten ist auffallend herabgesetzt, (sprach-)therapeutische Interventionen können nicht in zufriedenstellender Weise durchgeführt werden und der Rehabilitationserfolg ist eindeutig geschmälert. Vor diesem Hintergrund ist eine möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung der depressiven Veränderungen bedeutsam. Eine entsprechende Differentialdiagnose ist allerdings aufgrund neurologischer Begleiterscheinungen und der Aphasie zugrunde liegender Sprachstörungen nur erschwert möglich. Therapiemöglichkeiten sind bisher nur ansatzweise thematisiert worden.

Diese Thematik wurde zum Anlaß für eine Fragebogenerhebung, die erfassen sollte, in welcher Weise die Probleme, die sich im Zusammenhang mit depressiven Aphasiepatienten ergeben, in der Sprachtherapie auftreten und in welcher Weise die behandelnden Sprachtherapeuten mit diesen Problemen umgehen.

### 1. Einleitung

Insbesondere im angloamerikanischen Raum sind unterschiedliche Studien über den Zusammenhang von Depression und Aphasie verfaßt worden (z.B. *Benson/Ardila* 1993; *Gainotti* 1972; *Starkstein/Robinson* 1988, 1993). Die Ergebnisse sind teilweise sehr heterogen und aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen und verschiedener Konzeptannahmen nicht zu vergleichen. Grundlegend kann zwischen psychodynamischen Modellen und Modellen der „poststroke depression“ unterschieden werden. Bei den psychodynamischen Modellen wird von einer psychogenen Verursachung der Depression ausgegangen. Die Depression entsteht demzufolge als Reaktion auf die

erlittene Krankheit und wird als normale Gefühlsäußerung im Verlauf des Krankheitsprozesses angesehen. *Gerstenberger* und *Tanner* (1988) gehen davon aus, daß Schlaganfallpatienten mit unterschiedlichen Verlusterlebnissen konfrontiert werden. Für die intrapsychische Verarbeitung dieser Verlusterlebnisse postulieren sie einen Phasenverlauf, bei dem die Depression eine notwendige Phase für die Krankheitsbewältigung darstellt.

Demgegenüber gehen die Modelle der „post-stroke depression“ von einer primär endogenen Zuschreibung der depressiven Störungen nach cerebrovaskulären Insulten aus. Sie postulieren, daß die Depression aufgrund von cerebralen Veränderungen entsteht (*Starkstein/Robinson* 1988, 1993). Diesbezügliche Untersuchungen ergaben einen Zusammenhang zwischen Schwere der Depression und Lokalisation der Hirnläsion. Bei linksanterioren Hirnläsionen traten signifikant häufiger Depressionen auf als bei linksposterioren oder rechtshemisphärischen Störungen.

Vor dem Hintergrund weiterführender Studien von *Starkstein* und *Robinson* entwickelte *Herrmann* (1991) ein integratives Modell, in dem davon ausgegangen wird, daß in der initialen Phase des Krankheitsprozesses depressive Symptome aufgrund cerebraler Veränderungen entstehen, im weiteren Verlauf jedoch zunehmend körperliche, kognitive und psychosoziale Faktoren für die Entstehung oder Aufrechterhaltung depressiver Veränderungen von Bedeutung sind.

Bei der diagnostischen Erfassung depressiver Begleitstörungen im Zusammenhang mit Aphasie treten unterschiedliche Probleme auf. Es ist aufgrund der eingeschränkten Sprache der Aphasiepatienten in vielen Fällen nicht möglich, diagnostische Verfahren einzusetzen, anhand derer eine relativ ein-

deutige Diagnose erstellt werden kann. Weiterhin erschwerend kommt hinzu, daß neuropsychologische Begleitscheinungen generell nach Hirnschädigungen auftreten können (wie z.B. Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen), die jedoch gleichermaßen als depressive Symptome gedeutet werden können. Eine eindeutige Differentialdiagnose ist hierbei kaum zu leisten.

Für den Bereich der Therapieinterventionen bei depressiven Aphasiepatienten sind in der Literatur bisher kaum konkrete Aussagen gemacht worden. Grundlegend kann zusammengefaßt werden, daß Befürworter der Konzepte zur „poststroke depression“ die Behandlung mit Antidepressiva nahelegen, während Befürworter der psychodynamischen Modelle beraterische und psychotherapeutische Ansätze vertreten (Benson/Ardila 1993, Herrmann 1991).

Vor dem Hintergrund der theoretischen Auseinandersetzung, die hier in sehr gekürzter Form dargestellt wurde, entstand das Interesse, die subjektiven Einschätzungen, Sicht- und Handlungsweisen von Sprachtherapeuten im Hinblick auf depressive Aphasiepatienten in einer Studie zu erheben. Aus den unterschiedlichen Forschungsmethoden wurde die Form des Fragebogens als geeignete methodische Vorgehensweise ausgewählt.

## 2 Fragestellungen, Ziele und Durchführung der Befragung

Der Fragebogen bestand überwiegend aus offenen Fragen. Für die Auswertung der erhobenen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993, 1995) angewandt. Das grundlegende Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Bearbeitung von verbalem Material, das aus Kommunikationsprozessen gewonnen wird. Dadurch ist die Intersubjektivität und damit auch wissenschaftliches Arbeiten gewährleistet (Mayring 1995). Eine systematische Bearbeitung wurde erreicht, indem aufgrund der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand bei der Erstellung des Fragebogens eine inhaltliche Anordnung der Fragen vorgenommen wurde, wobei vier grundlegende Kategorien entwickelt wurden. Die Darstellung der Ergebnisse und Interpretationen wird später anhand

dieser Kategorien vorgenommen:

1. Subjektive Beobachtungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen von Sprachtherapeuten hinsichtlich depressiver Verstimmungen bei Aphasiepatienten
2. Handlungsweisen und Strategien von Sprachtherapeuten im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten
3. Verständnis der Sprachtherapeuten von Sprachtherapie im Hinblick auf ihre Aufgaben und Grenzen
4. Möglichkeiten der Unterstützung für Sprachtherapeuten im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten

Die erste Kategorie befaßte sich mit Fragen über das Vorkommen depressiver Symptome sowie deren Auftretenshäufigkeit. Sie beinhaltete weiterhin Fragen über Auffälligkeiten der depressiven Symptomatik im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Aphasieformen und über die Zeiträume, in denen die Symptome zu beobachten waren. Abschließend wurde erfragt, inwieweit die depressiven Symptome der Patienten die sprachtherapeutische Arbeit beeinflussen würden. Die Fragen der zweiten Kategorie zielten auf die Reaktionen und Verhaltensweisen der Sprachtherapeuten im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten ab, sowie auf die Erhebung spezieller Interventionsstrategien. Der dritte Themenbereich beschäftigte sich mit der Frage nach dem Verständnis von Sprachtherapie. Hierbei galt es herauszufinden, ob Sprachtherapeuten die depressiven Verstimmungen der Aphasiepatienten innerhalb der Sprachtherapie für behandlungsbedürftig erachten. Mit dieser Frage sollte die Sichtweise von Sprachtherapeuten bezüglich des sprachtherapeutischen Aufgabengebietes erfaßt werden. Die letzte Kategorie umfaßte zwei Fragen zu den von Sprachtherapeuten genutzten Unterstützungsmöglichkeiten. Bei der ersten Frage war von Interesse, zu sehen, ob bisher Fortbildungen besucht worden waren, die für die Arbeit mit depressiven Aphasiepatienten genutzt werden konnten. Die zweite Frage ging auf vorhandene oder nicht vorhandene Unterstützung durch andere Fachpersonen ein (z.B. Psychotherapeuten, Psychologen).

Der Fragebogen wurde an insgesamt 60 Einrichtungen innerhalb Deutschlands ver-



schickt; jede Einrichtung erhielt jeweils vier Fragebögen. In einem mitgesandten Begleitschreiben wurde das Untersuchungsvorhaben erläutert. Der Adressatenkreis bestand sowohl aus Kliniken (Rehakliniken, Akutkliniken, Krankenhäusern) als auch aus sprachtherapeutischen Praxen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß unter dem Terminus „Sprachtherapeuten“ alle Berufsgruppen verstanden werden, die eine sprachtherapeutische Tätigkeit ausführen. Die Rücklaufquote der vorliegenden Untersuchung lag mit 53% von Rückantworten sehr hoch. Daraus ergab sich eine Anzahl von 67 auszuwertenden Fragebögen.

### 3. Ergebnisse und Interpretationen

Die Darlegung der Ergebnisse erfolgt anhand der jeweiligen Fragestellungen des Fragebogens, die den bereits aufgeführten vier Kategorien zugeordnet sind. Schwerpunktmäßig werden die zusammengefaßten Kernaussagen wiedergegeben; aus den Fragebögen entnommene Originalaussagen werden in Anführungszeichen gesetzt.

#### 3.1 Subjektive Beobachtungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen von Sprachtherapeuten hinsichtlich depressiver Verstimmungen bei Aphasiepatienten

Die auf die subjektiven Eindrücke der Sprachtherapeuten abzielenden Fragen bezweckten nicht die Erhebung empirisch belegbarer Daten. Das Ziel lag darin, die erhobenen subjektiven Sichtweisen mit empirischen Untersuchungsergebnissen vergleichen zu können. Es sollte erfaßt werden, in welcher Weise sich Probleme im Zusammenhang mit depressiven Veränderungen der Patienten in der Praxis für Sprachtherapeuten ergeben.

##### 3.1.1 Depressive Symptome bei Aphasiepatienten

Die Befragten konnten anhand eines vorgegebenen Antwortkataloges die depressiven Symptome vermerken, die sie bei ihren Patienten beobachtet hatten. Festzustellen war zunächst, daß alle der befragten Sprachtherapeuten von depressiven Verstimmungen oder Begleitsymptomen bei Aphasiepatienten

berichten konnten. Die Symptome, die am häufigsten genannt wurden, waren gedrückte Stimmung (annähernd 100%), Hoffnungslosigkeit, Antriebsminderung, Interessenverlust und Freudlosigkeit. Relativ häufig wurden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Selbstzweifel, Tagesschwankungen und Schuldgefühle beobachtet (um die 50%). Suizidvorstellungen wurden von einem Drittel der Therapeuten bei den Patienten festgestellt, ebenso Schlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, fehlende Reagibilität auf angenehme Ereignisse und Gefühle der Wertlosigkeit. In wenigen Fällen (ca. 8%) wurden Symptome von Selbstverletzungstendenzen, Stupor und Wahnideen beobachtet. Darüber hinaus wurden weitere depressive Kennzeichen bemerkt, die im Fragebogen nicht zur Auswahl standen. Es wurden ein auffallend großer Leidensdruck, Verzweiflung, Suizidversuche, Weinen, Ängste und Gefühle der Auswegslosigkeit genannt. Manche Befragten beobachteten manische Symptome und Hyperaktivität sowie Aggression und Ablehnung. Anhand der Beschreibungen der Sprachtherapeuten wurde deutlich, daß die meisten depressiven Symptome von Aphasiepatienten in einer veränderten Stimmungslage und in einer Antriebshemmung wahrgenommen wurden.

Eine getrennte Auswertung hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung erbrachte im Bezug auf die depressiven Symptome keinen signifikanten Unterschied.

##### 3.1.2 Häufigkeit depressiver Symptome nach Einschätzungen der Sprachtherapeuten

Die Ergebnisse zu den Häufigkeitsangaben depressiver Störungen unterlagen großen Schwankungen. Einige beobachteten bei ungefähr 20% der Patienten depressive Störungen, andere dagegen gingen von nahezu 100% aus. Die meisten Sprachtherapeuten gaben an, daß sie bei 30% der Patienten depressive Symptome beobachten konnten. Diese Aussagen sind vergleichbar mit Ergebnissen wissenschaftlicher Studien, die gleichermaßen unterschiedliche Angaben über die Häufigkeit depressiver Symptome nach Hirnschädigungen hervorbrachten. Die Problematik, daß eine eindeutige diagnostische

Abklärung in vielen Fällen nicht zu leisten ist, wurde in den unterschiedlichen Untersuchungsergebnissen sowie in den sehr differierenden Häufigkeitsangaben der Sprachtherapeuten deutlich.

In der getrennten Auswertung hinsichtlich ambulanter und stationärer Versorgung konnte ein signifikanter Unterschied vermerkt werden. Die Therapeuten aus stationären Einrichtungen gaben an, daß ca. 20 bis 40% der Patienten an depressiven Störungen leiden, wohingegen die in der ambulanten Versorgung tätigen Sprachtherapeuten ein Auftreten depressiver Symptomatik von 60 bis 70% beobachteten. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Annahme von *Herrmann* (1991), der in seinem Modell davon ausgeht, daß bei Patienten nach Abschluß der Rehabilitationsmaßnahmen ein Einbruch depressiver Symptome erfolgen könne.

### 3.1.3 Unterschiede depressiver Symptome im Hinblick auf die verschiedenen Aphasieformen

Bei dieser Frage ging es um Auffälligkeiten im Hinblick auf Häufigkeit und Art depressiver Symptome bei unterschiedlichen Aphasieformen. In den Untersuchungen von *Gainotti* (1972) sowie von *Starkstein* und *Robinson* (1988) wird davon ausgegangen, daß depressive Symptome häufiger im Zusammenhang mit Broca-Aphasien auftreten und seltener im Zusammenhang mit Wernicke-Aphasien. Die Auswertung dieser Studie bestätigte diese Auffälligkeit. Die meisten der befragten Sprachtherapeuten beobachteten bei Patienten mit Global- und Broca-Aphasie die häufigsten depressiven Verstimmungen. In Verbindung mit einer Wernicke-Aphasie wurden seltener depressive Symptome auffällig. Den Grund hierfür sahen viele in einem geringen Störungsbewußtsein, einer verminderten Eigenwahrnehmung und einem nicht so ausgeprägten Leidensdruck. Mit zunehmender Eigenwahrnehmung der Patienten wurden auch ansteigende depressive Verstimmungen beobachtet.

Auch im Bezug auf die Art der depressiven Symptome konnten einige Sprachtherapeuten Unterschiede feststellen. Im Zusammenhang mit Global- und Broca-Aphasien wurden Symptome wie Hoffnungslosigkeit, An-

triebsminderung, Freudlosigkeit, Verzweiflung und Suizidgedanken angegeben. Es wurde zudem beschrieben, daß die Symptome oftmals gegen die eigene Person gerichtet seien. Die Patienten seien eher introvertiert und zeigten Selbstzweifel. Die Symptome blieben über eine längere Zeit konstant. Im Zusammenhang mit Wernicke-Aphasien wurden Symptome von Konzentrationsstörungen und Aggressivität sichtbar. Im Gegensatz zu den Patienten mit Broca-Aphasie wurden die Patienten eher als extrovertiert beschrieben. Die Stimmungsäußerungen seien großen Schwankungen unterlegen, die von euphorischer Stimmungslage bis zu Verzweiflung und Trauer reichen würden.

Diese Ergebnisse überschneiden sich mit den Berichten von *Gainotti* (1972), der ähnliche Auffälligkeiten hinsichtlich der Art depressiver Symptomatik im Vergleich der unterschiedlichen Aphasieformen beobachtet hat.

### 3.1.4 Depressive Verstimmungen in bestimmten Phasen der Rehabilitation

Vor dem Hintergrund des Modells von *Herrmann* (1991) sollte bei dieser Frage erhoben werden, ob depressive Symptome vermehrt in einer bestimmten Phase der Rehabilitation auftreten. Aufgrund der erhobenen Daten konnte keine signifikante Aussage über ein gehäuftes Auftreten depressiver Symptome in einer bestimmten Rehabilitationsphase gemacht werden. Depressive Symptome wurden in der Akutphase sowie in der stationären und ambulanten Versorgungszeit beobachtet.

Die Beobachtungen verdeutlichen, daß in allen Phasen der Rehabilitation depressive Symptome in Erscheinung treten können. Einige Sprachtherapeuten sahen auch hier einen Zusammenhang zwischen dem Störungsbewußtsein der Patienten und dem Auftreten depressiver Störungen. Ihren Beobachtungen zufolge traten dann vermehrt depressive Symptome auf, wenn den Patienten das Ausmaß ihrer Erkrankung bewußt geworden war. Eine bestimmte Phase, in der sich das Störungsbewußtsein entwickelt, kann demnach nicht festgelegt werden. Diese Entwicklung hängt von individuellen Faktoren wie z.B. dem vorliegenden Krankheitsbild und der prä-morbiden Persönlichkeitsstruktur ab.



