

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik



*Boris Hartmann, Köln*

**Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld  
nosographischer Modifikationen**

*Udo Schoor, Reutlingen*

**Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule**

*Reiner Bahr, Düsseldorf*

**Schweigende Kinder in der Schule**

5

2002

47. Jahrgang/Oktober 2002

ISSN 0584-9470

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs, Herausgeber)  
Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen e.V. (dbs)



**dgs • Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin**  
**dbS • Bundesvorsitzender: Dr. Volker Maihack, Moers**

#### Landesgruppen:

##### Baden-Württemberg:

dgs • Peter Arnoldy, Schillerstr. 3-7, 74072 Heilbronn,  
Fax: 0 71 31 / 56 24 75  
dbS • Margoth Willer, Richard-Wagner-Str. 9, 71711  
Steinheim, Tel.: 0 71 44 / 2 40 58

##### Bayern:

dgs • Horst Hußnätter, Borkumer Str. 70, 90425 Nürn-  
berg, Fax. + Tel.: 09 11 / 34 17 55  
dbS • Elisabeth Pannach M.A., Ansprenger Str. 25,  
80803 München, Tel.: 089 / 30 72 44 72 (Mo. 9-12 Uhr),  
Fax: 089 / 30 72 44 74

##### Berlin:

dgs • Thomas Gieseke, Schönwalder Allee 62, 13587  
Berlin, Tel.: 0 30 / 3 75 59 57  
dbS • Manfred Düwert, Ferdinandstr. 6, 16556 Borgsdorf,  
Tel.: 0 33 03 / 50 11 63

##### Brandenburg:

dgs • Michaela Dallmaier, Ringweg 3, 03099 Kolkwitz-  
Limberg, Tel.: 03 56 04 / 4 17 77  
dbS • Dr. Eva Seemann, Großstr. 8, 14929 Treuenbriet-  
zen, Tel.: 03 37 48 / 7 00 00

##### Bremen:

dgs • Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4,  
27721 Platjenwerbe, Tel.: 04 21 / 63 18 59  
dbS • Christian Boeck, Riesstr. 37, 27721 Ritterhude,  
Tel.: 0 42 92 / 45 50

##### Hamburg:

dgs • Brigitte Schulz, Meiendorfer Mühlenweg 32, 22393  
Hamburg, Tel.: 0 40 / 60 01 25 33  
dbS • Ulrike Bunzel-Hinrichsen, Norderquerweg 148,  
21037 Hamburg, Tel.: 0 40 / 7 23 83 90

##### Hessen:

dgs • Friedrich Schlicker, Tielter Str. 16, 64521 Groß  
Gerau, Tel.: 0 61 52 / 95 03 60  
dbS • Barbara Jung, Bahnhofstr. 11, 34497 Korbach,  
Tel.: 0 56 31 / 91 36 36

##### Mecklenburg-Vorpommern:

dgs • Dirk Panzner, Steffenshäger Str. 4b, 18209 Redde-  
lich, Tel.: 03 81 / 4 00 83 50  
dbS • Barbara Stoll, Doberaner Str. 6, 18055 Rostock  
Tel.: 03 81 / 4 99 74 75

##### Niedersachsen:

dgs • Manfred Backs, Lange-Hop-Str. 57,  
30559 Hannover, Tel.: 05 11 / 52 86 90

dbS • Sabine Beckmann, Peperfeld 60, 30457 Hannover,  
Tel.: 05 11 / 46 34 31

##### Rheinland:

dgs • Dr. Reiner Bahr, Rethelstr. 157, 40237 Düsseldorf,  
Tel./Fax: 02 11 / 68 55 74  
dbS • Petra Simon, Geriatisches KH Elbroich,  
Am Falder 6, 40589 Düsseldorf,  
Tel.: 02 11 / 7 56 02 41

##### Rheinland-Pfalz:

dgs • Klaus Isenbruck, Am Buchbrunnen 14, 55743 Idar-  
Oberstein, Tel.: 0 67 84 / 13 34  
dbS • Heike-Dagmar Heymann, Rheinhessenring 106a,  
55597 Wöllstein, Tel.: 0 67 03 / 30 38 44

##### Saarland:

dgs • Frank Kuphal, Albertstr. 18, 66265 Heusweiler,  
Tel.: 0 68 06 / 1 34 76  
dbS • Heike-Dagmar Heymann, Rheinhessenring 106a,  
55597 Wöllstein, Tel.: 0 67 03 / 30 38 44

##### Sachsen:

dgs • Antje Leisner, Rethelstraße 7c, 01139 Dresden,  
Tel./Fax: 03 51 / 8 48 29 86  
dbS • Katrin Schubert, K.-Liebknecht Str. 1, 01796 Pirna,  
Tel.: 0 35 01 / 52 87 70

##### Sachsen-Anhalt:

dgs • Regina Schleiff, Pölkenstraße 7, 06484 Quedlin-  
burg, Tel.: 0 39 46 / 70 63 35  
dbS • Beate Weber, Bernburger Str. 21, 06108 Halle,  
Tel.: 03 45 / 5 32 39 11

##### Schleswig-Holstein:

dgs • Holger Kaack-Grothmann, Starnberger Str. 69a,  
24146 Kiel, Tel.: 04 31 / 78 34 28  
dbS • Florian Schütte, Hasseldieksdammer Weg 23,  
24114 Kiel, Tel.: 0 43 21 / 48 88 85

##### Thüringen:

dgs • Jens Baumgärtel, Am Teufelsbett 26, 98617 Uten-  
dorf, Tel.: 0 36 93 / 47 90 12  
dbS • Karin Grambow, Mauritius-Kirch Str. 3, 10365 Ber-  
lin, Tel.: 0 30 / 5 54 16 42

##### Westfalen-Lippe:

dgs • Hermann Grus, Zur Hünenburg 2, 48691 Vreden,  
Tel.: 0 25 64 / 25 60  
dbS • Iris Knittel, Elberfelderstr. 68, 58095 Hagen,  
Tel.: 0 23 31 / 2 11 15

#### Geschäftsstellen:

##### dgs

Goldammerstraße 34, 12351 Berlin  
Telefon: 0 30 / 6 61 60 04  
Telefax: 0 30 / 6 61 60 24 oder 6 01 01 77 (Schule Bielfeld)  
dgs-Homepage: [www.dgs-ev.de](http://www.dgs-ev.de)  
Email-Adresse: [info@dgs-ev.de](mailto:info@dgs-ev.de)

##### dbS

Goethestr. 16, 47441 Moers  
Tel.: 0 28 41 / 98 89 19, Fax: 0 28 41 / 98 89 14  
**Adresse für Mitgliederverwaltung:**  
dbS-Homepage: [www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de)  
Email-Adresse: [info@dbs-ev.de](mailto:info@dbs-ev.de)

# Die Sprachheilarbeit

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Abonnementbestellungen:

verlag modernes lernen borgmann publishing GmbH & Co. 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. 4/2000. Anzeigenleiter: Gudrun Nucaro, Jasmin Borgmann.  
Anzeigen: 02 31/12 80 11, Fax: 02 31/9 12 85 68  
Druck: Löer Druck GmbH, Dortmund

**Die Sprachheilarbeit**

Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

**Impressum**

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

**Redaktion**

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Ludwig-Maximilians-Universität München,  
Leopoldstr. 13, 80802 München, Telefon (089) 21 80 51 20,  
Telefax 089 - 21 80 50 31  
Dr. Uwe Förster, Schieferberg 8, 31840 Hess. Oldendorf,  
Telefon: (0 51 52) 29 50, Telefax: (0 51 52) 52 87 74  
Dr. Ulrike de Langen-Müller, Mozartstr. 16, 94032 Passau,  
Telefon: (0851) 9 34 63 61  
Telefax: (0851) 9 66 69 74