### 3.1.5 Zeitliches Ausmaß depressiver Verstimmungen

Bei dieser Frage ging es um das zeitliche Ausmaß depressiver Störungen. Inwieweit werden depressive Symptome hauptsächlich als vorübergehende Verstimmungen beobachtet, die den Gesamtverlauf der (sprach-)therapeutischen Interventionen nicht wesentlich beeinträchtigen oder inwieweit treten die depressiven Symptome langfristig und konstant auf, so daß sie auf viele Bereiche der Rehabilitation Einfluß haben?

Die meisten Therapeuten gaben an, daß bei den Patienten alle Varianten von zeitlichen Phasen (kurze Phasen, lange Phasen und wiederkehrende Intervalle) beobachtet werden konnten. Jeder vierte der Befragten konnte bei den meisten Patienten wiederkehrende Intervalle erkennen, und 18% der Therapeuten beobachteten langandauernde Phasen von depressiven Verstimmungen. Explizit kurze Phasen dagegen wurden nur von sehr wenigen (4%) beobachtet.

Dieses Ergebnis legt nahe, daß sich bei vielen Patienten die depressiven Verstimmungen nicht als vorübergehende Stimmungsschwankungen zeigen, sondern durch ein ernstzunehmendes Krankheitsprofil bestimmt sind.

### 3.1.6 Beeinflussung der Sprachtherapie durch depressive Verstimmungen

Alle befragten Sprachtherapeuten sahen eine Beeinflussung der Sprachtherapie durch die depressiven Verstimmungen ihrer Aphasiepatienten. Viele beschrieben, daß eine Sprachtherapie im „klassischen Sinne“ nicht durchgeführt werden könne. Sie werde oftmals durch Gespräche, in denen die veränderte Situation der Patienten das Thema sei, ersetzt. Eine große Beeinträchtigung sahen viele (21%) in der mangelnden Motivation der Patienten, durch die eine therapeutische Intervention deutlich erschwert sei. Damit seien ausbleibende oder nur sehr geringe Therapieerfolge verbunden. Die Anforderungen müßten auf ein niedrigeres Niveau gebracht werden.

Situationen mit depressiven Patienten wurden teilweise als Teufelskreis beschrieben. Aufgrund mehrerer beeinträchtigter Funktionen der Menschen würden depressive Stö-

rungen wie fehlende Motivation, Antriebsarmut und Ablehnung hervorgerufen. Diese verhinderten eine effektive Sprachtherapie, so daß die angestrebten Ziele in nicht ausreichendem Maße erreicht werden könnten. Die Patienten machten demzufolge weniger Fortschritte. Durch diese Tatsache würde die depressive Symptomatik wiederum verstärkt und der Teufelskreis bestünde weiter fort.

Diese Beschreibungen überschneiden sich mit denjenigen, die in der Literatur z.B. von *Benson und Ardila* (1993) sowie von *Starkstein und Robinson* (1988) gemacht worden sind. Darin wurde eine eindeutige Herabsetzung der Effizienz therapeutischer Interventionen festgestellt, wenn die Patienten über einen längeren Zeitraum depressiv verstimmt waren. Weiterhin wird die Tatsache, daß depressive Symptome die Sprachtherapie in ungünstiger Weise beeinflussen, sowohl von Seiten der Sprachtherapeuten der vorliegenden Untersuchung als auch seitens der Autoren wissenschaftlicher Studien als unbestritten angesehen.

### 3.1.7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der ersten Kategorie lassen erkennen, daß die befragten Sprachtherapeuten ein differenziertes Bild von den Patienten haben. Sie beschreiben detailliert, welche depressiven Begleitstörungen auftreten, in welcher Weise sie verlaufen und wie sie die Sprachtherapie beeinflussen. Jedem Sprachtherapeuten ist die Problematik depressiver Verstimmungen bei Aphasiepatienten vertraut.

Insgesamt können die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien mit den aktuell erhobenen Daten dieser Untersuchung bestätigt werden. Übereinstimmend sind dabei folgende Feststellungen:

1. Depressive Symptome kommen bei vielen Aphasiepatienten vor und stellen ein ernstzunehmendes Problem in der Rehabilitation dar.
2. Depressive Störungen werden häufiger bei Patienten mit Broca-Aphasie beobachtet.
3. Depressive Verstimmungen können sich hinsichtlich der Symptomatik, der Zeitdauer und dem Zeitpunkt des Auftretens auf sehr unterschiedliche Weise zeigen.

4. Das Auftreten depressiver Symptome kann im Zusammenhang mit dem Bewußtwerden der Erkrankung stehen.
5. Depressive Symptome beeinflussen die (sprach-)therapeutische Intervention.

### 3.2 Handlungsweisen und Strategien von Sprachtherapeuten im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten

In welcher Weise konkret auf depressive Aphasiepatienten eingegangen werden kann, ist in der Literatur nur ansatzweise behandelt worden. Von daher lag das Interesse der durchgeführten Studie darin, Handlungsweisen und Strategien von Sprachtherapeuten zusammenzutragen, die sie im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten nutzen.

Aufgrund des sehr umfangreichen Datenmaterials wurde eine weitere systematische Gliederung vorgenommen, indem Unterkategorien gebildet wurden, die im folgenden aufgeführt werden. Sie bezweckten, die genannten Handlungsweisen der Sprachtherapeuten thematisch zu ordnen. In der Praxis gehen die Verhaltensweisen der hier aufgeführten Unterkategorien ineinander über.

#### 3.2.1 Gespräche

Um auf depressive Verstimmungen eingehen zu können, wurden Gespräche als die bedeutsamste Handlungsmöglichkeit genannt. Fast 50% der befragten Sprachtherapeuten bieten Gespräche an, in denen die Patienten die Möglichkeit haben, über ihre Gedanken und Gefühle zu reden. Wichtiger Gesprächsinhalt sei in vielen Fällen die momentane Situation der Patienten. Als bedeutend wurden in diesem Zusammenhang die Variablen von „Zuhören können, Zeit nehmen und Geduld haben“ genannt. Diese Aspekte seien die Voraussetzung für die sehr persönlichen Gesprächssituationen.

Bei stark eingeschränkter Sprachproduktion seitens der Patienten werde versucht, das zu verbalisieren, was der Patient zum Ausdruck bringen möchte. Es wurde für die Begegnung mit depressiven Aphasiepatienten als bedeutsam beschrieben, daß man als Therapeut die Fähigkeit haben müsse, „die Traurigkeit und die Verzweiflung des Patienten zulassen und aushalten zu können“.

Einige Therapeuten erwähnten, daß sie im

Umgang mit depressiven Aphasiepatienten Techniken aus anderen Therapierichtungen umsetzen würden. Genannt wurde die Verhaltenstherapie und die Gesprächstherapie nach Rogers.

#### 3.2.2 Stützende Interventionen

Hierunter wurden insbesondere die Strategien verstanden, die als die grundlegenden Aspekte in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut angesehen werden können. Die akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung des Therapeuten sei von großer Bedeutung. In dem Zusammenhang wurden häufig die Werte „Empathie, Verständnis und Zuhören-Können“ genannt. Mit diesen Werten solle den Patienten das Gefühl gegeben werden, daß sie verstanden und akzeptiert würden.

Als stützende Interventionen wurden ebenso folgende Handlungsweisen angesehen: „Mut zusprechen, Trost spenden und den Patienten ernst nehmen“. Es würde versucht, eine Vertrauensbasis zu den Patienten aufzubauen. Diese Aspekte wurden als sehr wichtige Strategien beschrieben, die für eine positive Intervention bei depressiven Aphasiepatienten unerlässlich seien.

#### 3.2.3 Motivierende und ressourcenorientierte Strategien

Viele Sprachtherapeuten versuchen, die Patienten durch Erfolgserlebnisse zu motivieren. Häufig sei es den Patienten nicht möglich, Erfolge und Fortschritte zu erkennen und wahrzunehmen. Von Seiten der Sprachtherapeuten würde versucht, auf bisherige Fortschritte aufmerksam zu machen und diese den Patienten zu verdeutlichen. Auch sehr kleine Fortschritte würden aufgezeigt und angesprochen, um die Motivation der Patienten zu stärken.

Zudem wurden häufig ressourcenorientierte Strategien genannt. Mit diesen Strategien würde versucht, an den Stärken und Fähigkeiten der Patienten anzusetzen. Auch damit würde das Ziel verfolgt, die Patienten zu motivieren. Es würde einen sehr großen Fortschritt bedeuten, wenn die Patienten erkennen könnten, welche Fähigkeiten sie noch besäßen und was ihnen evtl. Freude bereiten könnte.



Weitere zukunftsorientierte Strategien wurden aufgezeigt. Ausgehend von den Ressourcen der Patienten wurde versucht, weitere Schritte und Möglichkeiten für die Zukunft zu entwickeln. Es würde jedoch darauf geachtet, keine falschen Hoffnungen zu wecken. Vielen Sprachtherapeuten erschien es mit Blick auf die Patienten sehr hilfreich zu sein, Perspektiven aufzuzeigen und gemeinsam mit den Patienten über Lösungsmöglichkeiten nachzudenken. Dadurch würde versucht, den Patienten eine erweiterte Perspektive und etwas mehr Hoffnung für ihr Leben zu ermöglichen.

### 3.2.4 Ablenkungsstrategien im Rahmen der Sprachtherapie

Mit Ablenkungsstrategien sind Versuche gemeint, die Patienten von ihren depressiven Stimmungen wegzuholen und sie zu sprachtherapeutischen Übungen hinzuführen. Diese Verhaltensweisen erschienen laut Umfrage einigen Sprachtherapeuten als sehr hilfreich. Sie versuchten zunächst, auf die depressive Störung einzugehen, legten dann jedoch den Schwerpunkt auf die sprachtherapeutische Intervention. Es wurde berichtet, daß es einigen Patienten sehr helfen könnte, wenn strukturierte Übungen durchgeführt würden. Die depressive Verstimmung sei dann für eine Zeit lang nicht mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Diese Ablenkungsstrategien könnten besonders dann hilfreich eingesetzt werden, wenn die depressive Störung der Patienten eher hirnganisch zu begründen sei. Wenn die Patienten aufgrund ihrer Situation depressiv verstimmt seien, sei eine Ablenkung nicht immer indiziert.

Damit die Patienten möglichst viele Erfolgserlebnisse erkennen könnten, würden die Anforderungen in der Sprachtherapie möglichst gering gehalten. Darüber hinaus würde versucht, lebensnahe Themen zu behandeln, die für die Patienten prägnant wichtig waren. Problemthemen würden dabei möglichst vermieden. Es würde darauf geachtet, die Therapiestunden mit abwechslungsreichem Material zu gestalten. Wichtig erschien in diesem Zusammenhang, daß die Therapieziele für den Patienten überschaubar seien, um Fortschritte besser verfolgen zu können.

Die Wünsche der Patienten würden in der Therapie berücksichtigt.

Einige Sprachtherapeuten merkten an, daß es im Rahmen der Sprachtherapie auch wichtig sei, Informationen über die Störung und die damit zusammenhängenden Aspekte zu vermitteln. Es müsse zum Thema gemacht werden, was in der Sprachtherapie gemacht werde und worin Sinn und Zweck der Übungen liege.

### 3.2.5 Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung von Familienangehörigen und/oder Freunden wurde von den Sprachtherapeuten für sehr bedeutsam gehalten. Dies bezog sich zum einen auf Therapiesitzungen, bei denen die Patienten mit ihren Angehörigen gemeinsam zur Sprachtherapie kommen. Zum anderen bezog es sich darüber hinaus auf Einzelgespräche und Beratungen der Angehörigen. Da die Angehörigen von den depressiven Verstimmungen der Patienten mitbetroffen seien, bräuchten auch sie Unterstützung.

Insbesondere bei sprachlich sehr eingeschränkten Patienten könne die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von großem Gewinn sein. In diesen Gesprächen könnten wertvolle Informationen über die Patienten eingeholt werden.

### 3.2.6 Sonstige Handlungsmöglichkeiten

Unter „Sonstige Handlungsmöglichkeiten“ wurden die Strategien zusammengefaßt, die den vorigen Bereichen nicht zuzuordnen waren und nur sehr selten genannt wurden. So beschrieben z.B. einige Sprachtherapeuten „Humor in der Therapie“ als hilfreich im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten. Einige Therapeuten versuchten, die Patienten durch ihre eigene gute Laune mitzureißen und sie mit ihrer guten Stimmung anzustechen. Eine Aufmunterung der Patienten würde erreicht, indem lustige Themen besprochen würden.

Als weitere Hilfestellung für die Patienten wurde die Einbindung in eine Gruppentherapie und die Vermittlung von Kontakten zu anderen Betroffenen genannt. Die Patienten hätten dort die Möglichkeit, mit Anderen ihre Gedanken und Gefühle auszutauschen. Der

Einsatz von Erfahrungsberichten wurde als eine weitere Hilfsmöglichkeit angewendet. Eine Idee bestand darin, Patienten zu unterstützen, ihre Lebensleitsätze, ihre Erfahrungen, ihre persönlichen Fragen und Erklärungen aufzuschreiben. Über diesen Weg würde die Möglichkeit bestehen, einen Teil der Erkrankung verarbeiten zu können.

Weitere Strategien wie „gemeinsames Singen, (Gesellschafts-) Spiele machen und Malen“ wurden als hilfreich angesehen. Bei einigen Patienten würden Entspannungstechniken und Phantasiereisen durchgeführt. Einige Sprachtherapeuten merkten an, daß eine Überweisung an Psychologen, Ärzte, Gestalttherapeuten oder Musiktherapeuten für einige Patienten von Nutzen sein könne.

### 3.2.7 Zusammenfassung

Es konnte eine Vielzahl an Strategien und Verhaltensweisen erhoben werden. In den Aussagen der befragten Sprachtherapeuten kamen teilweise sehr unterschiedliche Schwerpunkte zum Ausdruck. Als grundlegender Tenor kann jedoch festgehalten werden, daß die Sprachtherapeuten es als unbedingt erforderlich ansehen, den Patienten mit einer wertschätzenden Haltung zu begegnen.

Die Bandbreite der Strategien, die im Umgang mit depressiven Patienten angewendet wird, läßt vermuten, daß nicht nach einem bestimmten Therapiekonzept vorgegangen wird, sondern daß die Therapeuten nach ihren eigenen Vorstellungen handeln. Es werden die Handlungsweisen ausgewählt, die ihnen als sinnvoll im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten erscheinen. Den speziellen Handlungsweisen liegt ein jeweiliges Verständnis von Sprachtherapie zugrunde, welches im folgenden Abschnitt näher betrachtet werden soll.

### 3.3 Verständnis der Sprachtherapeuten von Sprachtherapie im Hinblick auf ihre Aufgaben und Grenzen

In dieser Kategorie wurde die Frage gestellt, ob Sprachtherapeuten die Behandlung depressiver Verstimmungen von Aphasiepatienten innerhalb der Sprachtherapie für sinnvoll halten. Hiermit sollte verdeutlicht werden, welches Verständnis die Sprachtherapeuten

von Therapie haben und welchen Stellenwert das Eingehen auf depressive Verstimmungen für sie hat.

Fast 50% der Sprachtherapeuten sahen es als positiv und notwendig an, auf depressive Verstimmungen innerhalb der Sprachtherapie einzugehen. Dabei ergab sich eine Fülle von Erklärungen und Begründungen, weshalb diese Notwendigkeit bestehe:

Es sei, nach Ansicht der Sprachtherapeuten, von großer Wichtigkeit, auf depressive Verstimmungen einzugehen, da sie die Sprachtherapie in hohem Maße beeinflussen würden. Die Effektivität sei dadurch eingeschränkt und eine konstruktive Arbeit oftmals nicht möglich. Ohne das Eingehen auf die depressive Störung sei die Sprachtherapie sinnlos. Die Behandlung der depressiven Symptomatik käme wiederum der Sprachtherapie zugute, wenn es gelänge, den Teufelskreis zu unterbrechen.

Einige Sprachtherapeuten sprachen die Bedeutsamkeit ihrer Position für die Patienten an. Sie agierten für die Patienten als Kommunikationspartner, als Vermittler oder „Bindeglied“ zur Umwelt. In einem gewissen Rahmen könnten sie die Probleme der Patienten zur Sprache bringen. In vielen Fällen seien die Sprachtherapeuten die Ansprechpartner, denen die Patienten ihr Vertrauen entgegenbringen würden. Der Einfluß der Sprachtherapeuten auf die Patienten sei von daher sehr hoch. Da die Probleme hauptsächlich durch kommunikative Kanäle vermittelt würden, könnte insbesondere in der Sprachtherapie diese Vermittlung am ehesten funktionieren, da die Hilfe und Unterstützung durch Fachpersonen gegeben sei.

Weiterhin wurde angesprochen, daß es als Sprachtherapeut nicht möglich sei, nur die Sprachstörung allein zu behandeln. Sie mache nur einen Teil der Persönlichkeit aus, so daß versucht werden sollte, den Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten. Andere brachten zum Ausdruck, daß das Aufarbeiten der Gefühle eindeutig in das Aufgabengebiet der Sprachtherapie gehöre und von daher auch auf depressive Verstimmungen eingegangen werden müßte. Der Zusammenhang von Sprache und Psyche wurde als Kreislauf beschrieben, was nahe legt, daß diese beiden Bereiche des Menschen nicht



getrennt voneinander behandelt werden sollten. Der Sprachtherapeut habe die Aufgabe, den Menschen in diesen Bereichen zu rehabilitieren und zu stabilisieren. In einem weiteren Beitrag wurde geschrieben, daß die Sprachtherapie in erster Linie dazu diene, „Betroffene zu unterstützen und subjektiv lebensbedeutsame Empfindungen, Meinungen und Bewertungen zur Sprache zu bringen. Die Ignoranz der traurigen Gefühle und Gedanken kann für den Betroffenen zur Chronifizierung der Depression führen.“

Schließlich gab es noch Aussagen von Sprachtherapeuten, die die depressiven Verstimmungen in der Sprachtherapie deshalb behandeln würden, weil es bei Interventionen durch andere Fachpersonen (z.B. Psychologen) aufgrund der Sprachproblematik häufig zu Mißverständnissen kommen würde. Um die Patienten mit ihrer Problematik nicht alleine zu lassen, würden sie in der Sprachtherapie auf ihre Probleme eingehen.

Diese unterschiedlichen Begründungen verdeutlichen das große Aufgabengebiet von Sprachtherapie und die geforderte Vielseitigkeit der Behandelnden. Sie zeigen auch das Verständnis von Sprachtherapie, welches beinhaltet, den Menschen mit seiner gesamten Persönlichkeit anzunehmen und nicht nur die Sprachstörung in den Blick zu nehmen. Dem Aufgabenbereich der Sprachtherapie sind jedoch Grenzen gesetzt. Sprachtherapeuten können nicht zusätzlich die Arbeit von Psychotherapeuten, Psychologen oder Seelsorgern leisten. Die folgenden Aussagen von Sprachtherapeuten, die eine Behandlung der depressiven Verstimmungen innerhalb der Sprachtherapie nicht befürworten (ca. 28%), drücken diese Grenze aus.

Es wurde verdeutlicht, daß es zwar wichtig sei, die depressiven Symptome zu behandeln, jedoch nicht innerhalb der Sprachtherapie. Explizite Begründungen für diese Ansichten wurden bis auf eine Aussage nicht gegeben. Darin wurde erwähnt, daß die Behandlung depressiver Störungen eine Überforderung für die Sprachtherapeuten bedeuten würde. Eine Behandlung durch Psychologen sei angebrachter.

Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Auffassungen von Sprachtherapie hinsichtlich ihrer Aufgaben und Grenzen. Auf der einen

Seite wird auf die depressiven Verstimmungen der Patienten im Sprachtherapieprozeß aktiv eingegangen. Auf der anderen Seite wird eine Überweisung an andere Fachpersonen befürwortet. Bei fast allen Aussagen kommt jedoch zum Ausdruck, daß die depressiven Verstimmungen der Patienten ernstgenommen werden müssen.

### 3.4 Möglichkeiten der Unterstützung für Sprachtherapeuten im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten

Die erste Frage dieser Kategorie bezog sich auf bisher durchgeführte Fortbildungen, die in der Arbeit mit depressiven Aphasiepatienten nutzbar gemacht werden können. Es wurde auch nach Wünschen hinsichtlich spezieller Fortbildungen gefragt. Die zweite Frage hatte zum Ziel, die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen und die damit zusammenhängende Unterstützungsmöglichkeit für Sprachtherapeuten einschätzen zu können.

#### 3.4.1 Fortbildungen

Ca. 80% der befragten Sprachtherapeuten haben bisher keine Fortbildungen gemacht, die sie für Interventionen bei depressiven Aphasiepatienten nutzen konnten. In den meisten Aussagen wurde jedoch ein sehr großes Interesse an Fortbildungen kundgetan. Spezielle Fortbildungen zum Themengebiet der Depression bei Aphasie wurden als wünschenswert, sinnvoll und sehr hilfreich beschrieben. Unterschiedliche Wünsche kamen dabei zur Sprache. Es wurden Fortbildungen aus dem Bereich der Gesprächsführung und der systemischen Familientherapie genannt, ebenso wie Fortbildungen zum Thema „Krankheitsverarbeitung, Krisenbewältigung und Umgang mit dem Tod“. Als wichtiges Thema wurde die Beratung von Angehörigen speziell zum Themengebiet der Depression erwähnt. Bedeutsam seien darüber hinaus Fortbildungen, in denen das eigene Erleben hinsichtlich der Depressionen der Patienten thematisiert würde. Als weitere Fortbildungsinhalte wurden Techniken der Psychotherapie vorgeschlagen, die im Hinblick auf Aphasiepatienten und ihre Angehörigen angewendet werden sollten.

Zu einem geringen Prozentsatz kam zum

Ausdruck, daß kein Bedarf an Fortbildungen bestehen würde. Eine Begründung war, daß es ausreiche, wenn der Patient ernst genommen werde und man in empathischer Weise auf ihn eingehe. Es wurde auch kritisch angemerkt, daß spezielle Fortbildungen für Sprachtherapeuten zu sehr in den psychotherapeutischen Bereich hineinreichen würden.

Einige Therapeuten haben bereits Fortbildungen oder Weiterbildungen gemacht, die sie für ihre Arbeit im Zusammenhang mit depressiven Patienten nutzen können (ca. 15%). Drei Sprachtherapeuten gaben an, daß sie eine NLP-Ausbildung gemacht hätten. Fortbildungen der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach *Rogers* wurden mehrere Male erwähnt, ebenso wie eine gestalttherapeutische Ausbildung. Als weitere Fortbildungen wurden in jeweils einmaliger Aufführung genannt: „Therapie nach *Affolter*, Themenzentrierte Interaktion, Beratung von Aphasikern und Angehörigen und Autogenes Training“. Über die Fortbildungen hinaus haben einige Sprachtherapeuten (ca. 5%) über andere Wege Unterstützung gefunden, z.B. durch ein eigenes Literaturstudium, durch Supervisionen, durch Arbeit in der Psychiatrie oder aufgrund einer vorausgegangenen Ausbildung (Heilerziehungspfleger), in der die Themen Trauer und Depression Inhalt der Ausbildung waren.

Aufgrund der erhobenen Daten stellt sich die Frage, aus welchen Gründen viele der Sprachtherapeuten bisher noch keine Fortbildungen gemacht haben, die sie zur Unterstützung depressiver Aphasiepatienten nutzen können. Nach den bisherigen Auswertungen kann davon ausgegangen werden, daß die Sprachtherapeuten die Problematik der depressiven Symptomatik erkennen und sehr ernst nehmen. Das Ergebnis läßt daraufhin vermuten, daß dem Themengebiet der Depression im Zusammenhang mit Aphasie bisher in der Literatur sowie in Aus- und Weiterbildung nicht viel Beachtung zuteil geworden ist. Das bekundete Interesse der Sprachtherapeuten zeigt allerdings, daß ein Bedarf an speziellen Fortbildungen zum Themengebiet der Depression bei Aphasie besteht.

Im Rahmen der Ausbildung der Sprachbehindertenpädagogen an der Universität zu Köln

wird seit einigen Jahren zunehmend der Blick auf die Beratung von Menschen mit Sprachstörungen gelegt. Es werden Seminare zu diesem Themengebiet angeboten, die auch auf den Zusammenhang von depressiven Verstimmungen bei Aphasiepatienten eingehen (vgl. *Die Sprachheilarbeit* 1/1998). Darin zeigt sich, daß eine steigende Beachtung der Thematik angeregt ist.

#### 3.4.2 Zusammenarbeit mit Fachpersonen

Die Ergebnisse hierbei ergaben, daß 61% aller Sprachtherapeuten die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit Fachpersonen haben. Durch die Zusammenarbeit erhalten sie Unterstützung in ihrer Arbeit mit depressiven Aphasiepatienten. Sie haben damit auch die Möglichkeit, die Patienten an die Fachpersonen zu verweisen. Neuropsychologen, Psychologen, Psychotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und Musiktherapeuten wurden als zuständige Fachpersonen genannt. In den meisten Fällen arbeiteten sie in der gleichen Einrichtung.

Über 25% der Sprachtherapeuten können auf diese Unterstützungsmöglichkeit nicht zurückgreifen. Davon sind insbesondere die Sprachtherapeuten betroffen, die die Patienten ambulant versorgen. Eine Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten sei sehr selten. Aber auch im Bereich der stationären Versorgung wurden Lücken in der psychologischen Versorgung angesprochen.

Einer Überweisung der Aphasiepatienten an andere Fachleute ständen einige Hinderungsgründe im Wege. Grundlegend würde die Problematik bestehen, daß ein intaktes Sprachverständnis der Patienten Voraussetzung und Bedingung für eine Überweisung sei, das aber nicht immer gegeben sei. Psychologen oder Psychotherapeuten in der Klinik sehen sich in vielen Fällen nicht in der Lage, depressive Aphasiepatienten zu behandeln. Sie seien im Umgang mit ihnen überfordert, da sie sich zuwenig mit der Sprachproblematik auskennen würden. Es seien kaum Psychotherapeuten (oder andere Fachpersonen) bekannt, die sich auf Aphasiepatienten eingestellt hätten. Es wurde auch erwähnt, daß die Psychologen in der Klinik eher für die Diagnostik und die Behandlung von neuropsychologischen Störungen zu-



ständig seien, anstatt für die Bewältigungshilfe bei depressiven Problemen. Zusammenfassend wird deutlich, daß ein Großteil der Sprachtherapeuten in den Kliniken die Möglichkeit besitzt, mit Fachpersonen, wie Psychologen oder Psychotherapeuten, zusammenzuarbeiten. In einigen Kliniken besteht offensichtlich ein gut funktionierender interdisziplinärer Austausch. Den ambulant tätigen Sprachtherapeuten insbesondere fehlt jedoch oftmals die Unterstützung durch andere therapeutische Fachleute. Es sind deutliche Hinderungsgründe vorhanden, die eine Überweisung der Patienten verhindern. Es besteht dabei die Gefahr, daß eine optimale Versorgung der Patienten so nicht gewährleistet werden kann.

### 3.5 Auswertung „Sonstiges“

Zum Schluß des Fragebogens war für die Befragten die Gelegenheit, bisher nicht bedachte Aspekte zum Ausdruck zu bringen. In vielen Rückmeldungen wurde nochmals das Problem dargestellt, daß Aphasiepatienten mit ihren psychischen Problemen vielfach alleine gelassen würden. Sprachtherapeuten seien im Hinblick auf depressive Verstimmungen nicht hinreichend ausgebildet und Therapeuten aus dem psychologischen Bereich seien mit der Sprachstörung Aphasie nicht vertraut. Demzufolge wurde wiederholt der Vorschlag gemacht, durch Zusatzqualifikationen und spezielle Fortbildungen diese Lücke zu schließen. Ebenso erforderlich erschien eine stärkere Berücksichtigung des Themengebietes innerhalb der Ausbildung und des Studiums. In einer weiteren Rückmeldung wurde der Wunsch nach einem „Krisenberater“ ausgedrückt. Dieser könne den Patienten eine bessere Hilfestellung bei der Bewältigung der veränderten Lebensumstände leisten, als eine Vielzahl von unterschiedlichen „Spezialtherapien“. In einem Beitrag wurden Gefühle von eigener Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Überforderung beschrieben, die im Umgang mit depressiven Aphasiepatienten aufgetreten waren. Eine adäquate Hilfestellung von Seiten anderer Fachpersonen sei nicht vorhanden gewesen. In anderen Beiträgen wurde angefragt, inwieweit eine Tendenz zur Depression nicht

zum Krankheitsbild der Aphasie dazugehören würde und inwiefern eine reaktive Depression nicht eine normale Reaktion sei. In einem Beitrag wurde davon ausgegangen, daß eine Überbewertung der natürlichen depressiven Reaktionen eher eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bedeuten würde.

### 3.6 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie lag in einer Erhebung der Beobachtungen, Sicht- und Handlungsweisen und Einstellungen von Sprachtherapeuten hinsichtlich depressiver Verstimmungen bei Aphasiepatienten. Die vorliegende Untersuchung konnte in Übereinstimmung mit ihrer Zielvorstellung eine ausführliche Erhebung unterschiedlicher Bereiche, die in Zusammenhang mit Aphasie und Depression stehen, erbringen.

Die umfassende Bearbeitung war aufgrund der vielen Rückantworten und der vielfach ausführlichen Beantwortung der Fragebögen möglich. Demnach kann darauf geschlossen werden, daß die Motivation der Befragten für die Auseinandersetzung mit diesem Themengebiet sehr hoch war. Folgende wichtige Aspekte konnten herausgearbeitet werden, die zur Verdeutlichung abschließend noch einmal zusammengefaßt werden:

1. Depressive Verstimmungen von Aphasiepatienten werden von Sprachtherapeuten in differenzierter Weise beobachtet und wahrgenommen. Die sich daraus ergebende Problematik ist im Bezug auf eine erfolgreiche sprachtherapeutische Intervention unbestritten.
2. Die Handlungsweisen der Sprachtherapeuten sind sehr vielseitig. Ein Hauptschwerpunkt der Interventionen bei depressiven Aphasiepatienten liegt dabei auf Gesprächen mit den Patienten, in denen die Krankheit, die momentane Situation sowie Gefühle und Ängste zum Thema gemacht werden.
3. Ein Großteil der Sprachtherapeuten sieht in der Behandlung der depressiven Symptome von Aphasiepatienten eine Aufgabe, die in den Bereich der Sprachtherapie fällt. Vielfältige Begründungen werden hierbei angeführt. Andere Therapeuten sehen keine Behandlungsnotwendigkeit

der depressiven Störungen innerhalb der sprachtherapeutischen Arbeit.

4. Eine Zusammenarbeit mit anderen therapeutischen Fachpersonen, wie Psychotherapeuten und Psychologen, ist vielen Sprachtherapeuten möglich. Es handelt sich dabei meistens um Sprachtherapeuten, die in der stationären Versorgung tätig sind. Sprachtherapeuten aus der Praxis fehlt in vielen Fällen eine Zusammenarbeit. Die Behandlung der depressiven Aphasiepatienten durch andere Fachpersonen gestaltet sich schwierig und ist aufgrund der Sprachstörung oftmals nicht adäquat durchführbar.
5. Die meisten Sprachtherapeuten haben bisher keine Fortbildungen gemacht, die sie in der Arbeit mit depressiven Patienten nutzen können. Spezielle Fortbildungen wurden bisher nicht angeboten, sind jedoch sehr erwünscht und werden als hilfreich angesehen.

Wie deutlich wurde, beinhaltet die Befragung sehr viele Aspekte hinsichtlich der Problematik depressiver Symptomatik bei Aphasiepatienten. Sie bietet damit zahlreiche Ansatzpunkte für weitere Forschungen. Eine differenziertere und ausführlichere Betrachtung einzelner Aspekte ist wünschenswert und sicher von großer Bedeutung.