**Mitteilungen der Redaktion**

In der Sprachheilarbeit werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik bedeutsam sind. Die Veröffentlichungen sollen dem Informationsstand und -bedarf der Leser angemessen sein. Praxisbeiträge sind ebenso relevant wie theoretische Abhandlungen. Für beide gilt, dass sie in ihrer Bearbeitung aktuell bzw. originell, methodisch überzeugend, sprachlich prägnant und klar gegliedert sein müssen. Gemäß dem üblichen Standard wird für die Diskussion von Ergebnissen und Schlussfolgerungen die Berücksichtigung der relevanten Autoren bzw. Arbeiten erwartet. Die wissenschaftlichen Qualitätsstandards gelten nicht für kurze Mitteilungen aus der Praxis, die unter der Rubrik Echo oder im Magazinteil der Zeitschrift veröffentlicht werden. Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden. Die in der Sprachheilarbeit abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gekennzeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

**Beirat**

Dr. paed. Reiner Bahr, Düsseldorf  
Theo Borbonus, Essen  
Dr. phil. Friedrich M. Dannenbauer, München  
Dr. paed. Barbara Giel, Köln  
Giselher Gollwitz, Bad Abbach  
PD Dr. phil. Ernst G. de Langen, Bad Griesbach  
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Motsch, Heidelberg  
Prof. Dr. med. Martin Ptok, Hannover  
Prof. Dr. phil. Alfons Welling, Hamburg

**Erscheinungsweise**

Jährlich 6 Hefte: Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember.  
(Anzeigenschluss: jeweils am 3. des Vormonats)

**Bezugsbedingungen**

Jahresabonnement € 40,00 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.

## Inhalt

5

2002

*Nitza Katz-Bernstein, Dortmund*

Reden (und schweigen) über (s)elektiven Mutismus  
Oder: „Stell’ dir vor, du redest, jeder glotzt!“ **210**

*Boris Hartmann, Köln*

Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen **212**

*Udo Schoor, Reutlingen*

Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule **219**

*Reiner Bahr, Düsseldorf*

Schweigende Kinder in der Schule **227**

*Aktuelles:* dgs – Mitteilungen **232**

dbS – Beruf und Politik im Verband **233**

*Persönliches* **235**

*Medien* **236**

*Termine* **239**

*Rückblick* **240**

*Vorschau* **242**

47. Jahrgang/Oktober 2002

**dgs/dbS**

ISSN 0584-9470



Nitza Katz-Bernstein, Dortmund

# Reden (und schweigen) über (s)elektiven Mutismus Oder: „Stell' dir vor, du redest, jeder glotzt!“

In diesem Heft finden die Leserin und der Leser z. T. von der Redaktion erbetene Beiträge zum selektiven Mutismus von den drei für dieses Thema ausgewiesenen Fachmännern der Sprachheilpädagogik / Logopädie im deutschen Sprachraum. Eine Fachfrau, die auf eine rege Erfahrung mit solchen Kindern zurückblicken kann, in meiner Person, soll „auf ein Wort“ die Einleitung dazu schreiben, was ich hiermit sehr gerne annehme.

Zunächst einmal ist an dieser Stelle der Redaktion ein „Kränzchen zu winden“ für die Initiierung einer Auflage zu einem Spezialthema. Es scheint, als gelänge es der „Sprachheilarbeit“ mehr und mehr, ein Forum für einen Fachaustausch und eine Fachdiskussion zu bieten, Fachpersonen für Kommunikation und Sprache miteinander kommunizieren und sprechen zu lassen. Schon das Lesen der drei Manuskripte war für mich eine spannende Angelegenheit, waren der Stil und die Ausrichtung genauso individuell wie von jedem der Drei auch zu erwarten war. Es lassen sich bei jedem der drei Artikel neue Aspekte, neue Details, neue Ideen mit Gewinn entdecken. Faszinierend bei allen drei Artikeln sind das Engagement und die große Empathie gegenüber diesen Kindern. Denn ein typisches Merkmal für die Therapie dieser Kinder ist, dass man sich nicht nur „ein wenig“ mit mutistischen Kindern beschäftigen kann. Therapeuten, die „angebissen“ haben, setzen sich für diese Kinder ein. Das Engagement ist eine unbedingte Voraussetzung, wenn man sich mit diesen Kindern und ihren Angehörigen therapeutisch befassen will.

Zwischen allen drei Beiträgen, meine ich, in diesem Heft eine ergänzende

Nische gefunden zu haben. Sie liegt in der Praxeologie. Ich werde an dieser Stelle einige Therapieebenen aufzeigen und durch einige Beispiele veranschaulichen, um einen Einblick darüber zu geben, wie bei diesen Kindern therapeutisch interveniert werden kann. Ich meine dabei, zwischen den in den Artikeln aufgezeigten diagnostischen und schulischen Perspektiven die mögliche Seite der therapeutischen Fachperson vertreten zu können.

Wenn ich an die Therapieplanung herangehe oder supervisorisch die Therapie beschreiben lasse, so unterscheide ich folgende therapeutische Ebenen:

*Die Diagnose und das Setting:* Es gibt wenig, was zu der neuen diagnostischen Betrachtung von *Hartmann* (in diesem Heft) beizufügen ist. Wichtig scheint mir noch die Festlegung des Settings – interdisziplinär. Die Therapie des Mutismus ist m. E. eine interdisziplinäre Aufgabe, die nur dann gelingen kann, wenn fachliche Zuständigkeiten, Aufgaben und Vorhaben im Einvernehmen ausgehandelt und koordiniert worden sind und mit den Eltern ein, wenn auch mündlich, klarer Arbeitsauftrag und -vertrag besteht. Die Arbeit führt alle Parteien durch schwierige systemische und institutionelle Phasen hindurch, die einvernehmlich durchzustehen sind.

*Die Symptom-/Verhaltensebene:* Hier werden Interventionen geplant, die direkt mit dem Symptom in Beziehung stehen. Bei kleineren Kindern versuche ich, durch Tierpuppen, Pfeifen, heulende Indianerstimmen, drohende Geister usw., die Kinder im Spiel durch verlockende Rollen zum Tönen, Klängen, Flüstern und später zum Befehlen,

„Stopp!“-Rufen zu bringen. Manchmal hilft es, wenn sie Freunde mitbringen, mit denen sie sonst sprechen. Mit älteren Kindern handle ich verhaltenstherapeutisch Handlungsschritte aus; ich desensibilisiere sie, gebe ihnen nach der Aushandlung des Arbeitsvertrags zunächst leicht zu bewältigende Hausaufgaben, in denen sie z. B. Sprechsituationen und Ansprechpersonen in „leicht“ und „schwer“ klassifizieren sollen. Ich erkunde Gefühle der „Lust auf das Sprechen“ in der Schule, lasse dem Kind die Wahl sich vorzustellen, wie und in welchen Situationen es sprechen möchte: eher bei mir, im Restaurant oder in der Schule. Ich helfe ihnen dabei, kleinste Experimente zu wagen, die auch scheitern dürfen. Oft führen sie zu einem überraschenden Ergebnis: das Kind fängt ganz woanders an zu sprechen, als erwartet.

*Die sprachliche Ebene:* Hier werden diagnostizierte oder vermutete Sprachdefizite angegangen: Bei zwei italienischen mutistischen Schwestern, Paulina (9 J.) und Ramona (7J.), die erst zwei Jahre in der Schweiz verweilten und jeglichen Kontakt mit der schweizerdeutschen Sprache durch Schweigen vermieden, konnte ich durch den Aufbau eines Supermarkts mit Einkaufsszenen mit einer zunächst stummen Verkäuferin semantischen sowie lexikalischen und grammatischen Sprachaufbau leisten. Dies erfolgte zunächst ausschließlich über Sprachinput und in Form von gezeichneten und geschriebenen Hausaufgaben, die die Mädchen voller Begeisterung erledigten. Ich habe unterstellt, dass sie dabei sprachlich viel aufgeholt haben. Darin habe ich mich nicht geirrt, wie sich später herausstellte.

*Die Ebene der Beziehungsgestaltung:* Bei dem sehr erstarrten Patrick (9J.) habe ich einen „Safe-Place“ – eine Hütte – gebaut, in der ihn keiner stören sollte und mit der Handpuppe einen frechen Peter gespielt, der in die Hütte stürmen wollte und von mir mit Streit und heftigen Diskussionen daran gehindert wurde. Sehr bald schossen aus der Hütte in Richtung Puppe Peter Plastikschlangen und Pingpongbälle, die dann auf die Hütte zurückgeschossen wurden. Es entstand ein Hin- und Herschießen mit viel Lärm und Gaudi, während dem ich vermeintlich hilflos kommentierte: „Was macht denn ihr hier für einen Lärm und ein Durcheinander?!“, zum noch größeren Vergnügen von beiden – Peter und Patrick.

Bestimmtheit, Offenheit, Empathie, feste Regeln, aber auch die Freiheit, Schweigen und Sprache selber regulieren zu können, gehören zur Beziehungsgestaltung. Respekt vor dem Kind, Respekt (aber keine Angst!) vor dem Symptom, ungebrochene Zuversicht auf Erfolg, wenn das Timing richtig scheint, dabei viel Beharrlichkeit, sich von Rückfällen und Misserfolgen nicht beirren zu lassen, Verbündung mit den konstruktiven Intentionen des Kindes, Versöhnung mit dem Schweigen und neben dem Wissen um die Ernsthaftigkeit des Symptoms viel Witz, Humor und Vergnügen miteinander (vergl. auch *Bahr, Schoor*, in diesem Heft) – alles Eigenschaften, Verhaltensregeln und Einstellungen, die mich – immer wieder anders – das Vertrauen der Kinder gewinnen lassen. Es soll nicht geleugnet werden: Man muss sich um diese Kinder bemühen, sich oft lange Zeit als Animateur fühlend. Es gilt, sie (nicht verbal) zu überzeugen, dass ich ihr Sprechen nicht auf **meinem**

therapeutischen Erfolgskonto verbuchen möchte, sondern ihre Interessen respektiere.

*Die Verarbeitung oder Symbolisierungsebene:* Ursi (4 J.) spielte im Sand eine Familie, deren zwei Kinder nicht hinaus durften, um mit anderen Kindern zu spielen. Draußen war es immer kalt und es lag immer Schnee. Bei jedem Mal, an dem Ursi außerhalb des Therapieraums mit immer mehr Personen zu sprechen wagte, gingen die Kinder im Symbolspiel öfter hinaus, um mit anderen Kindern zu spielen und der Schnee schmolz immer mehr.

Die Kinder erzählen uns verschlüsselt ihre sich verändernde Befindlichkeit. Es geht nicht darum, zu deuten. Diese „narrative Praxis“ hilft, Emotionen zu organisieren, die Realität zu strukturieren, sie neu zu erschließen, Lösungen zu finden, Kompromisse zu schließen, sie vorhersagbar und handhabbar gestalten zu lernen.

*Die systemische Ebene und der Transfer:* Ali, ein 13-jähriger libanesischer, sozial beliebter Junge, lud immer eine kleine ihm „wohlgesonnene“ Jungengruppe aus der Schule zur Therapie ein, weihte sie ein und beriet sich mit ihnen, wie die Hürde des Schweigens in der Schule abzubauen wäre. Wir spielten, tranken Saft, plauderten, tauschten fiktiv „Schwächen“ und „Stärken“ aus (jeder wollte die guten Noten von Ali in Mathe) und planten nebenbei therapeutische Schritte („Ali, wie sollen sie denn reagieren, wenn du reden würdest in der Schule, was hilft dir am meisten?“, Ali: „Ganz normal tun!“ Simon: „He logo, stell’ dir vor, du redest, jeder glotzt!“) Wir hatten viel Spaß und dazu einen großen therapeutischen Transfereffekt. An dieser Stelle verweise ich wiederum auf die Artikel von

*Bahr und Schoor.* Die schulische Dimension, die Zusammenarbeit der Fachpersonen und Eltern, sowie die „Innenansicht“ der Betroffenen werden dort gebührend behandelt.

Let’s face it – Therapie des Mutismus ist nicht jedermanns Steckenpferd. Im sprachtherapeutischen Ambulatorium der Universität Dortmund empfehlen wir folgende Bedingungen für Therapeuten:

- Eigene Lust auf und Motivation für diese anspruchsvolle Arbeit,
- therapeutische Erfahrung,
- gute didaktische Fähigkeiten und Empathie,
- Bereitschaft zur Selbstreflexion über das eigene Kommunikationsverhalten,
- gute Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit der Schule und / oder Delegation der Elternarbeit,
- gute inter- und / oder supervisorische Begleitung,
- sich immer wieder stärken und ermuntern lassen, wenn Krisen kommen, denn diese sind vorprogrammiert...

Viel Erfolg und viel Vergnügen bei der Arbeit! Es gibt nichts Schöneres, als nach dem ersten Wort des schweigenden Kindes in der Therapie oder in der Schule im siebten logopädischen Himmel zu schweben. Dabei darf man sich dies auf gar keinen Fall anmerken lassen!

*Nitza Katz-B.*

Nitza Katz-Bernstein



Boris Hartmann, Köln

## Mutismus – Diagnostik und Evaluation im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen

### 1. Einleitung

Weshalb spricht ein Mensch nicht, obwohl er sprechen kann? Welche Inhibitionsmechanismen greifen beim Mutismus (lat. mutus = stumm) ineinander, so dass ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener seinen *angeborenen Trieb*, mit seiner Umwelt in Kontakt treten, sich verbalsprachlich mit ihr auseinander setzen, sich selbst mitteilen zu wollen, nur noch in gedämpfter Form verspürt, ihn situativ oder total nicht mehr realisiert bzw. durch non-verbale Ersatzstrategien kompensatorisch limitiert?

Hat es die Sprachheilpädagogik bzw. Logopädie nicht eher mit retardierten sowie regredierte Sprachpotenzen zu tun, die im Rahmen von Entwicklungsdevianzen, traumatischen Affektionen oder Abbauprozessen auftreten, als mit bereits vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten, bei denen vor allem ihre *Nicht-Anwendbarkeit* fokussiert wird?

Ist aber in jedem Fall eines mutistischen Verhaltens die kommunikative Fähigkeit wirklich frei verfügbar, oder gibt es Formen, die auf zentralorganisch bedingte Hemmungsphänomene zurückzuführen sind oder das Produkt kognitiver bzw. emotional-motivationaler Verarbeitungsprozesse darstellen?

Die Beschäftigung mit diesen Fragestellungen im Hinblick auf die Erarbeitung von Interpretationsansätzen und Behandlungskonzeptionen macht deutlich, dass der Mutismus im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter im Schnittpunkt sprachheilpädagogischer/

logopädischer, psychologischer und medizinisch-psychiatrischer Erklärungs- und Therapieansätze liegt. Die Sprachheilpädagogik/Logopädie erweist sich hier als Integrationswissenschaft zwischen den genannten Disziplinen, nicht zuletzt dadurch, dass sich das Schweigen häufig in Kombination mit sprachlichen Auffälligkeiten (vgl. *Isensee / Haselbacher / Ruoss 1997, Kristensen 2000*) und/oder Bilingualismus-Problembereichen (vgl. *Werder 1992, Kracht / Schümann 1994*) zeigt.

Zentrales Anliegen sprachtherapeutischen Handelns ist hier die gesamtpersonale Deblockierung sowie Extension der kommunikativen Kompetenz im Kontext der Erkenntnis- und Bedürfnisvermittlung, Sprechen und Sprache als etwas persönlich Wertvolles, als soziales Instrument, als Ein- bzw. Rückkehr in die Gemeinschaft zu begreifen.

### 2. Diagnostik und Evaluation

#### 2.1 (S)elektiver Mutismus und Diagnostikskriterien internationaler Klassifikationen

Der Terminus „elektiver Mutismus“ (ICD-10 Code: F94.0) – er wird durch die Bezeichnung „selektiver Mutismus“ ergänzt – wird in der ICD-10 Klassifikation der WHO (World Health Organization) unter die Gruppe *Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* subsumiert. Damit wird die Sprechhemmung als eine soziale Störung beschrieben. Nach der ICD-10 tritt der (s)elektive Mutismus „mit ungefähr gleicher Häufigkeit

bei beiden Geschlechtern“ (*Dilling / Mombour / Schmidt 2000, 310*) auf, gibt es Hinweise für eine geschlechtsspezifische Prävalenz in beide Richtungen (vgl. *Hartmann 1997a*).