#### Literatur

- Benson, D.M.; Ardila, A.: Depression in Aphasia. In: Starkstein, S.E.; Robinson, R.G. (Hrsg.): Depression in neurologic disease. The Johns Hopkins series in psychiatry and neuroscience. Baltimore 1993, 152-164.
- Bins, R.: Zur Bedeutung von Beratung bei Menschen mit Aphasie unter Berücksichtigung depressiver Begleitstörungen. Unveröffentl. Diplomarbeit. Köln 1998.
- Gainotti, G.: Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex* 8 (1972), 41-55.
- Herrmann, M.: Emotional-affektive Veränderungen nach cerebrovaskulären Insulten mit Aphasie. Dissertation. Freiburg i.Br. 1991.
- Herrmann, M.; Bartels, C.; Wallesch, C.: Depression und Aphasie. Konzepte zur Ätiopathogenese und Implikationen für Forschung und Rehabilitation. *Neurolinguistik* 6 (1992), 1-26.
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim 1993.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim 1995.
- Starkstein, S.E.; Robinson, R.G.: Aphasia and depression. *Aphasiology* 2 (1988), 1-20.
- Starkstein, S.E.; Robinson, R.G.: Depression in cerebrovascular disease. In: Starkstein, S.E.; Robinson, R.G. (Hrsg.): Depression in neurologic disease. The Johns Hopkins series in psychiatry and neuroscience. Baltimore 1993, 28-49.
- Tanner, D.C.; Gerstenberger, D.L.: The grief response in neuropathologies of speech and language. *Aphasiology* 2 (1988), 79-84.

#### Anschrift der Verfasserin

Dipl. Päd. Rosemarie Bins  
Venloer Str. 695  
50827 Köln

Dipl. Päd. Rosemarie Bins arbeitet seit dem Abschluß des Studiums der Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln in einer sprachtherapeutischen Praxis in Düsseldorf.



## MAGAZIN

## dbs – Beruf und Politik im Verband

## Liebe Leserin, lieber Leser,

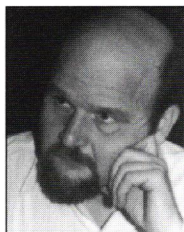
Sie erinnern sich vielleicht an das Heft 3/99, in dem wir Sie mit den Strukturen und Personalien des dbs vertraut machten? Einer fehlte damals noch im Bunde: das für den Bereich Hochschule zuständige Beiratsmitglied. Der dbs konnte hierfür Herrn Prof. Dr. Gerhard Homburg gewinnen, der heute 'ins Profil' genommen wird. Im Übrigen lesen Sie, wie die Vorbereitungen für das Bundes-Sprachtherapeutengesetz vorangehen, die Ankündigung unserer Teilnahme auf der Reha '99 und einen Bericht anlässlich des 10jährigen Bestehens der Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen. Ganz besonders ansprechen möchten wir in dieser Ausgabe auch die Studierenden, die stärker und funktionsgebunden in die Verbandsarbeit mit einbezogen werden sollen. Und, last not least, beachten Sie doch bitte auch wieder unser Fortbildungsprogramm!

Als Koordinatorin dieser Rubrik freue ich mich wie immer auf Ihre Anregungen, Kommentare und Beiträge zur lebendigen Berufspolitik!

Ulrike de Langen-Müller

Kontakt: Mozartstr. 16, 94032 Passau,  
Tel.: 0851-9346361

## Im Profil



Ich bin Gerhard Homburg, geb. 1939, verheiratet, zwei erwachsene Söhne, zwei Enkelkinder.

Meine berufliche Entwicklung: Lehrerstudium in Bremen und Marburg 1958 – 1961, Studium zum Sprachheil-, Schwerhörigen- und Gehörlosenlehrer in Hamburg 1968, 5 Jahre Sprachheillehrer, als Seminarleiter Aufbau des Referendariats für Sonderschulen, Promotion, Professor für Sprachheilpädagogik an der Universität Bremen, Aufbau des Lehrgebietes, Rufe an die Universitäten Hannover und Marburg.

Langjähriger Vorsitzender der Landesgruppe Bremen der dgs. Mitarbeit in zahlreichen Ausschüssen und an fachlichen und berufspolitischen Positionspapieren.

Seit 1991 Vorsitzender der Dozentenkonferenz.

Zur Mitarbeit als Hochschulvertreter im Vorstand des dbs von V. Maihack überredet, zugesagt vor allem wegen der anstehenden Arbeit am Sprachtherapeutengesetz.

Interessen: Musik, Kochen, Reisen, Joggen im Watt mit Badehose in der Hand.

Prof. Dr. Gerhard Homburg, Universität Bremen

Tel. dienst.: 0421 – 218 3591, Sekr.: 2102591,

priv. 0421 – 631859, Fax: 0421 – 6362960

## Frischer Wind bei den Berufsverbänden: Die Zusammenarbeit gewinnt Konturen

In der Kooperation zwischen den sprachtherapeutischen Berufsverbänden haben sich in den letzten Monaten Entwicklungen ergeben, die von großer Tragweite sind: Die Verbände sitzen an einem Tisch und ziehen an einem Strang! Wir möchten darüber berichten, wie es dazu gekommen ist und welche Ergebnisse bisher erzielt wurden.

Mit der gemeinsamen Erklärung der sprachtherapeutischen Berufsgruppen Deutschlands, die im Januar 1999 erstellt und im Heft 2/1999 der „Sprachheilarbeit“ veröffentlicht wurde, hat eine intensive Arbeitsphase begonnen, an der Vertreterinnen und Vertreter aller in der Sprachtherapie tätigen Verbände beteiligt sind. Auf der Sitzung der KaSD (Konferenz der akademischen Sprachtherapeuten Deutschlands) im Mai 1999 wurde beschlossen, eine AG einzurichten, die ein Konzept für bundeseinheitliche Studienstrukturen erarbeiten soll. Diese KaSD AG „Hochschulstudium Sprachtherapie“ hat sich zu Arbeitssitzungen am 25.06. und 01.09. in Hannover getroffen.

Unter Leitung von Theo Borbonus, KaSD-Vorsitzender und 2. Bundesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), waren folgende Verbände vertreten:

- Bundesverband Klinische Linguistik e.V. (BKL) mit Dr. Ernst de Langen und Frank Ostermann
- Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer e.V. (dba) mit Marion Walke
- Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen e.V. (dbs) mit Prof. Dr. Gerhard Homburg und Dr. Claudia Iven

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) mit Dr. Heidrun Macha-Krau und Hartmut Zückner
- Deutscher Bundesverband Klinischer Sprechwissenschaftler e.V. (DBKS) mit Prof. Dr. Lutz Christman Anders und Gerda Falgowski

Das Ziel dieser AG ist es, sowohl den politischen Gremien als auch den vertretenen Verbänden Vorlagen zu liefern, mit denen zum einen an der Harmonisierung der verschiedenen nationalen Ausbildungsgänge auf Hochschulniveau gearbeitet werden kann und mit denen andererseits die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Sprachtherapeuten-Gesetzes vorangetrieben werden kann. Grundlage der Verhandlungen waren die im Heft 1/1999 in der „Sprachheilarbeit“ veröffentlichten Qualitätsstandards für die akademische Ausbildung von Sprachtherapeuten, die in den IALP-Richtlinien festgehaltenen europäischen Standards, das europäische Berufsprofil der Logopäden und das Eckpunktepapier von dbl und dgs/AGFAS für die zukünftigen Studienstrukturen (veröffentlicht in Heft 3/1999 der „Sprachheilarbeit“).

Zwar wurde bei der ersten Sitzung in inhaltlichen Details durchaus kontrovers diskutiert, aber die übergreifende gemeinsame Richtung hat zu einer sehr konstruktiven und effektiven Arbeitsatmosphäre geführt. Alle Beteiligten waren sich über die Grundlagen-Papiere und die Zielsetzung einig und haben die Struktur eines Konsenspapiers konzipiert, das von Dr. Claudia Iven (dbs) und Hartmut Zückner (dbl) schriftlich erstellt und am 01.09.99 von den Verbandsvertretern endgültig bearbeitet und verabschiedet wurde.

Mit diesem Konsenspapier liegt ein historischer „Meilenstein“ vor, der vor dem Hintergrund der (berufs-)politischen Querelen der letzten Jahre lange kaum denkbar erscheint:

Die Verbände legen gemeinsam den Entwurf eines einheitlichen Berufs- und Ausbildungsprofils für Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten in Deutschland vor, in dem ein akademisches Studium mit verpflichtendem Kerncurriculum festgeschrieben wird, das den europäischen Ausbildungsstandards entspricht. Als öffentlichkeitswirksame Komponente, die die weitere politische Diskussion unterstützen soll, beschreibt das Konsenspapier die Sprachtherapie als eigenständigen wissenschaftlichen Heilberuf und dokumentiert das Einvernehmen der Berufsverbände über die zukünftige Struktur des Ausbildungsganges und Berufsbildes der Sprachtherapie. Dabei werden sowohl das sprachtherapeutische Selbstverständnis als auch die beruflichen Tätigkeitsfelder, die Studienstruktur, die darin einzubettenden Praxisanteile, die Qualifikation zu Forschungstätigkeiten und die Weiterbildungsverpflichtungen thematisiert.

Wie geht es weiter? Zunächst wird das von der AG erstellte Papier in den Vorstandssitzungen der einzelnen Verbände vorgelegt und diskutiert. Wenn es von den Verbänden akzeptiert wird, wird mit dem Konsenspapier den politischen Gremien und dem Gesetzge-

ber ein eindeutiges und vor allem einvernehmliches Signal für ein Bundesgesetz Sprachtherapie gegeben. Darüber hinaus wird die AG weiterarbeiten und die im Eckpunktepapier festgehaltenen zukünftigen Studienstrukturen und Inhalte konkretisieren und in einen Konzeptentwurf überführen, der ebenfalls als Grundlage eines Bundesgesetzes fungieren kann.

Wir hoffen, daß das offene und kompromißbereite Gesprächsklima, das in der AG herrschte, auch zukünftig bestehen bleibt und sich vor allem auch in den größeren Verbandsstrukturen durchsetzen kann. Nur dann kann die erhoffte positive Außenwirkung, die von diesem gemeinsamen Signal des Konsenspapiers ausgeht, auch wirklich eintreten. Wir werden über die weitere Entwicklung berichten.

Theo Borbonus

Dr. Claudia Iven

## 10 Jahre Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen – ein kleiner Beitrag zur Sicherung von Prozeß- und Ergebnisqualität

Im Frühjahr 1989 verließ ein knappes Dutzend Magisterabsolventen der Sprachheilpädagogik die Münchener Universität zum Start in ihre ersten Praxisjahre. Weit verstreut von Ober- nach Niederbayern, dem akademischen Austausch und der universitären Vielfalt beraubt, bestand bei vielen der Bedarf nach informellen Treffen und Erfahrungsaustausch. Frau Susanne Becker, damals tätig im Stift Rottal in Griesbach, rief aus diesem Grund im Winter 1989 die 1 1/2-tägigen Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen ins Leben. In einer Gruppe von 12 Teilnehmern informierten wir uns gegenseitig in kurzen Referaten über unsere Arbeit. Profunden Fortbildungscharakter verlieh damals das Hauptreferat von Frau Prof. Dr. A. Kotten-Sederqvist von der Ludwig-Maximilians-Universität, München, der Veranstaltung.

So ist die Struktur im Prinzip bis heute geblieben. Der damaligen Inhaberin des Lehrstuhls für Sprachbehindertenpädagogik sind weitere namhafte Hauptreferenten wie z.B. Gudrun Bartolome, München, Prof. Dr. Gottfried Diller, Heidelberg, Ulrike Franke, Heidelberg, Prof. Dr. Georg Goldenberg, München, Prof. Dr. Gerd Kegel, München und Dr. Ernst G. de Langen, damals noch Schaufling, gefolgt. Um ihren 1 1/2-stündigen Hauptvortrag gruppieren sich die Referate aus dem Teilnehmerkreis. Dabei wird meist das gesamte Spektrum außerschulischer sprachheilpädagogischer Tätigkeit abgedeckt, jedoch legen die Fachgespräche schon früh einen Schwerpunkt auf die neurologisch bedingten Kommunikations- und Schluckstörungen – damals wohl noch nicht ganz üblich für Sachtagungen von Sprachheilpädagogen. Das Thema des Hauptreferats sollte nach Möglichkeit immer an der Schnittstelle zwischen Erwachsenen- und Kindertherapie, zwischen Neurologie, Neuropsychologie und Pädagogik liegen.



Seit dem Fortgang von Frau *Becker* 1991 aus Griesbach werden die Fachgespräche nun in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Ulrike *de Langen-Müller* an der Neurologischen Klinik des Klinikums Passauer Wolf in Bad Griesbach mit der großzügigen Unterstützung des Hauses fortgeführt. Die Teilnehmerzahlen sind kontinuierlich gestiegen und wurden inzwischen auf 50-60 begrenzt, um den Gesprächscharakter nicht völlig in der Masse untergehen zu lassen. Aus demselben Grund werden seit 1997 auch Workshops mit Supervisionscharakter zu bestimmten Themenkreisen angeboten.

Die Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen finden dieses Jahr zum 10. Mal statt, und wir freuen uns, mit unserem diesjährigen Hauptreferenten Prof. Dr. Friedrich M. *Dannenbauer*, dem Vertreter des Lehrstuhls für Sprachbehindertenpädagogik an der Universität München, den Bogen zur Gründungsveranstaltung spannen zu können. Mit dem Thema 'Probleme der Differentialdiagnose von verbaler Entwicklungsdyspraxie' hoffen wir auf eine rege Diskussion auch mit den an der Sprechapraxie bei Erwachsenen Interessierten.

Die musikalische Einlage des Passauer Quarcello Ensembles auf dem Empfang des Bürgermeisters darf auf der diesjährigen Jubiläumsveranstaltung ruhig auch ein bißchen Festtagsstimmung aufkommen lassen und im satten, sentimental Klang der vier Bässe soll ein herzlicher Dank mitschwingen: an die engagierten Vortragenden und Teilnehmenden der letzten 10 Jahre, die ihre Arbeit dem kritischen und diskussionsfreudigen Publikum vorgestellt und sich damit auch alljährlich der Evaluation ausgesetzt haben.

*U. de Langen-Müller*

## 10 Jahre Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogen

### Einladung und Aufruf zur Vortragsanmeldung

26/27. November 1999 im Klinikum Passauer Wolf  
Bad Griesbach

### Aufruf zur Vortragsanmeldung

Die Griesbacher Fachgespräche bieten ein Forum für die Diskussion praktischer und theoretischer Probleme der sprachheilpädagogischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen. Um der Vielfalt der Arbeitsgebiete der Sprachheilpädagogen gerecht zu werden, sind vielfältige Referatsinhalte denkbar:

- \* Therapiekonzepte
- \* Fallbeispiele
- \* Vorstellung von Diagnose- und Therapiematerial
- \* Ergebnisse eigener wissenschaftlicher Studien
- \* didaktische Probleme des Sonderschulunterrichts
- \* Übersichtsreferate

Etwa ein Drittel der Veranstaltungszeit ist für Beiträge aus dem Bereich der Therapie neurologisch-be-

dingter Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen vorgesehen.

### Organisation:

Frau Susanne *Becker*, M.A.  
Gleißnerstr. 57, 81735 München  
Tel.: 089/6803980

Dr. phil. Ulrike *de Langen-Müller*  
Klinikum Passauer Wolf  
Bgm.-Hartl-Platz 1, 94086 Bad Griesbach  
Tel.: 08532/271611 oder 0851/9346361

### Tagungsbüro:

Frau Luise *Meisenberger*  
Klinikum Passauer Wolf,  
Abt. Sprachtherapie  
Bgm.-Hartl-Platz 1, 94086 Bad Griesbach  
Tel.: 08532/274615

## REHA® International Düsseldorf 3.-6.11.99

Vom 3.-6.11.1999 findet die Reha International 99, Rehabilitation – Hilfen – Pflege für behinderte Menschen, in Düsseldorf statt.

Auch der dbs wird, gemeinsam mit der dgs, auf der Messe vertreten sein.

Auf 12 m<sup>2</sup> möchten wir professionell, kompetent und aufgeschlossen über Sprachbehinderungen, ihre Folgen und Behandlung und natürlich über Berufsbild und Tätigkeitsfelder des Sprachheilpädagogen informieren. Die Aufgaben, Möglichkeiten und Struktur unseres Verbandes, so transparent wie möglich zu machen, wird uns ein Anliegen sein.

Nähere Informationen über die Geschäftsstelle des dbs in Moers.

Sehen wir uns?