Die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 setzen voraus:

1. „Ein normales oder nahezu normales Niveau des Sprachverständnisses.“
2. Eine Kompetenz im sprachlichen Ausdruck, die für eine soziale Kommunikation ausreicht.
3. Einen Beleg dafür, dass die betroffene Person in einigen Situationen normal oder fast normal sprechen kann und spricht“ (*Dilling / Mombour / Schmidt 2000, 310*).

Der differentialdiagnostische Ausschluss lautet:

- „passagerer Mutismus als Teil einer Störung mit Trennungsangst bei jungen Kindern (F93.0),
- Schizophrenie (F20),
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84),
- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)“ (*Dilling / Mombour / Schmidt 2000, 311*).

Die genannten Ausschlusskriterien sind z.T. problematisch: Es erweist sich als vorteilhaft, emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0) sowie tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie z.B. frühkindlicher Autismus (F84.0), atypischer Autismus (F84.1), Rett-Syndrom (F84.2), sonstige desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3), überaktive Störung mit Intelligenzminde-

rung und Bewegungstereotypien (F84.4), Asperger-Syndrom (F84.5) usw. vom Mutismus abzugrenzen. Dass die Sprechhemmung allerdings in Kombination mit einer (F20) Schizophrenie (vgl. Heuser et al. 1986, Alshuler et al. 1986) oder mit (F80) Sprachentwicklungsstörungen (s.o.) auftreten kann, wurde bereits ausführlich beschrieben (vgl. Hartmann 1997b, 2002).

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie gibt folgende diagnostische Kriterien für „313.23 Selektiver Mutismus“ vor:

- A. „Andauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird, z.B. in der Schule), wobei in anderen Situationen normale Sprechfähigkeit besteht.
- B. Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
- C. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht auf den ersten Monat nach Schulbeginn beschränkt).
- D. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse der gesprochenen Sprache bedingt, die in der sozialen Situation benötigt wird oder dadurch, dass der Betroffene sich in dieser Sprache nicht wohl fühlt.
- E. Die Störung kann nicht besser durch eine Kommunikationsstörung (z.B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf“ (Saß / Wittchen / Zaudig 1998, 155f.).

Auch bei dem DSM-IV sind neben den auf die ICD-10 bezogenen Anmerkungen (s.o.) Problemfelder zu erkennen: In der Praxis zeigt sich, wie bereits beschrieben, dass der (s)elektive Mutismus durchaus bei zweisprachig aufwachsenden Kindern auftreten kann.

Bei einer Nichtbeherrschung der zweiten, neu zu erlernenden Muttersprache verfallen diese Kinder in Verbindung mit einer hereditär-dispositionellen Grundhemmung (Diathese) beim Eintritt in das (stressauslösende) ungewohnte soziale Umfeld (Kindergarten, Schule) in eine *psychophysiologische kommunikative Hemmung (Diathese-Stress-Konfiguration)*, und sie schweigen (Kriterium D). Darüber hinaus wird mit Kriterium E das den Mutismus konstituierende Merkmal ausgeklammert: Der Mutismus ist eine Kommunikationsstörung.

## 2.2 Verursachungsfaktoren des Mutismus im Kontext wissenschaftstheoretischer Neuorientierungen

Hinsichtlich des ontogenetischen Bedingungsgefüges des (s)elektiven Mutismus können sieben Interpretationsansätze genannt werden (ausführliche Darstellungen s. Hartmann 1992, 1997b):

- A. psychophysiologische Faktoren:
  - *Diathese-Stress-Modell*: Mutismus als Ergebnis intrapsychischer Insuffizienzpotenzen und Negierungstendenzen gegenüber als bedrohlich empfundenen interaktionalen Geschehnissen (kognitive Bewertungs- und Komparationsmechanismen) in Verbindung mit der Diathese der Prädisposition (s. Punkt C) bei dem Betroffenen und seiner Familie für kommunikative Gemhemtheit.
- B. psychologische Faktoren:
  - *Problemlösungsmechanismen*: Mutismus als neurotisches bzw. kognitiv-transaktionales Hemmungsphänomen.
  - *Lerntheoretischer Ansatz*: Mutismus als operant konditioniertes bzw. imitiertes Verhalten.
  - *Milieutheoretischer Ansatz*: Mutismus als sozio-ökonomisches Deprivationsphänomen, Bilingualismusproblemfeld oder Folgeerscheinung einer kommunikativen Familien-Außenwelt-Inkohärenz.

C. somatologische Faktoren:

- *Mutismus und Entwicklungsstörungen*: Comorbidität zwischen Mutismus und Teilleistungsstörungen.
- *Mutismus und Psychose*: Comorbidität zwischen Mutismus und psychiatrischen Krankheitsbildern.
- *Mutismus und Disposition*: Comorbidität zwischen Mutismus und genetischen Determinanten (s. auch Punkt A).

In der anglo-amerikanischen Literatur werden darüber hinaus zunehmend organisch bedingte Formen des Schweigens mit dem Begriff „Mutismus“ assoziiert. So wird z.B. der Mutismus im Erwachsenenalter mit einem zerebellären Blutsturz in Verbindung gebracht (vgl. Coplin et al. 1997), in der akinetischen Form mit einem Plexus choroidei Papillom im vierten Ventrikel (vgl. Caner et al. 1999), in der selektiven Form mit einem Fragilen-X-Syndrom (vgl. Hagerman et al. 1999), in der transienten Form mit neurologischen Erkrankungen u.a. des Kleinhirns (vgl. Turgut 1998). Bereits 1941 wurde von Cairns et al. der Terminus *akinetischer Mutismus* begründet und eine Form des Schweigens beschrieben, die auf eine epidermoide Zyste des dritten Hirnventrikels zurückgeführt wurde. Dieser Begriff wird bis heute für jene Formen des Schweigens verwendet, die in Zusammenhang mit *hirnorganischen Schädigungen und Hemmungsphänomenen der zentralen Sprechfunktionen* auftreten.

In weiteren zeitgenössischen anglo-amerikanischen Studien wird der Mutismus im Rahmen einer Mutation am kurzen Arm des Chromosoms 18 beschrieben (Simons / Goode / Fombonne 1997) bzw. die Bedeutung von genetischen Einflüssen anhand der Zwillingsforschung diskutiert (vgl. Segal 1999).

Aber auch im deutschsprachigen Raum wird die Semantik des Terminus „Mutismus“ sukzessive auf *alle* pathogenetischen Einflüsse – psychologische und somatologische – ausgedehnt. „Mutismus“ wird definiert als (weitgehend) aufgehobene Fähigkeit zu

lautsprachlichen Äußerungen in Verbindung mit erhaltenem oder zumindest deutlich besserem Sprachverständnis. Dieses Syndrom kann auch im Rahmen zentralmotorischer Störungen beobachtet werden: a) bei bilateraler Schädigung der kortikobulbären Bahnen, meist in Höhe des motorischen Kortex, der inneren Kapsel oder der Brücke, b) in fortgeschrittenen Stadien der Parkinsonschen oder Huntingtonschen Erkrankung und c) nach Operationen eines Tumors der hinteren Schädelgrube bzw. nach beidseitigen stereotaktischen Eingriffen am Nucleus dentatus. Diese mutistischen Konstellationen stellen die ausgeprägteste Form einer dysarthrischen Störung, d.h. eine Anarthrie, dar“ (Ackermann / Ziegler 1994, 337). Ziegler / Ackermann (1994) beschreiben darüber hinaus den Mutismus bei transkortikalmotorischen Aphasien als Störung der Sprechinitiierung und des Sprechantriebes sowie bei Broca-Aphasien und Sprechapraxien als Störung sprechmotorischer Programmierungsprozesse. Strehlow / Kirchmann / Schäfer (1993) stellen in ihrer Kasuistik den Fall eines neunjährigen Mädchens dar, bei dem ein elektiver Mutismus in Verbindung mit einem schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) auftrat. Süss-Burghart (1999) verweist in seiner Übersicht auf ein gehäuftes Auftreten (75%) prä-, peri- oder postnataler Komplikationen und Vorschädigungen sowie auf eine erhöhte Inzidenz mutistisch anmutender Verhaltensweisen bei den engsten Familienangehörigen.

An dieser Stelle scheint sich der Kreis zur anglo-amerikanischen Literatur wieder zu schließen: 72,2% der von Kristensen (2000) untersuchten Kinder hatten ausgeprägt schüchterne Familienangehörige, dagegen nur 17,6% der Kinder ihrer Kontrollgruppe. Der gemeinsame inhaltliche Nenner in der internationalen Mutismus-Forschung scheint allein das phänomenologische Kriterium zu sein: das Schweigen. Bei der Interpretation hinsichtlich der Genese des mutistischen Verhaltens stehen sich im deutschsprachigen Raum die Vertreter des psycho-

logisch bzw. somatologisch orientierten Lagers bisher fast unveröhnlich gegenüber, werden medizinische Ansätze hier und psychologische Sichtweisen dort ausgeklammert oder – wie etwa beim „akinetischen Mutismus“ – organisch bedingte Formen des Schweigens nicht zum Mutismus gezählt.

Wird der weitere Verlauf der Mutismus-Forschung eine Annäherung zeigen, nicht sogar erforderlich machen und diametrale Perspektiven auflösen? Werden letztendlich die sich potenzierenden Erkenntniszuwächse in der Gentechnologie die Frage nach dem Einfluss genetischer Determinanten auf die Verursachung nicht zentral-traumatisch bedingter Mutismusformen beantworten?

### 3. Kognitive und motivationale Prozesse beim Schweigen auf der Basis der Diathese

#### 3.1 Mutismus als kognitionspsychologische und diathetische Kommunikationsvariante

Eine psychophysiologische Sichtweise des mutistischen Verhaltens erscheint von Vorteil, hilft sie doch bei der Beantwortung der Kardinalfrage: Wieso reagiert der Betroffene ausgerechnet mit dem Schweigen? Warum zeigt das Kind, der Jugendliche bzw. der Erwachsene entwicklungsbedingt oder als Reaktion auf ein seelisches Trauma nicht z.B. ausschließlich eine Stottersymptomatik, plötzliches Einnässen, Einkoten, (auto-)aggressive Verhaltensstrukturen oder andere Abweichungsmuster?

Die erhöhte Vulnerabilität im Bereich des kommunikativen Antriebes scheint in der Diathese für sprachliche und soziale Gehemmtheit begründet zu sein. Wirken darüber hinaus als Überforderung erlebte Umwelteinflüsse (wie Eintritt in den Kindergarten, Einschulung) als Stressoren, kommt es zu einem Einbruch an der Stelle mit der höchsten Vulnerabilität: Es wird geschwiegen. Das von Davison / Neale (1979) be-

gründete Diathese-Stress-Modell, das auf die Mutismus-Forschung übertragen wurde (vgl. Hartmann 1997b), verbindet mit seinem holistischen Ansatz die o.g. psychologischen und somatologischen Faktoren. „Das Diathese-Stress-Paradigma vermag vielleicht die für die Anwendung geeigneten Merkmale der verschiedenen Betrachtungsweisen in sich zu vereinen. Menschen, so nimmt dieses Paradigma an, sind dazu disponiert, auf bestimmte Formen von Umweltstress unangemessen zu reagieren“ (Davison / Neale 1998, 61).

Ob allerdings ein Umweltereignis als Stressor wahrgenommen wird, hängt von der kognitiven Einschätzung des Ereignisses durch den Interagierenden ab. Beispiel: Schweigt ein Kind in der Schule hartnäckig und (häufig) über Jahre hinweg, während es im familiären Umfeld spricht, lässt sich die mutistische Symptomatik nach dem Diathese-Stress-Modell dadurch interpretieren, dass

- die primäre Einschätzung (*primary appraisal*) des Ereignisses Unterrichtssituation und die damit erfahrenen Anforderungen an kommunikative Kompetenz, Dialogfähigkeit und rhetorisches Ausdrucksvermögen sowie
- die zweite Einschätzung der eigenen Ressourcen (*secondary appraisal*) wie kommunikative Unsicherheit z.B. aufgrund von Artikulationsstörungen, Dysgrammatismen, Stottern, Bilingualität, Dialektbilingualität zu einer derart intensiven Bedrohung führen, dass die einzige
- unbewusste Copingstrategie das Vermeidungsverhalten Mutismus ist.

Das Schweigen kann damit als Ergebnis eines verinnerlichten Wahrnehmungs-Bewertungs-Bewältigungskonzeptes (vgl. Schoor 1999) gedeutet werden. Die vulnerable Bewältigung dieses aufgrund von kognitiven Einschätzungskonfigurationen als ich-bedrohlich, nicht kontrollierbar wirkenden Umweltereignisses zeigt sich jedoch nur in jenen Fällen als vermei-

dendes Schweigen – und eben nicht ausschließlich als Stottersymptomatik, plötzliches Einnässen, Einkoten, (auto-) aggressive Verhaltensstruktur oder anderes Abweichungsmuster –, in denen eine (familiäre) Disposition für ein gehemmtes, kommunikativ introvertiertes Verhalten zu verzeichnen ist. Das Abschottungsverhalten von innen nach außen – Vermeidung von Blickkontakten, Vermeidung des Sprechens und anderer phonischer Leistungen (kein Lachen, Seufzen, Husten; stummes/tränenloses Weinen), in schweren Fällen sogar Vermeidung von Körperregungen sowohl der Extremitäten als auch der Mimik –, aber auch das Abprallenlassen jedweder Kontaktversuche von außen nach innen lässt sich mit dem Aufsetzen einer Taucherglocke vergleichen (*diving-bell-behavior*). Der Betroffene sichtet aus einer abgesicherten Distanz heraus das aktuelle Umweltgeschehen, ohne etwas von sich preisgeben zu müssen.

Der Mutismus äußert sich hier als Invariante eines auf die Ich-Bedrohung unternommenen Schutz-, Kompensations-, Selbstrettungs- und Rekonstruktionsversuchs und damit als Parakonstruktion (vgl. *Hartwich 1999*).

### 3.2 Mutismus als affektiv-motivationale Kommunikationsvariante auf der Basis der Diathese

Neuere Untersuchungen ergänzen die kognitiven und aus dem Verständnis der Psychoanalyse entstandenen Theorien für die unbewusste Genese menschlichen (Fehl-)Verhaltens zunehmend durch motivationale Prozesse in Abhängigkeit von emotionalen Zuständen. Dabei wird dem in der Zwischenhirnregion gelegenen Hippocampus als Teil des limbischen Systems bei der Dämpfung und Kontrolle angeregter Emotionen eine große Bedeutung zugeschrieben. „Heute lässt sich nachweisen, dass angeregte Emotionen auf die kognitiven Prozesse selbst und damit auch die Kognitionsinhalte – ohne dass man sich dessen bewusst wird – Einfluss nehmen. (...) Was zudem in den letzten Jahren immer deutlicher wird, ist die Tatsache, dass das affektive Prozessieren vor dem kognitiven

beginnt. (...) Affektive und kognitive Prozesse besitzen eine gewisse Autonomie, und Emotionen lassen sich nicht mittels Kognitionen kontrollieren. Dies kann eine Reihe klinischer Zustandsbilder erklären helfen – wie z.B. Angst und Zwang“ (*Sokolowski 1999, 168ff.*).

Motivation wird nach dem Verständnis der Motivationsforschung dadurch erzeugt, dass in Abhängigkeit von der Valenz durch einen situativen Reiz zukünftige potenzielle emotionale Zustände antizipatorisch gesucht oder vermieden werden. Dabei werden drei Typen natürlicher Reize unterschieden:

- *Kontakt-Anreize (contact incentives)*, die im Umgang mit Gruppenmitgliedern oder Bezugspersonen entstehen,
- *Abwechslungs-Anreize (variety incentives)*, die bedingt durch das Interesse an Neuem exploratorisch wirksam werden,
- *Einwirkungs-Anreize (impact incentives)* mit dem Wunsch nach Einflussnahme auf die dingliche und soziale Umwelt (vgl. *McClelland 1985 in Sokolowski 1999*).