Messe Düsseldorf, Reha International 99,  
Halle 09, Stand-Nr. 9H01

## Zum Nutzen der dbS-Mitgliedschaft – 2. Teil – Für Studierende:

**Es gibt gute Gründe, aktives Mitglied des dbS zu werden.**

### Aktive Mitgliedschaft ist Kompetenzerwerb.

Stetig wachsende Mitgliederzahlen – da lachen die Herzen der Verbandsfunktionäre und die der Mitglieder letztlich auch, denn ein mitgliedsstarker Verband, ist ein tat-, weil auch finanzkräftigerer Verband. In der Zeit von Januar bis August 99 konnte der dbs einen Zuwachs von 132 Mitgliedern verzeichnen, darunter 69 Studierende, das sind über 50 % der neuen Mitglieder!

Herzlich willkommen! Sie haben ganz recht, sich bereits während des Studiums für Berufspolitik zu interessieren und durch Ihre Präsenz im Verband auch auf die Notwendigkeit Ihrer Interessenvertretung aufmerksam zu machen. Dem dbs sind die Interessen der Studierenden als zukünftige Vertreter unseres Berufsstandes schon länger ein Anliegen und so freuen wir uns, daß unsere Informationspolitik an den Hochschulen offenbar gefruchtet hat.

Sie merken schon, es folgt ein 'Aber ...' – eine Gruppe, die wächst und weiterhin effektiv arbeiten möchte, muß folgerichtig Arbeits- und Untergruppen bilden, Aufgaben delegieren und Mitglieder mit Zuständigkeitsbereichen betrauen. Kurz, der dbs sucht verantwortungsbewußte Ansprechpartner unter den Studierenden, die den Diskurs zwischen Uni und Beruf aus der Sicht der Studierenden mit organisieren und gestalten.

Mitgliedsbeitrag plus aktive Mitgliedschaft? Ja, Sie haben ganz richtig gelesen. Wird das bezahlt? Nein, das ist eine ehrenamtliche Tätigkeit, bei der aber erfahrungsgemäß Einsatz und Nutzen in einem reziproken Verhältnis stehen können. Wer aktiv im Verband mitarbeitet, ist meist noch ein bißchen besser informiert als die passiven Mitglieder, lernt Zusammenhänge zwischen Beruf und Politik zu verstehen, den Nutzen von Diplomatie zu schätzen, menschliche Kontakte zu knüpfen und auszubauen und das Who-is-Who des deutschen Sprachheilwesens kennen. Aktive Mitarbeit ist Kompetenzerwerb auf inhaltlicher und sozialer Ebene. Wer jetzt mit einsteigt, erlebt noch etwas von der Gründer- und Aufbruchsstimmung des dbs und hebt vielleicht den akademischen Sprachtherapeuten mit aus der Taufe. Die zu erwartenden berufspolitischen Umwälzungen werden am wenigsten vor den Hochschulen halt machen. Informationen und Aktionen müssen gebündelt werden. Werden Sie aktiv! Werden Sie Studentenvertreter für den dbs an Ihrer Hochschule! Interessenten melden sich bitte bei der Geschäftsstelle des dbs in Moers: Tel.: 02841-988919.

### dbs-Fortbildungen

Das dbs-Fortbildungsprogramm, das seit Mai 1999 läuft, erfreut sich großer Beliebtheit und Nachfrage. Im letzten Quartal stehen in folgenden Veranstaltungen noch Plätze zur Verfügung:

#### *Pädaudiologie: Hörstörungen im Kindesalter*

Dieses Seminar baut auf den Grundlagen der Veranstaltung 11/1999 auf und behandelt die Ursachen und Erscheinungsbilder von Hörstörungen bei Kindern. Die TeilnehmerInnen werden in die Methoden der pädaudiologischen Diagnostik eingeführt und bekommen therapeutische Maßnahmen vorgestellt. Einen speziellen Schwerpunkt bildet die apparative Versorgung, insbesondere die Versorgung mit Cochlea-Implantat.

Die Referentin Dr. Cordula Schöler ist Ärztin an der Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie der medizinischen Hochschule Hannover.

#### *Zeitplan:*

Fr. 12.11.99, 16.00 – 19.15 Uhr, Sa. 13.11.99, 9.30 – 18.00 Uhr, So. 14.11.99., 9.30 – 16.30 Uhr

Ort: Institut für Gesundheitsbildung, Hannover

Gebühr: 230,- DM (Nichtmitglieder: 300,- DM)

#### *Zentrale Sprechstörungen: Dysarthrophonien*

Die TeilnehmerInnen werden eingehend mit der Ätiologie und Symptomatologie der Dysarthrien/Dysarthrophonien vertraut gemacht und lernen die verschiedenen Erscheinungsbilder und deren physiologische und psychosoziale Folgen und Begleiterscheinungen kennen. Neben der Vorstellung von Methoden zur Befunderhebung werden sprachtherapeutische Behandlungskonzepte vorgestellt und erprobt, die sich u.a. auf Atmung, Stimmgebung und Artikulation beziehen (max. TN-Zahl: 20).

Die Referentin Dr. Barbara Giel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik der Universität Köln, mit dem Arbeitsschwerpunkt der zentralen Sprach- und Sprechstörungen.

#### *Zeitplan:*

Fr. 26.11.99, 16.00 – 19.15 Uhr, Sa. 27.11.99, 9.30 – 18.00 Uhr, So. 28.11.99, 9.30 – 16.30 Uhr

Ort: Institut für Gesundheitsbildung, Hannover

Gebühr: 230,- DM (Nichtmitglieder: 300,- DM)

#### *Grundlagen der Aphasie*

Das Fortbildungsseminar vermittelt grundlegende und vertiefte Zusammenhänge zwischen sprachlichen Funktionen und Gehirn. Die aphasischen Symptome und Syndrome sowie die oft begleitenden neuropsychologischen Defizite werden erläutert und die verschiedenen Methoden der störungsspezifischen neurolinguistischen und der funktionalen Diagnostik unter förderdiagnostischen Aspekten vorgestellt. Neben Beeinträchtigungen der Lautsprache werden auch die erworbenen Störungen der Schriftsprache intensiv besprochen. Dokumentierte Fallbeispiele von Seiten der TeilnehmerInnen sind, auch zur Förderung der Interaktion, erwünscht.

Der Referent Dr. Ernst G. de Langen ist Klinischer Neurolinguist am Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach.

#### *Zeitplan:*

Fr. 10.12.99, 16.00 – 19.15 Uhr, Sa. 11.12.99, 9.30 – 18.00 Uhr, So. 12.12.99, 9.30 – 16.30 Uhr

Ort: Institut für Gesundheitsbildung, Hannover

Gebühr: 230,- DM (Nichtmitglieder: 300,- DM)

Wegen der großen Nachfrage werden zwei der Seminare wiederholt:

#### *Stimmstörungen in Diagnose und Therapie*

Aus den Erfahrungen, die bei der ersten Durchführung dieses Seminars gewonnen wurden, wird diese Fortbildung nun mit einem leicht modifizierten Konzept angeboten. Zielgruppe sind Einsteiger(innen) in das Thema bzw. Therapeut(inn)en mit eher wenig Erfahrungen in der Stimmtherapie. Nach einer Einführung in die medizinischen und physiologischen Grundlagen werden unterschiedliche Therapieformen erarbeitet und praktisch umgesetzt. Darüber hinaus werden Diagnoseverfahren (z.B. Stimmfeldmessungen)



gen) vorgestellt. Die Schwerpunkte liegen bei Eigenerfahrungen und den konkreten Anwendungsmöglichkeiten für die therapeutische Praxis, hier vor allem im Bereich der funktionellen Stimmstörungen. Nach Wunsch werden Tonträger zur Verdeutlichung einzelner Störungsbilder eingesetzt.

Die Referentin Dr. Claudia Hammann ist Dozentin für Sprachheilpädagogik an der Universität Köln.

**Zeitplan:**

Fr. 19.11.99, 17.00 Uhr – 20.00 Uhr, Sa. 20.11.99, 9.30 – 18.00 Uhr

**Ort:** Sprachtherapeutische Praxis Morfis und Sauer, Pulheim-Stommeln (bei Köln)

**Gebühr:** 150,- DM (Nichtmitglieder: 200,- DM)

**EB-, Schluck- und Trinkstörungen im frühen Kindesalter**

Der Seminartag soll einen ersten Einblick in die Thematik der Eß-, Schluck- und Trinkstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern geben. Neben Fragen der Erkennung und Befunderhebung steht die Anleitung und praktische Übung im Vordergrund. Bitte entsprechende Kleidung (unempfindlich, leicht waschbar) mitbringen. (max. TN-Zahl: 20)

Die Referentin Maria Lange hat mehrere Jahre lang

das Förderzentrum für Kinder der Stadt Düsseldorf geleitet und hat Zusatzausbildungen als *Castillo-Morales*-Therapeutin und als Eßtherapeutin nach Kay Coombes.

**Zeitplan:**

Sa. 13.11.99, 9.20 – 16.00 Uhr

**Ort:** Sprachtherapeutische Praxis Morfis und Sauer, Pulheim-Stommeln (bei Köln)

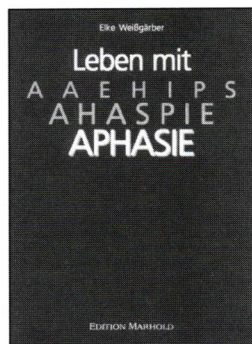
**Gebühr:** 100,- DM (Nichtmitglieder 130,- DM)

Für beide Seminare sind bereits einige Plätze an die Teilnehmerinnen auf den Wartelisten vergeben, so daß auch für die Wiederholung nur ein begrenztes Platzangebot besteht. Je früher die Anmeldung erfolgt, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, teilnehmen zu können.

Weitere Informationen und Anmelde-Unterlagen sind in den monatlichen Rundschreiben des dbs zu finden oder können unter folgender Anschrift angefordert werden:

Dr. Claudia Iven, Am Spelzgarten 12,  
50129 Bergheim-Giessen  
Tel. 02238/44704, Fax 02238/942370

## Rezensionen



**Weißgärber, Elke: Leben mit Aphasie.**

Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin 1999, ISBN 3-89166-986-0

Elke Weißgärber hat just zum Ausgang dieses Jahrtausends ein kompaktes Büchlein über den Sprachverlust vorgelegt, das es gewissermaßen in sich hat und das schon vom Titel her programmatisch ist: *Leben mit Aphasie*.

Sie thematisiert aus sonderpädagogischem Blickwinkel, was es mit der Sprache des Menschen auf sich hat, mit dem Sprachzentrum im menschlichen Gehirn und dessen Funktionsstörungen, mit den aphasischen Symptomen und den Störungen der sprachlichen Modalitäten, beschreibt das klinische Bild der Aphasie, vor allem aber auch den veränderten Lebensalltag als Folge der Aphasie und betrachtet unter diesem Aspekt auch Rehabilitation und Selbsthilfe, wobei sie gezielt die Aphasikergruppe Stuttgart vorstellt und einer empirischen Untersuchung unterzieht. Nach wiederholten Hinweisen darauf, daß Aphasie sehr unterschiedliche Erscheinungsbilder haben kann und daß jeder Aphasiker individuell betrachtet werden muß, kommt es konsequenterweise schließlich zu einer Einzelfallbeschreibung, in der Frau Weißgärber exemplarisch ihre sonderpädagogisch-empathische Beobachtungsgabe unter Beweis stellt. Sonderpädagogische Intuition und wissenschaftlich exakte Beschreibung wechseln sich in ausgewogenem Maße ab. Die Beschreibungen sind formal und inhaltlich auf einem außergewöhnlichen Niveau, wobei Frau Weißgärbers Diktion durch gekonnte Normalität besticht und zeigt, daß sie die in reichem Maße bearbeitete Fachliteratur derart verinnerlicht

hat, daß sie auf Zitate weitgehend verzichten kann – selbstverständlich nicht ohne auch auf entsprechende Vergleiche aus der Fachliteratur zu verweisen. Alles ist sauber, korrekt und nachvollziehbar dargestellt. Zugleich fällt ein sehr sorgfältiger Umgang mit der Fachterminologie auf: Jeder neu verwendete Begriff wird unmittelbar und verständlich „übersetzt“. Anatomische Befunde werden sehr anschaulich, auch durch entsprechende Abbilder, erklärt.

Was Frau *Weißgärbers* Arbeit auszeichnet, ist jedoch nicht so sehr die klinische Deskription (die Fachliteratur hierüber ist bereits umfangreich), sondern die (sonder-)pädagogische Empathie, die Fähigkeit, sich in die einschneidend veränderte Lebenssituation eines Menschen hineinzuversetzen, der völlig unvorbereitet die Selbstverständlichkeit verloren hat, zu sprechen oder Sprache zu verstehen. Dadurch wird das Buch für den Praktiker (Sprachheilpädagogen, Logopäden, Sprachtherapeuten) außerordentlich wertvoll.

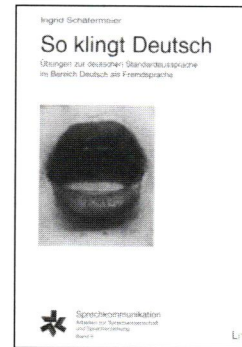
„Der Stillstand bzw. die Heilung des auslösenden hirnganischen Prozesses“, so schreibt *Kroppenberg* im Vorwort, „ist Aufgabe der Medizin. Das Wiedererlangen bzw. Wiedererlernen der (sprachlichen) Symbolfähigkeit, der nur dem Menschen eigenen Möglichkeit, seine und fremde Bewußtseinsinhalte und so eigenes und fremdes Erleben mit Hilfe der Zeichen der Sprachgemeinschaft in Wortschatz, Aussprache und Grammatik verstehen und beantworten zu können (facultas signatrix nach Immanuel Kant) und die partnerschaftliche Beeinflussung des veränderten Lebensalltags in einer Familie als Folge von Sprachverlust sind dagegen originäre, ureigen pädagogische Aufgaben.“

Ganz im Sinne dieser pädagogischen Aufgaben erhält der aufmerksame Leser zugleich mit den Beschreibungen und vor allem mit den konkreten Beobachtungen, ganz besonders dicht in der Kasuistik des Herrn K., eine Fülle praktischer Tips und Verhaltensmaßregeln, sowohl für die Betroffenen selbst als auch für deren Angehörige.

Die empirische Erhebung innerhalb der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Stuttgart ist gut vorbereitet, wird anschaulich präsentiert und gibt dem Leser sogar das Gefühl der Freude, daß er Statistiken verstehen kann. Mit den Ausführungen über die Krankheitsbewältigung bringt Frau *Weißgärber* eine wissenschaftliche Innovation, die mir bis dahin in der Aphasie-Fachliteratur (die ja vorwiegend im medizinischen oder linguistischen Raum angesiedelt ist) in diesem Maße noch nicht begegnet ist. Die Ausführungen über die Krankheitsbewältigung erfolgen zunächst in allgemeiner Form aber auch noch einmal in idiographischer Weise bei der Krankengeschichte des Herrn K. Sie sind quasi der wissenschaftlich manifestierte Niederschlag von Frau *Weißgärbers* Empathiefähigkeit.

Das Buch gehört in die Hand all derer, die in irgendeiner Weise mit Menschen, die ihre Sprachfähigkeit verloren haben, zusammenkommen oder an diesen Menschen interessiert sind.

Reinhard Peter Broich



**Schäfermeier, Ingrid: So klingt Deutsch.** Übungen zur deutschen Standardaussprache im Bereich Deutsch als Fremdsprache. Münster: Lit. 1998 (Sprachkommunikation, Bd. 5), 160 S., br., 34,80 DM, ISBN 3-8258-3744-0

Vergegenwärtigt man sich die Schwierigkeiten, die ein Ausländer mit der deutschen Aussprache hat und wie groß die Mühe ist, seine Aussprachegegewohnheiten dem Deutschen anzugleichen, um möglichst wenig aufzufallen, kann man den Wert dieses Medienverbundes (Buch + CD) gar nicht hoch genug einschätzen.

Das Sprachmaterial, das ausgesucht wurde, um die verschiedenen Lautkombinationen zu üben, zeichnet sich durch seine Vielfalt aus: Die Wörter weisen das jeweilige Ausspracheproblem initial (soweit möglich), final und medial im Wort auf, so daß jede koartikulierende Schwierigkeit geübt werden kann. Und durch die gut eingeordnete CD läßt sich jede Aussprache modellhaft vergleichen.

Schade, daß die Einleitung nicht spezifische Ausspracheprobleme nennt – also bei den Aussiedlern die durchgängig kurzen Vokale, wie bei den Englischsprechern das völlige Fehlen der [y] und ... Bei der großen Erfahrung der Autorin in Aachen gibt es doch sicher einschlägige Erfahrungen, die den Vorgang des „Ins-Bewußtseins-Holens“ erleichtern können.

Ich bin im Zweifel, ob den Ausländern mit einem so peniblen Differenzierungsmuster (13) unterschiedlicher Lautformen gedient ist und ob es der kurzen geschlossenen Vokale tatsächlich bedarf, um sich zu integrieren. Ich bezweifle, ob ein eingeborener Sprecher diese Unterscheidung macht und ob diese Sprachkontrastierung nicht eher wieder zu Auffälligkeiten führt, die ja eigentlich vermieden werden sollen. Leider folgt der Tabelle 1 keine Tabelle 2 (Konsonanten), so daß eine Orientierung in einem weiteren Buch unumgänglich scheint.

Zudem sollte eigentlich immer wenigstens die Zeichnung eine Vorstellung vermitteln, wenn man – aus verständlichen Gründen – auf die fotografische Darstellung verzichtet. Weder beim [s] (112) noch beim



[m] (78) erscheint mir die Zeichnung entbehrlich, zumal bei der [ ] Zeichnung fehlerhaft ins Auge sticht, daß die Zungenspitze zu weit vorn gezeichnet und der Zungenrücken nicht gegen das Palatum gewölbt ist (117).

Konsequent werden Zeichnungen und Lautumschriften eingestreut, wobei stets Vorstellung und Laut miteinander korrespondieren. Das wirkt auflockernd und lernfördernd.

Jedes Kapitel leitet einige Lautvarianten oder einen Lauttyp ein, mit dem in verschiedenen Kontexten geübt und dem verschiedene Komplexitätsstufen zugeordnet sind.

Ab 34 werden komplexere Lautverbindungen geübt, wobei wieder der puristische Ansatz durchscheint: z.B. spricht jeder Alltagssprecher seinen Gruß A:mt oder bestenfalls A:bnt, aber in Kap. 35 (146) ist dieser Beleg nicht zu finden.

Als sehr verdienstvoll empfinde ich die Wortbetonung (148). Erst da – und sehr versteckt – ermuntert die Autorin bestimmte Nutzer (aus Ungarn und Frankreich), diese Übungen besonders zu betreiben.

Fraglich erscheint mir, ob das Problem der Satzintonation eher über die Satzmelodie (wie 151 ff. vorgeschlagen) geübt werden kann, als über die Satzbetonung, weil sie nach meiner Einschätzung das Verständnis besser sichert als die Sprachmelodie und auch von ausländischen Sprechern besser zu adaptieren ist.

Zum Literaturverzeichnis am Schluß des Bandes (156 f.) ließen sich sicher ergänzende Hinweise geben; für nützlich und unentbehrlich für den ausländischen Deutschlehrer halte ich das Heft „Texte hören lernen“ von Peter Kühn, Heidelberg: Groos 1991 (mit 2 MC's). Zudem wäre es angebracht, den Fiuoski Titel in der 5. (noch lieferbaren) Auflage zu zitieren, die seit 1992 in Tübingen beim Niemeyer-Verlag als Studienbuch erscheint. Das Buch von Schäfermeier bildet eine gute und brauchbare Übergangsanleitung, die auch ohne Hör- oder Supervisionskontrolle mit Hilfe der CD's gelingen kann. Es ist sicher jedem Ausländer, der seine Aussprache positiv entwickeln möchte und natürlich jedem Lektor mit solchem Auftrag als Anregung zu empfehlen.

Eberhard Ockel



**Crämer, C./Füssenich, I./Schumann, G. (Hrsg.): Lesekompetenz erwerben und fördern**, Braunschweig 1998, Westermann Schulbuch Verlag, 25,- DM

Immer noch ist im Leseunterricht die Praxis des 'Reihum-laut-Vorlesens' gang und gäbe, obwohl sie beim vorlesenden Kind mit Leseschwierigkeiten zu Frust-erlebnissen führt und auch die Zuhörenden durch die Leseschwierigkeiten das Interesse am Inhalt der Geschichte verlieren. Lehrende, die nach sinnvoller Alternativen beim Leseerwerb suchen, finden in den zwölf Beiträgen der Westermann-Reihe 'Praxis Pädagogik' vielfältige und beeindruckende Anregungen. Crämer/Füssenich/Schumann und ihre Mitautoren/innen plädieren für ausführliche Lernstandsdiagnosen, eine Analyse der vorangegangenen Förderungen und der eigenen Förderpraxis und als Konsequenz für differenzierte und auf die individuellen Schwierigkeiten zugeschnittene Leseübungen. Weitere Beiträge gehen auf den oft vernachlässigten Zusammenhang von Mathematik- und Sprach-, Lesekompetenz ein und beschäftigen sich mit dem Verfassen und der Auswahl von geeigneten Lesetexten für eine leseunge- wohnte Klientel jeden Alters. Denn auch die Brücke zwischen Erstleseerwerb und funktionalen Alphabeten/innen wird geschlagen, wenn Iris Füssenich schon im ersten Beitrag vier erwachsene funktionale Alphabeten/innen über ihren Leseerwerb und ihre Leseerfahrungen berichten läßt. So können nicht nur Lehrende der Grund-, Sonder- und Hauptschule, sondern auch ihre Kollegen/innen in der Berufsschule, der Berufsvorbereitung und in den Lese-, Schreibkursen für Erwachsene von den fundierten Beiträgen dieses Bandes profitieren.

Willi Hörschgens

## Aus-, Fort- und Weiterbildung

### 3. Flechtinger Symposium

Die MEDIAN Klinik II Flechtingen, Rehabilitationsklinik für Neurologie und Psychosomatik lädt am 13. November 1999 zur Fortbildungsveranstaltung zum Thema *Neurogene Dysphagie* ein.

**Veranstaltungsort:**  
MEDIAN Klinik II Flechtingen  
Parkstraße  
39345 Flechtingen  
Tagungsraum

**Wissenschaftliche Leitung:**  
Dr. Dr. Rakicky  
Fr. M. Gründel

**Teilnahmegebühr:**  
Ärztliches Personal: DM 90,  
Nichtärztliches Personal: DM 60,  
Die Teilnahmegebühr kann auch vor Ort bezahlt werden.

**Anmeldung:**  
Bitte benutzen Sie die Antwortkarte oder rufen Sie bei Rückfragen an:

Telefon: Sekretariat des Chefarztes, Frau Ulrich  
039054/82778  
oder Logopädie, Frau Gründel 039054/  
82609  
Telefax: 039054/82998

Auf Wunsch wird Ihnen eine Übernachtung vom 12. zum 13. November in der MEDIAN Klinik I zur Verfügung gestellt.

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, bitten wir um baldige Rückmeldung.

Einen besonderen thematisch treffenden Akzent erfuhr der Kongreß bereits zur Eröffnung durch die musikalisch-schauspielerische Darbietung der kombinierten Grund- und Sonderschule „Lisa Tetzner“ unter Einstudierung von Herrn Assis.

Eine Rarität wurde den Teilnehmern der Abendveranstaltung von Künstlern der Hochschule für Musik und Theater Rostock mit dem Melodram von Viktor Ullmann „Die Weise von Liebe und Tod des Cornets Christoph Rilke“ nach Text von Rainer Maria Rilke im Konzertsaal des Kaiserin-Friedrich-Hauses unter Leitung von Frau Prof. Dr. Elke Pahn angeboten.

Der Kongreß zeigte die kaum überblickbare Vielfalt des Themas, dessen Schwerpunkte in recht unterschiedlichen Professionen liegen. Das breite Wissensangebot brachte deshalb jedem Teilnehmer Überraschendes und Neues mit offenkundigen Chancen zur therapeutischen Nutzung bei Sprach-, Stimm- und Hörstörungen. Die Wahl des Kongreßortes, nur wenige hundert Meter von der 1950 eingerichteten Zentralstelle für Sprachgestörte durch Hermann Guttmann junior gab guten Anlaß zur Würdigung der Guttmannfamilie, deren Verdienste um unsere Gesellschaft nicht hoch genug einzuschätzen sind.

Die Mitgliederversammlung bestätigte den Kurs des Vorstandes, der um Herrn Bielfeld als Schriftführer erweitert und damit erstmals nicht ausschließlich von Ärzten besetzt wird.

Der nächste Kongreß findet am 08./09.06. in Rostock 2001 mit dem Thema „Sensorik und Sensibilität der Sprache“ statt.

J. Pahn

### Rückblick

Am 12.-13.03.99 fand im Hörsaal und Foyer des Instituts für Pflanzenphysiologie und Mikrobiologie der Freien Universität Berlin die 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V. statt. Mit über 200 Teilnehmern und 16 Industrieausstellern waren beide Räumlichkeiten voll ausgelastet. 43 Redner mit 14 halbstündigen Referaten, 22 Vorträgen und 2 Workshops füllten ein breitgefächertes Programm ausschließlich zum Kongreßthema „Sprache und Musik“.

Die gelungene Organisation lag in den Händen der Geschäftsführerin Frau Prof. Lamprecht-Dinnesen mit ihrem Münsteraner Team OA Dr. Seifert, Herr Große und Frau Poppe, unterstützt von den Berliner Kollegen Herrn Prof. Dr. Gross mit Frau Ludewig und Herrn Bielfeldt.

### Vorschau

**S. Baur, R. Enders:** Kindliche Sprachverständnisstörungen. Der Umgang im Alltag und in spezifischen Fördersituationen.

**J. Schmidt-Barkow:** „Phonologische Bewußtheit“ als Teil der metasprachlichen Entwicklung im Kontext von Spracherwerbsprozessen und Spracherwerbsstörungen.

**J. Steiner:** Kommunikationsbeeinträchtigungen im Alter – Einblicke in eine pädagogische Theorie und Praxis.

**M. Grohnfeldt:** Strukturwandel der Sprachheilpädagogik in einem sich ändernden Kontext.



*Ihre Praxis ist  
unser Programm!*

Insoo Kim Berg / Norman H. Reuss

### **Lösungen – Schritt für Schritt**

Handbuch zur Behandlung von Drogenmißbrauch  
♦ Sept. 1999, 240 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-8080-0440-1, Bestell-Nr. 4319,  
DM/sFr 44,00, ÖS 330,-

Peter De Jong / Insoo Kim Berg

### **Lösungen (er-)finden**

Das Werkstattbuch der lösungsorientierten  
Kurztherapie  
♦ 1998, 368 S., Format DIN A5, gebunden,  
ISBN 3-8080-0398-7, Bestell-Nr. 4317,  
DM/sFr 49,80, ÖS 374,-

Ben Furman

### **Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben**

♦ 1999, 104 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-173-5, Bestell-Nr. 8398,  
DM/sFr 29,80, ÖS 224,-

Steven Friedman

### **Effektive Psychotherapie**

Wirksam handeln bei begrenzten Ressourcen  
♦ 1999, 360 S., Format DIN A5, gebunden  
ISBN 3-8080-0431-2, Bestell-Nr. 4318,  
DM/sFr 44,00, ÖS 330,-

Jürgen Hargens / Arist von Schlippe (Hrsg.)

### **Das Spiel der Ideen**

Reflektierendes Team und systemische Praxis  
♦ 1998, 240 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-157-3, Bestell-Nr. 8393,  
DM/sFr 38,00, ÖS 285,-

Nano McCaughan / Barry Palmer

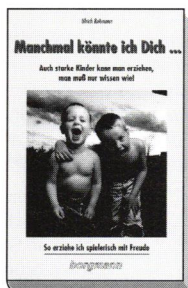
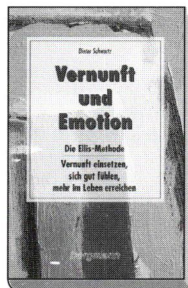
### **Leiten und leiden**

Systemisches Denken für genervte Führungskräfte  
♦ 2., verb. Aufl. 1997, 160 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-148-4, Bestell-Nr. 8372,  
DM/sFr 36,00, ÖS 270,-

Sabine Mehne

### **Fingerspitzengefühl**

Plädoyer für systemische Medizin am Beispiel der  
Systemischen Physiotherapie SYS PT  
♦ 1999, 120 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-187-5, Bestell-Nr. 8129,  
DM/sFr 29,80, ÖS 224,-



**15 Jahre**  
**Systemische Therapie**  
**im**  
**verlag modernes lernen**

Bill O'Hanlon / Sandy Beadle

### **Das wär' was!**

Ein Wegweiser ins Möglichkeiten-Land  
51 Methoden für eine kurze  
und respektvolle Therapie  
♦ 1998, 96 S., Format DIN A5, Ringbindung,  
ISBN 3-86145-151-4, Bestell-Nr. 8389,  
DM/sFr 29,80, ÖS 224,-

Ulrich Rohmann

### **„Manchmal könnte ich Dich ...“**

Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß  
nur wissen wie!  
So erziehe ich spielerisch mit Freude  
♦ 1998, 144 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-174-3,  
Bestell-Nr. 8399,  
DM/sFr 29,80, ÖS 224,-

Dieter Schwartz

### **Vernunft und Emotion**

Die Ellis-Methode – Vernunft einsetzen, sich gut  
fühlen, mehr im Leben erreichen  
♦ 1998, 200 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-165-4, Bestell-Nr. 8395,  
DM/sFr 29,80, ÖS 224,-

Wolfgang Schwarzer / Alexander Trost (Hrsg.)

### **Psychiatrie und Psychotherapie**

für psycho-soziale und pädagogische Berufe  
♦ 1999, 440 S., Format 16x23cm, gebunden  
ISBN 3-86145-117-4, Bestell-Nr. 8205,  
DM/sFr 44,00, ÖS 330,-

Manfred Vogt-Hillmann / Wolfgang Burr (Hrsg.)

### **Kinderleichte Lösungen**

Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie  
♦ 1999, 256 S., Format DIN A5, br  
ISBN 3-86145-167-0, Bestell-Nr. 8396,  
DM/sFr 39,80, ÖS 299,-



**verlag modernes lernen borgmann publishing**

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund • Tel. (0180) 534 01 30 • FAX (0180) 534 01 20  
<http://www.verlag-modernes-lernen.de> • e-mail: [info@verlag-modernes-lernen.de](mailto:info@verlag-modernes-lernen.de)

*Ihre Praxis ist  
unser Programm!*

## Schreiben und Lesen sicher lehren und lernen

Informationen  
für Eltern und Lehrer

hrsgg. von Peter Haase



Dieses Buch stellt dar, welche sinnes- und sinnesinformations-bedingten und seelischen Störfaktoren Lernprozesse erschweren oder gar verhindern, wenn sie nicht erkannt werden • Wie solche Störfaktoren zum Teil schon vor der Einschulung erkannt und angegangen werden können • Mit welchen Mitteln schon um die 18. bzw. 25. Grundschulwoche Hinweise auf kritische Lernentwicklungen gewonnen werden können und was dann zu tun ist • Welche Möglichkeiten Eltern und Lehrkraft haben, dem Kind beim Überwinden von Störfaktoren zu helfen • Wo sonst Hilfe zu holen ist, damit das Kind in den ersten beiden Grundschuljahren erfolgreich das Lesen lernt • Was unumgänglich ist, damit ein in seinem ersten und zweiten Schulbesuchsjahr versagendes Kind zügig aufholt • Wie Lernstörungen zeigende Kinder vor dem Abgleiten in psychosoziale Teufelskreise bewahrt werden können • Wie moderne Medien (Computerprogramme, technische Hilfen) auf ihre Brauchbarkeit geprüft werden können.