Im Rahmen der Sozialisierungserfahrungen entwickeln sich auf diesen drei Bedürfnisebenen das *Anschlussmotiv*, das *Leistungsmotiv* und das *Kontroll- bzw. Machtmotiv*. Wird ein Motiv angeregt, so treten folgende psychische Induktionsprozesse auf: „Es richtet die Aufmerksamkeit unwillkürlich auf die motivelevanten Situationsaspekte, beeinflusst die bewussten Wahrnehmungen, Deutungen und Interpretationen, aktiviert Erfahrungen mit vergleichbaren Situationen, entwirft mögliche Zielzustände (Antizipationen, Erwartungsmotivationen), nimmt Einfluss auf das Erleben (Gedanken und Gefühle), energetisiert und selegiert das Verhalten und richtet es auf das Motivziel aus. Die Motivanregung erfolgt unwillkürlich“ (*Sokolowski 1999, 171*).

Beim Mutismus ist vor dem Hintergrund der emotionalen Prozessierungsmechanismen davon auszugehen, dass weder die Kontakt-Anreize noch die Abwechslungs-Anreize einen positiven Aufforderungscharakter für ein *An-*

*schlussmotiv bzw. Leistungsmotiv* (-> *Mitteilungsmotiv*) darstellen. Im Gegenteil: Beide interpersonelle Reizkonfigurationen werden in der Antizipation emotional negativ, daher vermeidungswürdig, interpretiert.

Dagegen besitzt das *Kontroll- oder Machtmotiv* eine positive Valenz. In Verbindung mit einer zugrunde liegenden Diathese für sprachliche Gehemmtheit induziert das negativ antizipierte Anschluss- bzw. Leistungsmotiv einerseits sowie das positiv empfundene und schließlich bewährte Kontroll- oder Machtmotiv andererseits ein vermeidendes Interaktionsverhalten: Es wird geschwiegen und, wie sich in der Praxis zeigt, z.T. noch nicht einmal non-verbal Kontakt aufgenommen.

## 4. Klassifikation des Mutismus

Die Deskription und Interpretation des Schweigens hat in der internationalen und deutschsprachigen Nosographie eine semantische Öffnung erfahren. Dies macht eine genaue Attributierung der jeweiligen Mutismusform (s. Abb. 1 auf S. 216) mit Angaben zu der Primärgenese erforderlich – Beispiel: „elektiver Mutismus lerntheoretischer Genese“, „elektiver Mutismus kognitiv-diathetischer Genese“ oder „akinetischer Mutismus zerebellärer Genese“ –, da unter „Mutismus“ nicht mehr nur allein das (s)elektive Erscheinungsbild und unter „(s)elektivem Mutismus“ nicht mehr nur allein die psychogene Variante verstanden werden kann.

Die Unterteilung der Sprechhemmung orientiert sich an der Ätiologie (s. Kapitel 2.2 und 3), d.h. sie differenziert sich nach der primären psychologischen bzw. somatologischen Verursachung, kausal oder comorbid. Dabei zeigen sich beim (s)elektiven Mutismus Interdependenzen auf beiden Seiten mit Ausnahme des organisch bedingten akinetischen Mutismus psychotischer Genese (meist total) oder im Rahmen einer Hirnläsion (meist transient total).

Eine totale Variante ist allerdings auch bei den anderen Formen möglich und hängt von der Intensität der Einfluss-

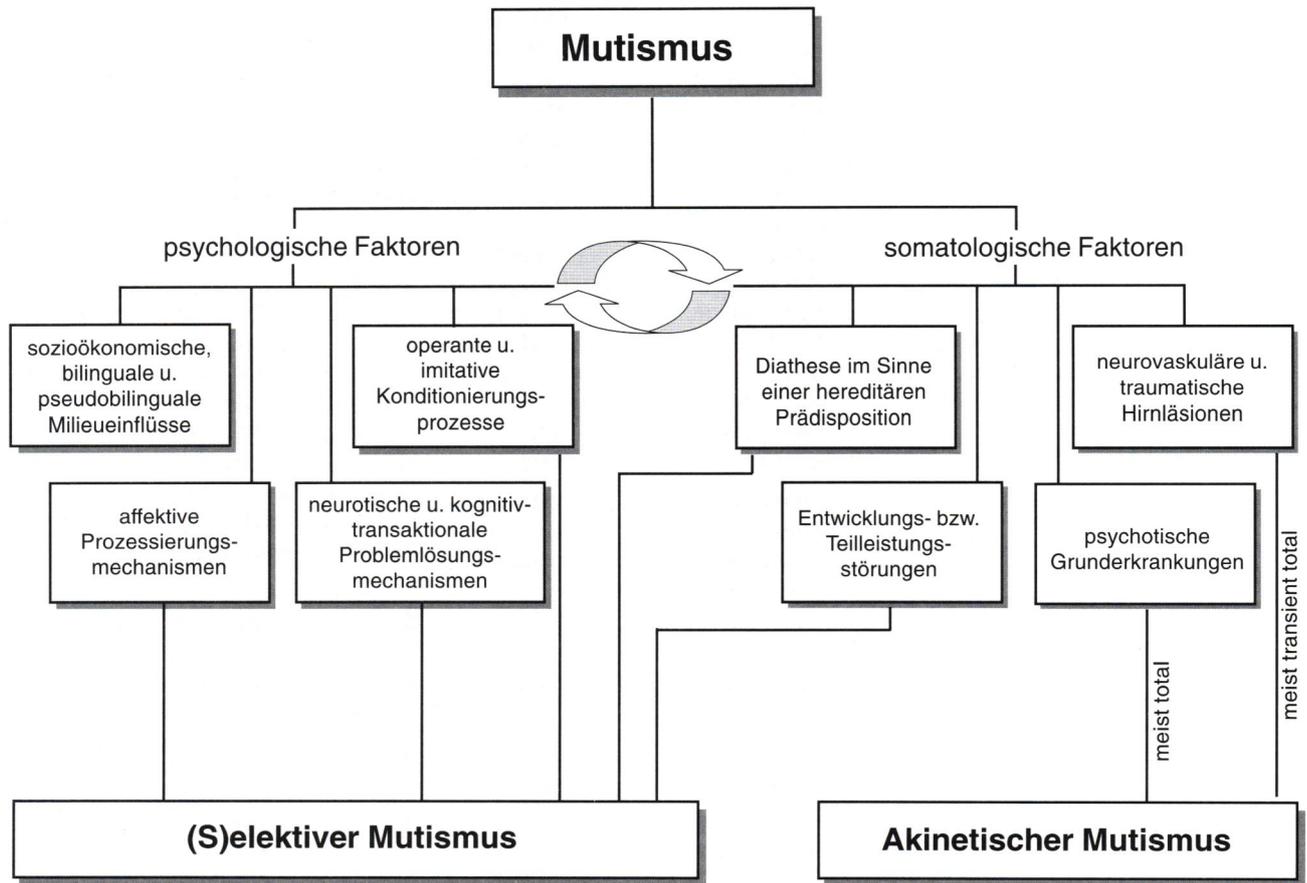


Abb. 1: Klassifikation des Mutismus unter Berücksichtigung ätiologischer Kriterien

größen ab. Die sprachtherapeutische/logopädische Konsequenz bleibt jedoch trotz unterschiedlicher Bedingungsfaktoren invariant: „Nicht erlernte und verloren gegangene Sprachlichkeit ist Sinnverlust bzw. Weltverlust für die betroffenen Menschen. Erziehung zur individuell möglichen Sprachlichkeit ist eine der wichtigsten Aufgaben einer (Sonder-)Pädagogik“ (Kroppenberg 1998, 327). Dem ist für das therapeutische Handeln von Sprachheilpädagogen und Logopäden nichts hinzuzufügen.