Jan. 2000, ca. 280 S., Format 16x23cm, gebunden, ISBN 3-86145-186-7,  
Bestell-Nr. 8016, DM 39,80 bis zum Erscheinen, danach DM 42,00

Portofreie Lieferung auch durch die Versandbuchabteilung des:

 **verlag modernes lernen** *borgmann publishing*

Hohe Straße 39 • D - 44139 Dortmund  
☎ (0180) 534 01 30 • FAX (0180) 534 01 20



## Software für die Praxis lauffähig unter DOS und Windows

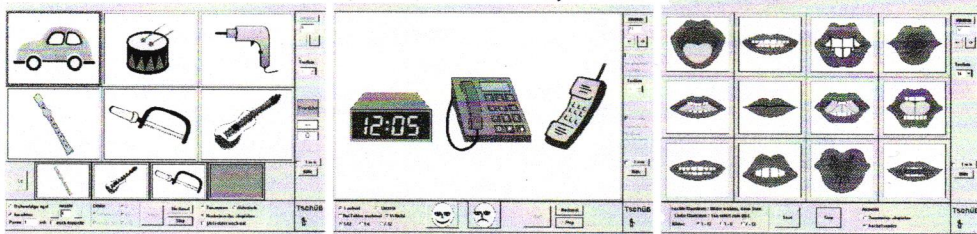
- **Wahrnehmung** 15 Programme, Wahrnehmungsdifferenzierung, Reaktions- und Gedächtnistraining, Kombinations- und Koordinationsübungen. **98,90 DM**
- **Universelles Worttraining** Förderprogramm zum Schriftspracherwerb und zur Legasthenietherapie, editierbar, Lernkartei, Zeugnis, große Schrift. **89,70 DM**
- **Diktattrainer** Diktate, Lückentexte, Groß-/Kleinschreibung, Schreibmaschinenkurs, Sätze zusammenstellen (Sinnerfassung), erweiterbar. **89,70 DM**
- **Alphabet** 11 Trainingsprogramme rund um das Alphabet. Buchstabenvergleich, Gedächtnistraining, bis zum Zusammenstellen erster Wörter. **89,70 DM**
- **Lesen+Schreiben** Vom Konsonant-Vokal-Silben Lesen, Silben verknüpfen, bis zum Zusammenstellen von Sätzen, inkl. Gleitzeile, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Bild - Wort PRO** Finde das Wort zum Bild. Lesen und Schreiben lernen mit großen Bildern, 10 Programme, erweiterbar. **98,90 DM**
- **Wortbaustelle** zur Bearbeitung von Silben, Signalgruppen, Wortbausteinen, 11 Programme mit Elektroblicker- und Greifspiel, erweiterbar. **89,70 DM**
- **Intelligenztrainer** Viele Übungen zur optischen Differenzierung und Logik, Muster legen, Vorder-/Hintergrund, 3D-Wahrnehmung, erweiterbar. **138,00 DM**

- **Hören-Sehen-Schreiben 1000 Sounds, 1000 Bilder**, erweiterbar.  
Multimediales Schriftsprachtraining mit Sprachausgabe, Geräuschen u. Bildern.



für Erwachsene u. Kinder mit Schwächen im auditiven u./od. visuellen Bereich. inkl. Sound-memory für auditives und Bildmemory für visuelles Gedächtnistraining, individuelle Programmeinstellungen möglich, Druck- u. Schreibschrift. **98,90 DM**

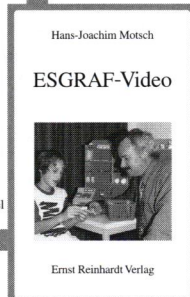
- **AUDIO I** Training der auditiven Diskrimination auf Geräusch- u. Lautebene, Laut-/Bild-Zuordnung, Sequenzen- und Richtungshören, Figurgrundwahrnehmung (Störgeräusche zuschaltbar), viele Einstellungen wählbar, u.a. dichotische Wiedergabe, **inkl. CD-Audio-Teil mit 120 Geräuschen, 180 Bildkarten ausdrückbar, erweiterbar. 138,00 DM**



**E. T. Verlag** Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel./Fax: 05404-71858



## SPRACHHEILPÄDAGOGIK / LOGOPÄDIE IM ERNST REINHARDT VERLAG



ESGRAF ist ein spieldiagnostisches Verfahren, mit dem Störungen im Grammatikerwerb exakt diagnostiziert werden können. Die Durchführung dauert ca. eine Stunde. Der Test liefert Information über den grammatischen Entwicklungsstand des Kindes und zeigt, wie sich Therapie- und Förderziele aus dem Ergebnis ableiten lassen. ESGRAF ist theoriegeleitet, arbeitsökonomisch, kindgerecht und praxistauglich. Die Videokassette zum Buch illustriert, wie der ESGRAF-Test in der Praxis angewandt wird. Der Test wird hier mit vier Kindern durchgeführt, die in verschiedenen Spielsituationen zum Sprechen motiviert werden. Mit dieser Methode können die Sprachproduktionen der dysgrammatischen Kinder ausgewertet und Therapieziele abgeleitet werden.

1999. Format DIN A 4 1999. 83 Minuten. VHS.  
48 Seiten. Geheftet (3-497-01494-X)  
(3-497-01493-1) DM 35,- DM 48,- (unverb. Preisempf.)

Dysgrammatismus ist eine häufige Sprachentwicklungsstörung bei Kindern. Grammatische Fehlleistungen, wie z. B. Wortstellungsfehler, Genusfehler und Flexionsfehler, sind normale Erscheinungen im Spracherwerb, gelten aber dann als Störung, wenn sie vom Vorschul- und Schulkind nicht selbsttätig überwunden werden.

Dieses Buch von Hansen zeigt, wie der Dysgrammatismus mit Hilfe der Kognitiven Linguistik wissenschaftlich erklärbar wird und daraus effektive Behandlungsstrategien entwickelt werden können.

### Aus dem Inhalt:

Sprach- und Grammatikerwerb  
Gestörter Grammatikerwerb  
Sprachdiagnostik  
Sprachtherapie  
Fallbeschreibungen



1996. 249 Seiten.  
Mit zahlr. Abb. und Tabellen  
UTB-S (3-8252-1949-6) kt  
DM 36,- öS 263,- SFr 33,-



ERNST REINHARDT VERLAG  
1899 – 1999

PF 38 02 80 D-80639 MÜNCHEN TEL.: 089/17 80 16-0 FAX: -30



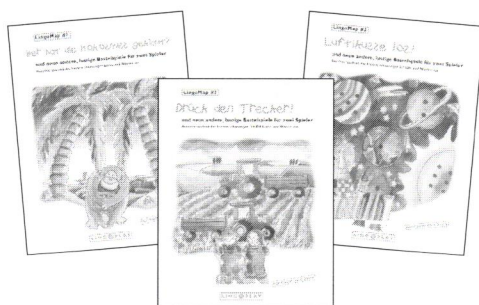


# Hallo Houston...



## Zisch!

jagen die Raketen durchs Weltall auf der Suche nach neuen Sternen und fernen Welten. Die kleinen Astronauten versuchen ihre Satelliten auf den Planeten abzusetzen bzw. wieder einzusammeln. Doch dies ist nur eines von jeweils 10 Bastelspielen, die in jeder LingoMap enthalten sind. Die LingoMaps bereiten spielend das Lernen schwieriger S-Laute und TR-/DR-Lautverbindungen vor und fördern die Mundmotorik (MM). LingoMaps eignen sich nicht nur hervorragend für die logopädische Therapie und zur Nachbereitung daheim, für Kinder ab 4 sind sie einfach ein Riesenspaß für jeden Anlass!



LingoMap 1 „Wer hat die Kokosnuss..“ (MM)

LingoMap 2 „Drück den Trecker“ (TR/DR)

LingoMap 3 „Luftkisse los“ (S)

je **DM 16,80 / EUR 8,60 / sfr 16,80 / ÖS 120,-**

Prospekte, Informationen, Bestellungen:

**LingoPlay GmbH&Co.KG,**

**Postfach 25 03 24, D - 50519 Köln;**

**Tel. 0221 .31043-17 Fax 0221 .310 43-18**

**e-mail [LingoPlay@aol.com](mailto:LingoPlay@aol.com)**

**LINGOPLAY**  **Spiel mit mir!**

**Wo Sie auch sein mögen –  
Sie erreichen uns in wenigen Minuten.  
Rund um die Uhr.**

**Unsere Anschrift: [www.topkids.de](http://www.topkids.de)**

Treten Sie bitte ein in unseren Internet-Shop. Suchen Sie sich bei uns in Ruhe aus, was Sie brauchen könnten, um die Entwicklung von Kindern zu fördern:

Geräte und Spielzeug für die Unterstützung der motorischen Entwicklung. Spiele. Therapiebegleitendes Spielzeug, Bücher, Material für psychotherapeutische oder heilpädagogische Interventionen. Anregungen für die Förderung von Kreativität, Gedächtnis und kognitiven Fähigkeiten. Hilfen zum Lesen-, Schreiben- und Rechnenlernen. Und vieles mehr.

Willkommen bei

**TOPKIDS**

FACHVERSAND FÜR ENTWICKLUNGSFÖRDERNDES SPIELZEUG GmbH  
BENTHEIMER STRASSE 10 • 48529 NORDHORN  
Tel.: 05921-5452 • oder 0170-8324861 • Fax: 05921-5812

## Neu in der **CESAR** Lernspielreihe

Die Multimedia CD-ROM

### SCHREIBEN 1.0

zum Schriftspracherwerb bei Kindern mit Teilleistungsstörungen  
bietet einen Baukasten unabhängiger Lernspiele zur

- ➔ lautgetreuen Verschriftung auf Laut-, Silben- und Wortebene
- ➔ Eigenkorrektur
- ➔ Graphemaufbau erfassung
- ➔ ganzheitlichen Wortbilderfassung
- ➔ Wahrnehmung von kleinen phonematischen Unterschieden
- ➔ Lautsynthese- und -analyse
- ➔ Anwendung metasprachlicher Prozesse

Das Programm verfügt über eine Einzel-Dokumentation der Ergebnisse und bietet darüber hinaus eine quantitative und qualitative Fehlerrückmeldung.



lieferbar ab  
Oktober 1999  
ISBN 3-933651-02-6  
DM 198,-

**CES** VERLAG

Kleinschmidtstr. 35  
69115 Heidelberg

Fon 06221- 2 79 89  
Fax 06221-18 20 30

[www.ces-verlag.de](http://www.ces-verlag.de)



**Zentrale Hörstörung ?**

⊕ Anamnese: Geräuschempfindlich? Verhaltensauffällig? (→ Fragebogen)

⊕ Diagnose: Differenzierung? Merkfähigkeit? Hör-Lateralität? (→ Test-CD)

⊕ Therapie: **Phase A: Wahrnehmen und Verarbeiten im freien kreativen Prozess**  
Musik: ⊕ emotionaler Ausgleich, Konzentration und Aufmerksamkeit verbessern



**Phase B: Wahrnehmen und Verarbeiten im interaktiven Dialog**

Sprache: ⊕ automatisierte Lautunterscheidung, differenzierte Sprachwahrnehmung, Artikulation verbessern

**Phase C: Verbesserte Wahrnehmung im Alltag integrieren**

Pause: ⊕ Anamnese und Diagnose wiederholen. Stabilität beobachten.



**"AUDIVA - Die mit dem offenen Ohr"**

**Seminare 1999:**

22./23.10.99 Tutzing, 5./6.11.99  
Langenlohnheim, 19./20.11.99  
Bachhagen, 26./27.11.99 Lörach,  
18./19.3.00 Frankfurt, 24./25.3.00  
Mettmann, 5./6.5.00 Limburgerhof  
oder vor Ort bei Selbstorganisation

Therapiegrundlagen, Seminar-  
beschreibung u. Katalog 99 bei

**AUDIVA**

Institut für Hören u. Bewegen  
S. Minning, Dipl. Logopädin  
Gartenstr. 15, D 79541 Lörach  
Tel.: 07621/949172  
Fax: 07621/949173  
E-Mail: info@audiva.de  
Internet: http://www.audiva.de

**Akademie für Gedächtnistraining**

nach Dr. med. Franziska Stengel

Vaihinger Landstr. 63, 70195 Stuttgart,  
Tel. 07 11/ 6 97 98 06 Fax 6 97 98 08

Unter ärztlicher Leitung werden in Stuttgart Spezialkurse durchgeführt:

- Fachtherapeut(in) für kognitives Training mit Zertifikat
- Fachübungsleiter(in) für kognitives Training mit Zertifikat (Bildungsbereich)
- Pflegefachkraft für kognitives Training mit Zertifikat
- Tageskurse für Therapeuten, Pflegekräfte und pflegende Angehörige (Schlaganfall/Demenz) u.a.

Fordern Sie das Kursprogramm an.

**Individualpsychologische BeraterIn**

Die ideale Kombination  
für Ihren Beruf

*Eine zweieinhalbjährige  
berufsbegleitende*

**Ausbildung**

Beginn: 29. Januar 2000

Information:

Julitta und Theo Schoenaker  
Akademie für Individualpsychologie  
36391 Sinntal  
Tel.: 09741-3130

**Vorankündigung des Buches**

Theo Schoenacker

„Die Individualpsychologische Stottertherapie“

Erscheint: Dez. 1999 DM 32,-

Subskriptionspreis bis 1. Nov. 1999 DM 24,-

**RDI Verlag**

Tel.: 09741-3130 Fax: 1281

**Padovan-Seminar:  
„Neurofunktionelle  
Reorganisation“ – Teil I**

Körperliche Übungen

Referentin: Frau Beatriz  
A.E. Padovan

Ort: Köln

14.-16. Januar 2000

Teilnahmegebühr: 510,- DM

**Anmeldung:**

Sprachtherapiepraxis  
Maria Rodenacker,  
z. Hd. Frau Vera Loman  
Dürer Str. 3  
53859 Niederkassel  
Tel. 02208/910600  
Fax 02208/912248

**Intensiv-Fortbildung Stottern  
mit hohem Praxisanteil**

Therapie bei  
(Vor-)Schulkindern (B. Hansen, Kiel)  
Jugendlichen / Erwachsenen (H. Prüß, Bonn)

**31.03. - 02.04.2000 in Bonn**

Informationen bitte anfordern bei:  
Holger Prüß, Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin,  
Tel./Fax: 02241 / 342938



**KLINIK  
am  
STEIN**

Die KLINIK am STEIN ist ein renommiertes, nach dem Bobath-Konzept arbeitendes Rehabilitationszentrum für die Indikationen Neurologie, Geriatrie, Innere und Orthopädie, mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n:

### **Logopäden/in**

Das Aufgabengebiet umfaßt die Diagnostik und Therapie von Aphasien, Dysarthrophonien und Dysphonien, sowie neurologisch bedingter Dysphagien stationärer Patienten. Der Abteilung Sprachtherapie ist zudem eine Institutsambulanz angeschlossen.

Olsberg ist ein attraktiver Erholungsort im Hochsauerland und bietet neben allen Schulformen in nächster Nähe ein umfangreiches Freizeitangebot. Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir gerne behilflich. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, in einem jungen dynamischen Team mitzuarbeiten, richten Sie bitte Ihre aussagekräftige Bewerbung mit Lichtbild an:

#### **KLINIK am STEIN**

Leitende Sprachtherapeutin Petra Lübbers

Wattmecke 1-7 - 59939 Olsberg

Tel.: 02962 / 808-242 Fax: 002962 / 808-298

#### **Wir suchen ab sofort:**

eine/n engagierte/n zuverlässige/n **Mitarbeiter/in** zur Verstärkung unseres Teams.

#### **Wir bieten:**

Angestelltenverhältnis (Voll- oder Teilzeit) oder freie Mitarbeit, flexible Arbeitszeiten. Ostseeecke (4 km vom Weißenhäuser Strand/ca. 30 Min. v. Lübeck)

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung:

**Sprachheilpraxis Dipl.-Päd. Katrin Tajer**

**Carl-Maria-von-Weber-Str. 1**

**23758 Oldenburg/Holstein**

**Tel.: 04361/2870 Fax: 04361/52826**

Biete Kollegin/Kollegen mit eigener Zulassung den Einstieg in sehr gut ausgelastete sprachtherapeutische Praxis im Raum Ruhrgebiet/Niederrhein. Eine Anstellung ist vor Anteilsübernahme übergangsweise möglich.

Zuschriften bitte unter

*Chiffre-Nr. SP 99501* an den Verlag.

### **Deutsches Rotes Kreuz**



Für unseren Additiven Else-Weeks-Kindergarten in Bottrop mit fünf heilpädagogischen Gruppen und einer Regelgruppe suchen wir ab sofort

#### **ausschließlich**

#### **eine Logopädin, einen Logopäden**

Unser Team besteht aus ErzieherInnen, Heilpädagoginnen, einer Heilgymnastikerin, einer Sprachheilpädagogin und einer Ergotherapeutin.

Das Aufgabengebiet umfaßt die Arbeit mit entwicklungsverzögerten, geistig-, körperlich-, mehrfach- und sprachbehinderten Vorschulkindern sowie einer intensiven Elternarbeit.

Wir erwarten von Ihnen eine gute fachliche Qualifikation und Kenntnisse in „Unterstützte Kommunikation“, weiter die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit pädagogischen und therapeutischen MitarbeiterInnen.