### 5. Diagnostische Ableitungen

Unter Berücksichtigung der veränderten ätiologischen Akzentuierung (s. Kapitel 2.2, 3.1 und 3.2) sind bei der Anamnese, Diagnostik und Evaluation

der Sprechhemmung fünf Befundebenen zu berücksichtigen:

- A. *Die somatische Konstitution des Betroffenen bzw. der Familienangehörigen*; relevant sind: neurologische Erkrankungen, Hinweise für eine Prädisposition (Diathese) im Hinblick auf gehemmtes, introvertiertes (Kommunikations-)Verhalten, prä-, peri- oder postnatale Schädigungen und Störungen.
- B. *Die psychische Konstitution des Betroffenen bzw. der Familienangehörigen*; relevant sind: die Deskription von Persönlichkeitsparametern und familiären Beziehungsstrukturen mittels non-verbaler psychologischer Zeichentests (Fakultative: Der Baumtest, Der Mann-Zeichen-Test, Familie in Tieren), die Ermittlung von möglichen Angst- bzw.

Depressionspotenzialen (Fakultative: Kinder-Angst-Test KAT II, Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche DIKJ) sowie non-verbale Intelligenztests zur prognostischen Einschätzung kognitiver Leistungskapazitäten.

- C. *Die kommunikative Konstitution des Betroffenen bzw. des Familien- und Sozialsystems*. Die Erstellung eines mutismusspezifischen Soziogramms gibt Aufschluss darüber, mit welchen Personen innerhalb der Familie (Bsp.: mit den Eltern und den Geschwistern wird gesprochen, mit den Großeltern jedoch nicht) bzw. innerhalb des sozialen Systems verbal kommuniziert und mit wem ein verbaler Austausch vermieden wird. Das mutismusspezifische Soziogramm ist sowohl als

Eingangsevaluation der mutistischen Symptomatik als auch als Förderdiagnostikum geeignet. Es beschreibt den Verlauf der Therapie im Hinblick auf Quantität und Qualität der verbalen Kommunikationsleistung.

Neben dem kommunikativen Aspekt sollte mit Hilfe des „medialen“ Kommunikationspartners (meistens die Mutter) der individuelle Sprachstatus auf den Ebenen Artikulation, Syntax-Morphologie, aktives und passives Lexeminventar definiert werden.

D. *Die kognitiven Bewertungsmechanismen beim Betroffenen;* zu beschreiben sind: transaktionale Bewertungsmuster im Hinblick auf das aktuelle Umweltereignis und die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur kontrollierenden oder vulnerablen Bewältigung der tätigkeitsbezogenen Anforderung (Fakultative: Sozialphobie und -angstinventar für Kinder SPAIK, Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter SSK). Mitentscheidende Parameter sind hier die soziale Konstitution, objektive Bewältigungspotenzen und Erfahrungen mit ähnlichen Ereignissen (vgl. Hartmann 1997b).

E. *Die affektiven Prozessierungsmechanismen beim Betroffenen;* zu untersuchen sind: antizipierte Emotionszustände bezüglich verbal-kommunikativer Interaktionen im Hinblick auf die drei Anreizkategorien Anschluss, Leistung und Kontrolle. Eine qualitative Zuordnung situativer Schweigemomente ermöglicht die evaluative und prognostische Einschätzung der jeweiligen Motivationslage des Betroffenen.

Die diagnostische Interpretation des Schweigens, ohnehin erschwert durch die anfänglich fast völlige Interaktionshemmung der betroffenen Person in der Therapiesituation, erweist sich in der Regel als Gestaltung eines Mosaiks, bei dem die Einzelteile durch den Betroffenen selbst, durch Verhaltensbeobachtungen und durch intensive Gespräche mit Angehörigen und

Kontaktpersonen geformt werden. Da es sich beim Mutismus um eine Kommunikationsstörung handelt, die sehr häufig von sprachlichen Problemfeldern begleitet wird, kommt jenen Disziplinen eine wichtige Bedeutung bei der Interpretation und Behandlung des Schweigens zu, die wissenschaftstheoretisch und praxisorientiert auf kommunikative/sprachliche Störungen ausgerichtet sind: die Sprachheilpädagogik und Logopädie (vgl. Hartmann 2002).

## 6. Fazit

Die Diagnostik und Evaluation des Mutismus befindet sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt, stärker denn je, im Spannungsfeld nosographischer Modifikationen. Damit erweist sich im Hinblick auf die individuelle Interpretation und Behandlung ein systemisches Menschenbild (vgl. Hartmann 1996) und damit ein systemisches Verständnis des Schweigens als vorteilhaft, das psychologische und physiologische Bedingungsfaktoren miteinander verbindet. Die Arbeit mit Mutisten macht dabei deutlich, dass den Betroffenen wenig damit geholfen ist, dem Schweigen mit der Abschwächung als „Norm-Variante“ (Gregor 1998, 6) euphemistisch zu begegnen. Denn: Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die schweigend durchs Leben gehen, leiden unter dieser eigendynamischen gesamtpersonalen/kommunikativen Hemmung und lassen in der Therapie über ihre Angehörigen häufig nach dem Warum dieses Verhaltens fragen. Hier sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen „ein hoher Leidensdruck (besteht), da die schulische und soziale Zukunft des Kindes durch den Mutismus gefährdet ist“ (Kürschner 1998, 165). Der Wunsch seitens des Betroffenen und seiner Angehörigen, das Schweigen und den damit verbundenen Leidensdruck abzuschwächen oder im günstigsten Fall ganz aufzulösen, findet seine Entsprechung in der selbst gestellten Aufgabe von Sprachheilpäd-

agogen und Logopäden, Sprachanwendung und Sprechenkönnen als soziales Instrument erlebbar werden zu lassen.

## Zusammenfassung

In der zeitgenössischen deutschsprachigen Literatur sowie in den weit verbreiteten internationalen Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV wird unter dem Begriff „Mutismus“ in erster Linie die psychogen bedingte (s)elektive Form des Schweigens bei vorhandener Sprach- und Sprechfähigkeit verstanden. Die wissenschaftliche Entwicklung in der anglo-amerikanischen Literatur verweist jedoch zunehmend auch auf hirnorganische sowie genetische Ursachen für einen gehemmten Sprechtrieb bzw. eine veränderte Sprechinitiierung. Neben der Gegenüberstellung von aktuellen Studienergebnissen werden kognitive und motivationale Prozesse auf der Basis der Diathese bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Mutismus dargestellt. Es zeigt sich, dass die beschriebenen semantischen Modifikationen unmittelbare Konsequenzen für das Verständnis der Diagnostik, Klassifikation und Therapie des Schweigens involvieren. Durch den soziokommunikativen Grundcharakter der Störung und die häufige Verbindung mit sprachlichen Problemfeldern erhält die Mutismus-Forschung die Notwendigkeit einer sprachheilpädagogischen/logopädischen Perspektive.

## Literatur

- Ackermann, H., Ziegler, W. (1994): Mutismus bei zentralmotorischen Störungen – Eine Literaturübersicht. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 62, 337-344.
- Altshuler, L.L., Cummings, J.L., Mills, M.J. (1986): Mutism: review, differential diagnosis, and report of 22 cases. American Journal of Psychiatry 143, 1409-1414.
- Cairns, H., Oldfield, R.C., Pennybacker, J.B. (1941): Akinetic mutism with an epidermoid cyst of the 3<sup>rd</sup> ventricle. Brain 64, 273-290.
- Caner, H., Altinoers, N., Benli, S., Calisneller, T., Albayrak, A. (1999): Akine-