Die Vergütung erfolgt einzelvertraglich nach dem Bundesangestelltentarif einschließlich einer zusätzlichen Altersversorgung.

Telefonische Vorabinformationen gibt Ihnen gerne die Leiterin der Einrichtung, Frau A. Schöneis, Tel.-Nr. 02041-737323.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähige Bewerbung an:

#### **Deutsches Rotes Kreuz**

Kreisverband Bottrop e.V.

Postfach 10 04 22 46204 Bottrop



## Odeborn-Klinik

Hinterm Schloßpark • 57 319 Bad Berleburg  
Telefon: (0 27 51) 8 20  
Telefax: (0 27 51) 82 19 99



Klinik für Neurologische Rehabilitation  
und Innere Medizin  
Ärztlicher Direktor: Dr. med. R. Baum

Die Odeborn-Klinik verfügt über 294 Betten, sie gehört zur Unternehmensgruppe der Wittgensteiner Kliniken Allianz GmbH, Bad Berleburg, einem der renommiertesten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Bei uns leistet ein engagiertes und verantwortungsbewusstes Team aktiven Dienst an Menschen, die nach unterschiedlichen neurologischen Erkrankungen eine erstklassige Reha-Medizin benötigen.

**Für die Tätigkeit in der stationären Neurologie (Aphasien, Dysarthrien, Stimmstörungen)  
suchen wir zum nächstmöglichen Eintrittstermin**

### Logopäden/-innen und Sprachtherapeuten/-innen

Es erwartet Sie eine vielseitige, interessante und selbständige Tätigkeit in einem interdisziplinären Team von Sprachtherapeuten, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Pflegepersonal, Berufserfahrung ist wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung. Für die bilinguale Therapie türkischer Patienten suchen wir auch Therapeuten, die über gute Kenntnisse in der türkischen Sprache verfügen.

Wir wünschen uns MitarbeiterInnen, die Interesse an selbständigem Arbeiten, die dazu notwendige Eigenverantwortung und Initiative sowie genügend Offenheit mitbringen, um im sprachtherapeutischen Team Erfahrungen zu sammeln und zu lernen.

Unsere Klinik bietet unter anderem eine übertarifliche Vergütung (in Anlehnung an den BAT), umfassende Sozialleistungen (z. B. betriebliche Altersversorgung, unternehmenseigene Kindertagesstätten) sowie vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

**Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an die Leiterin der Abteilung Sprachtherapie,  
Frau D'Hondt, die Ihnen auch für weitere Fragen gerne zur Verfügung steht - Durchwahl (0 27 51) 82 12 89.**

Eine Klinik der

### Wittgensteiner

Kliniken Allianz

Bad Berleburg · Bad Ems · Bad Grönenbach · Bad Krozingen · Brandenburg  
Diez · Hagen · Hattingen · Horumersiel · Leezen · Ostseebad Prerow · Pulsnitz

Förder- und Therapiezentrum sucht

### Sprachtherapeutin/en oder Logopädin/en

*Wir wünschen uns:*

- ausreichende Berufserfahrung (Kassenzulassung)
- selbständiges und engagiertes Arbeiten
- Bereitschaft zur Teamarbeit

*Wir bieten:*

- Vollzeitstelle
- freie Arbeitseinteilung
- Zusammenarbeit mit FachkollegInnen
- gutes Betriebsklima
- Therapie sämtlicher Störungsbilder

Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen.

Förder- und Therapiezentrum  
Nienstadtstr. 9  
24768 Rendsburg  
Tel.: 04331/22967

**Fordern Sie unseren Katalog an!**



**PS Verlag GbR**

Schleswiger Straße 14 • 18109 Rostock  
Telefon 0381/795 45 03

Auch zu finden auf:

- 13. Kongreß der Österr. Gesellschaft für Sprachheilk. (20.-23.10.99 in Garz)
- Herbsttagung der Dt. Gesellschaft für Sprachheilk. (1.-2.10.99 in Hannover)
- Jahrtausendtagung der Dt. Gesellschaft für Sprachheilk. (1.-2.10.99 in Halle)

**Die Welt der Zunge**

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir ab sofort oder später

### eine/n Sprachheilpädagogin/en

in Anstellung, freie Zeiteinteilung, alle Störungsbilder (Integrativer Kindergarten, Behindertenarbeit, neurol. Rehaklinik möglich), regelmäßige Teambesprechungen und Supervision. Padovanausbildung möglich.

**Logopädische Praxis Müller**  
Lissabonner Str. 12 97084 Würzburg  
Telefon: 0931-67786



Training und Consulting GmbH &amp; Co. KG

Die Höhere Berufsfachschule für Logopädie in Suhl/ Thüringen der **TERTIA-Gruppe**, die seit mehr als 25 Jahren im öffentlichen Auftrag sowie für Wirtschaftsunternehmen tätig ist und mit ca. 1.400 Mitarbeitern an 50 Zweigstellen arbeitsmarktorientierte Dienstleistungen erbringt, sucht zum nächstmöglichen Termin

## Lehrlogopädinnen/ Lehrlogopäden

mit dem Schwerpunkt kindliche Sprach- und Sprechstörungen  
oder mit dem Schwerpunkt Stimmstörungen.

### Wir erwarten:

- eine abgeschlossene Ausbildung als Logopädin/-e und Berufserfahrung
- Organisationstalent, pädagogisches Geschick, innovative Fähigkeiten
- Teamgeist und Kooperationsbereitschaft
- Fortbildungsbereitschaft

### Wir bieten:

- überdurchschnittliche Bezahlung
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Kliniken und Praxen der Region
- Unterstützung bei der Einarbeitung und Qualifizierung zur/zum Lehrlogopädin/-en nach den Richtlinien des dbl e.V.
- selbständiges Arbeiten und ein kreatives Betätigungsfeld
- Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb des Schwerpunktbereiches

Die staatlich anerkannte Höhere Berufsfachschule für Logopädie befindet sich in der Innenstadt direkt neben dem neuen Arbeitsamt. Klinische Anbindungen bestehen u.a.

- zum Klinikum und dem Rehasentrum Roter Hügel, Bayreuth
- zu der Heinrich-Mann-Klinik, Bad Liebenstein
- zu dem Klinikum Rodach

Ärztliche Leiterin ist Frau Dr. Petra Scheer, Fachärztin für HNO und für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Ihre Bewerbungen richten Sie bitte an:

### **TERTIA-Gruppe**

Staatlich anerkannte Höhere Berufsfachschule für Logopädie  
Werner-Seelenbinder-Str. 17  
98529 Suhl

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Ein Unternehmen der TERTIA Holding AG



Die staatlich anerkannte Ausbildungseinrichtung für Logopäden

### **Rheine**

sucht zur Erweiterung ihres Teams



REHAMED

## **LehrtherapeutInnen**

**Wir sind ein junges,  
aufgeschlossenes Team**

### **und wir wünschen uns:**

- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
- viele Ideen zur Gestaltung von Unterricht und Therapie
- Bereitschaft zur Arbeit im Team

### **Wir bieten an:**

- gutes Betriebsklima
- selbständige Arbeitsbedingungen
- wöchentliche Teambesprechungen
- Team-Supervision
- die Möglichkeit eigene Therapien durchzuführen
- direkte Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten
- gute technische und räumliche Ausstattung
- eigenes Büro mit PC
- gezielte Vorbereitung auf die Lehr- und Supervisionstätigkeit

*Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:*

REHAMED, Kardinal-Galen-Ring 84, 48431 Rheine.  
Telefonische Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Schulleitung  
Herr Schildt, Telefon 05971-2390

## **Kinder Therapie Zentrum Solingen**

VEREIN FÜR SPASTISCH GELÄHMTE UND ANDERE KÖRPERBEHINDERTE E.V.

**Heilpädagogische Tagesstätte Integrative Tagesstätte**

**Neurophysiologisches Institut**

Junges aufgeschlossenes Team (Krankengymnastinnen, Motopädinnen und Erzieherinnen) sucht zur Erweiterung des therapeutischen Angebotes in der heilpädagogischen Tagesstätte für Kinder und im Institut sofort oder baldmöglichst

**Logopäden/in oder Sprachtherapeuten/in**

mit Erfahrung in der Arbeit mit Kindern.

Vergütung und Urlaubsregelung in Anlehnung an BAT. Bewerbungen erbeten an:

**Kinder Therapie Zentrum, Weyerstr. 221, 42719 Solingen**

Tel.: 0212-23 22 8-0 Fax: 0212-23 22 820



Zentrale Wahrnehmungsstörungen und Automatisierungsdefizite –

eine der Ursachen von Sprach- und Lese-Rechtschreib-Auffälligkeiten.

- ⇒ Lateral- und Ordnungsschwellen-Training
- ⇒ Ganzheitliches zentrales Wahrnehmungs-Training

kurz: die Warnke-Verfahren!



Unterlagen erhalten Sie bei der:

**MediTECH® Electronic GmbH**  
Auf dem großen Kampe 35  
30900 Wedemark

Telefon: (0 51 30) 9 77 78-0

Telefax: (0 51 30) 9 77 78-22

Email: [service@meditech.de](mailto:service@meditech.de)

Internet: <http://www.meditech.de>

Bitte schicken Sie mir

- ☐ das **neue** Buch zur Ordnungsschwelle „Der Takt des Gehirns“, Fred Warnke portofrei zum Preis von 29,80 DM
- ☐ Seminartermine mit Fred Warnke
- ☐ Ihre aktuelle Erzeugnisübersicht

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Dynamische Trainingsverfahren bedeuten die Integration durch neue Erkenntnisse und praktische Erfahrungen.

Das Buch „Der Takt des Gehirns“ wurde mit neuen Aspekten zu Training und Forschung von Fred Warnke umfassend überarbeitet und neu aufgelegt. (2. Auflage 09/99)



## Der dbs auf Bundesebene:

Goethestr. 16, 47441 Moers,  
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14

**Adresse für Mitgliederverwaltung:** Sonja Mari,  
Goethestr. 16, 47441 Moers,  
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14

**Kommissarischer Beirat für die Belange der Hochschulen:** Prof. Dr. Gerhard Homburg,  
Universität Bremen, Tel.: 04 21/2 18 35 91

## Die Landesvertreterinnen und -vertreter des dbs:

**Baden-Württemberg:** Eva-Maria von Netzer,  
Tel.: 0 77 51 / 43 03 und 55 45,  
Fax: 0 77 51 / 91 03 15

**Bayern:** Dr. Elisabeth Wildegger-Lack,  
Tel.: 0 81 41/3 37 18, Fax: 3 37 56  
(Mo., Mi., Do. 9-10 Uhr)

**Berlin:** Manfred Düwert,  
Tel. u. Fax: 0 33 03 / 50 11 63 (abends)

**Brandenburg:** Dr. Eva Seemann,  
Tel.: 03 37 48 / 70 00 00 (Mo. 20-21 Uhr)

**Bremen:** Christian Boeck,  
Tel.: 0 42 52 / 3 93 34 09

**Hamburg:** Ulrike Bunzel-Hinrichsen,  
Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

**Hessen:** Barbara Jung,  
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36, Fax: 0 56 31 / 91 36 37  
(Mo.-Fr. 7.30-8.00 Uhr)

**Mecklenburg-Vorpommern:** Renske-Maria Hubert,  
Tel.: 0 38 21 / 81 44 51 (Di. u. Do. 8-9 Uhr)

**Niedersachsen:** Sabine Beckmann,  
Tel.: 05 11 / 46 34 31, Fax: 2 62 03 22  
(Mo. 18-20 Uhr)

**Rheinland:** Petra Simon,  
Tel.: 0 21 75 / 88 04 97, Fax: 0 21 75 / 72 05 92  
(Di.-Fr. 8-8.30 Uhr)

**Rheinland-Pfalz:** Bettina Oberlack-Werth,  
Tel.: 0 26 54 / 16 00 (Mi. 13-14 Uhr)

**Saarland:** Marianne Jochum,  
Tel.: 0 68 25 / 21 03 (Mi. 13-14 Uhr)

**Sachsen:** Brigitte Schmidt,  
Tel./Fax: 03 51 / 4 01 67 63 (Di. 19.30-20.30 Uhr)

**Sachsen-Anhalt:** Regina Schleiff,  
Tel.: 0 39 46/70 63 35 (Fr. 11-12 Uhr)

**Schleswig-Holstein:** Ilona Bauer,  
Tel.: 0 43 47 / 38 93 (Mi. 8-9 Uhr)

**Thüringen:** Karin Grambow,  
Tel.: 0 30 / 5 54 16 42, Fax: 0 30 / 5 54 16 43

**Westfalen-Lippe:** Dagmar Ludwig,  
Tel. u. Fax: 0 52 22 / 5 85 90  
(Di. u. Do. 8.00-8.30 Uhr)

**Beiratsmitglied für die Arbeitnehmer:** Ulrike Dittscheidt,  
Tel.: 05 11 / 2 10 73 70 (Mo.-Do. 18-19 Uhr)

**Beiratsmitglied für die Arbeitgeber:** Manfred Düwert,  
Tel.+ Fax 0 33 03 / 50 11 63 (abends)

**Bundvorsitzender:** Volker Maihack,  
Tel.: 0 28 41 / 9 88 98

**2. Vorsitzende:** Dr. Claudia Iven,  
Tel.: 02 21 / 4 70 55 10 (UNI Köln),  
Ansprechpartnerin für Fort- und Weiterbildung  
**Geschäftsführer:** RA Volker Gerrlich,  
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19



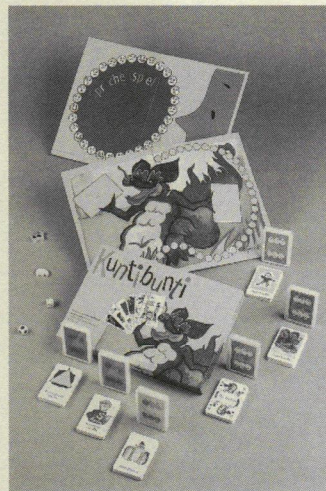
verlag modernes lernen • Hohe Str. 39  
44139 Dortmund

Neue Spiele von ProLog

# Kuntibunti

von Doris Mols und Veronika Struck,  
Autorinnen der Bücher „Kunterbunt rund  
um den Mund“ und „Atemspiele“

Kuntibunti bietet eine umfassende spielerische Beschäftigung mit allen wichtigen Inhalten für Mundmotorik-, myofunktionelle und Stimm-Therapien bei Kindern. Witzig-freche Farbgraphiken ermöglichen ein anschauliches Spielen mit zentralen therapeutischen Übungsinhalten. Alle Kartenspiele können sowohl einzeln als auch im Gesamtpaket mit Spielbrett erworben werden.



## Alle Kartenspiele + Spielbrett im Karton:

**Gesamtspiel** Art.-Nr. 130 **99,90 DM**

*Inhalt: 1 doppelseitig bedruckter Spielplan, Spielfiguren, Farb- und Zahlenwürfel, 6 Kartenspiele mit unterschiedlichen mundmotorischen Übungen. Mit ausführlicher Spielanleitung und fachlichen Erläuterungen.*

**Einzelspiele** jeweils **17,80 DM**

|              |                    |              |                         |
|--------------|--------------------|--------------|-------------------------|
| Art.-Nr. 131 | Myo-Mau-Mau        | Art.-Nr. 134 | Mini-Mundmuskel-Mau-Mau |
| Art.-Nr. 132 | Zungen-Mau-Mau     | Art.-Nr. 135 | Lippen-Mau-Mau          |
| Art.-Nr. 133 | Mundmuskel-Mau-Mau | Art.-Nr. 136 | Stimm-Mau-Mau           |

## Dazu gibt's bei ProLog auch die passende Fachliteratur:

|                                    |              |                |
|------------------------------------|--------------|----------------|
| <b>Kunterbunt rund um den Mund</b> | Art.-Nr. 220 | <b>44,- DM</b> |
| <b>Atem-Spiele</b>                 | Art.-Nr. 237 | <b>44,- DM</b> |

Reservieren Sie sich jetzt auch unseren neuen kostenlosen Katalog 1999/2000!



**0228/318725**



**0228/318726**

**ProLog** Gesellschaft für sprachtherapeutische Hilfsmittel

Weißenburgstraße 42 · 53175 Bonn · E-Mail: [prolog@t-online.de](mailto:prolog@t-online.de)