- tic mutism after fourth ventricle choroid plexus papilloma: treatment with a dopamine agonist. *Surgical Neurology* 51, 181-184.
- Coplin, W.M., Kim, D.K., Kliot, M., Bird, T.D. (1997): Mutism in an adult following hypertensive cerebellar hemorrhage: nosological discussion and illustrative case. *Brain and Language* 59, 473-493.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (1979): Klinische Psychologie. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (1998<sup>5</sup>): Klinische Psychologie. Weinsheim: Psychologie Verlags Union.
- Gregor, I. (1998): Schweigen – eine Fremdsprache? Nachdenken über den mutistischen Rückzug. *Der Sprachheilpädagoge* 30, 1-29.
- Hagerman, R.J., Hills, J., Scharfenaker, S., Lewis, H. (1999): Fragile X syndrome and selective mutism. *American Journal of Medical Genetics* 83, 313-317.
- Hartmann, B. (1992): Zur Pathologie und Therapie des Mutismus. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*, Band 5 (491-507). Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Hartmann, B. (1996): Menschenbilder in der Sprachheilpädagogik – Ein kasuistischer Beitrag zur systemischen Aphasiotherapie. *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Schriften zur Sprachheilpädagogik*, Band 7. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Hartmann, B. (1997a): Anmerkungen zur Abhandlung von Udo Schoor: Mutismus – eine Kommunikationsstörung der Mädchen? *Die Sprachheilarbeit* 42, 37-38.
- Hartmann, B. (1997b<sup>4</sup>): Mutismus – Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Schriften zur Sprachheilpädagogik*, Band 1. Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Hartmann, B. (2002): Plädoyer für eine Forschungsoffensive innerhalb der Sprachheilpädagogik/Logopädie. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*, Band 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartwich, P. (1999): Welchen Einfluss haben kognitive Störungen auf die Psychotherapie bei schizophrenen Erkrankungen? In: *Lasar, M., Ribbert, H.* (Hrsg.): *Kognitive und motivationale Prozesse bei schizophrener Erkrankung* (1-15). Regensburg: Roderer.
- Heuser, I., Benkert, O. (1986): Lorazepam for a short-term alleviation of mutism. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 6, 62.
- Isensee, B., Haselbacher, A., Ruoss, M. (1997): Elektiver Mutismus: Ein Überblick zu Therapie und Praxis. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25, 247-262.
- Kracht, A., Schümann, H. (1994): Kommunikationsprobleme zweisprachiger Kinder unter den Bedingungen der Immigration – ein Fall von „elektivem Mutismus“? *Die Sprachheilarbeit* 39, 280-287.
- Kristensen, H. (2000): Selective mutism and comorbidity with developmental disorders/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249-256.
- Kroppenber, D. (1998): Wenn Kinder ihre Sprache verlieren – über kindliche Aphasien. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 49, 322-327.
- Kürschner, U. (1998): Wege aus dem Schweigen – Therapie bei selektivem Mutismus. *Systema* 12, 160-171.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1998<sup>2</sup>): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Schoor, U. (1999): Elektiver Mutismus: eine Verhaltensstörung „typisch“ Mädchen. In: *Rolus-Borgward, S., Tänzer, U.* (Hrsg.): *Erziehungshilfe bei Verhaltensstörungen* (433-443). Oldenburg: BIS.
- Segal, N.L. (1999): Silent partners: twins with selective mutism. *Twin Research* 2, 235-239.
- Simons, D., Goode, S., Fombonne, E. (1997): Elective mutism and chromosome 18 abnormality. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6, 112-114.
- Sokolowski, K. (1999): Bewußte und unbewußte Motive menschlichen Handelns – neue Entwicklungen in der Allgemeinen Psychologie und Diagnostik. In: *Lasar, M., Ribbert, H.* (Hrsg.): *Kognitive und motivationale Prozesse bei schizophrener Erkrankung* (164-181). Regensburg: Roderer.
- Strehlow, U., Kirchmann, H.M.A., Schäfer, H. (1993): Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42, 157-160.
- Süss-Burghart, H. (1999): Elektiver Mutismus – Kasuistik und Übersicht. *Frühförderung Interdisziplinär* 18, 116-125.
- Turgut, M. (1998): Transient „cerebellar“ mutism. *Childs Nervous System* 14, 161-166.
- Weltgesundheitsorganisation/WHO (2000<sup>4</sup>): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V: klinisch-diagnostische Leitlinien*. Deutsche Übersetzung: *Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.* (Hrsg.). Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber.
- Werder, H. (1992): Kasuistik zum „Mutismus“. In: *Grohnfeldt, M.* (Hrsg.): *Handbuch der Sprachtherapie*, Band 5 (508-528). Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess.
- Ziegler, W., Ackermann, H. (1994): Mutismus und Aphasie – Eine Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 62, 366-371.

## Anschrift des Verfassers:

Praxis für Sprachtherapie  
 Dr. Boris Hartmann  
 Petersenstr. 20  
 51109 Köln  
 0221/844855  
 www.drhartmann.mynetcologne.de  
 Telefonische Beratungszeiten:  
 Montag, Mittwoch und Freitag 13.15 Uhr  
 bis 13.45 Uhr.



Udo Schoor, Reutlingen

## Schweigende Kinder im Kindergarten und in der Schule

### 1. Das Erscheinungsbild von selektivem Mutismus

Wenn Kinder in unbekanntem Situationen und gegenüber fremden Personen konstant und andauernd schweigen, obwohl sie eigentlich sprechen könnten und wenn sie das Schweigen auch dann beibehalten, wenn ihnen die Personen und Situationen vertrauter sind, spricht man von selektiv mutistischem Verhalten.

Selektiver Mutismus ist eine seltene Kommunikationsstörung: Von 1000 Vorschul- oder Schulkindern zeigen ein oder zwei dieses ungewöhnliche Schweigen (vgl. Schoor 2001a). Doch für Betroffene wie für alle Beteiligten bedeutet das Schweigen eine große Belastung. Die Kinder geraten leicht ins Abseits oder werden zum verspotteten Außenseiter. Ihre Kommunikationspartner fühlen sich meistens hilflos und überfordert, reagieren häufig ärgerlich oder enttäuscht. Es ist auch nur schwer nachvollziehbar, weshalb Kinder ihr Schweigen über lange Zeit beibehalten und große Nachteile in Kauf nehmen, obwohl sie bekanntermaßen sprechen können.

*Franz* zum Beispiel ist heute 17 Jahre alt. Als Sohn einer englischen Mutter und eines italienischen Vaters hat er seit dem Eintritt in den Kindergarten außer Haus mit fremden Personen nicht mehr gesprochen. Ärztliche und psychologische Hilfen blieben ohne Wirkung. Er besuchte im Anschluss an die Schule für Sprachbehinderte die Hauptschule, die er mit viel Mühe abschloss, weil u. a. seine Lehrer die mündliche Mitarbeit mit „ungenügend“ bewerteten. Nach dem Berufsvorbereitungsjahr

fand er nach langem Suchen einen Ausbildungsplatz, den er wohl demnächst wieder verlieren wird, weil er mit Fremden immer noch nicht spricht.

Auch *Susi* hat seit dem Besuch des Kindergartens außerhalb des familiären Umfelds mit niemandem mehr gesprochen. Im Kindergarten und in der Schule für Sprachbehinderte hat sie nicht nur geschwiegen, sondern in den Pausen und beim gemeinsamen Mittagessen nichts gegessen und – soweit beobachtet – auch nie die Toilette aufgesucht. In der dritten Klasse hat sie mit der ihr vertrauten Sprachheilpädagogin in der sprachtherapeutischen Zweierbeziehung bei einem Regelspiel die ersten Worte gewechselt. Der Spielkreis wurde langsam erweitert, so dass *Susi* am Ende des vierten Schuljahres mit ihren Mitschülerinnen und zuletzt auch mit den Mitschülern in der Klasse geredet hat. Nach der vierten Klasse wechselte sie, die immer zu den besseren Schülerinnen zählte, auf die Realschule. Ihre Lehrer, die nicht vorinformiert wurden, bezeichnen sie als schüchternes, zurückhaltendes Mädchen, das sich aber am Unterricht mit mündlichen Beiträgen beteiligt (*Nunnenmacher* 2000).

*Anna* ist ebenfalls schon im Kindergarten und später in der Grundschule wegen ihres hartnäckigen Schweigens aufgefallen. Zu Hause und außerhalb des Kindergartens bzw. der Schule sprach und spricht sie mit ihren Freundinnen so normal wie jedes andere Mädchen auch. Im ersten Schuljahr waren keinerlei lautliche Äußerungen von ihr zu vernehmen, auch nicht beim Lachen oder Weinen. Dem Schulzahnarzt verweigerte sie den Blick in den

Mund. Gegen Ende der zweiten Klasse konnte man sie lachen und flüstern hören. Jetzt im dritten Schuljahr beteiligt sie sich rege am Unterricht, indem sie ihre beste Freundin als „Sprachrohr“ benutzt. Anfangs flüsterte sie ihre Beiträge ins Ohr, doch langsam wird ihre stimmliche Äußerung für die Mitschülerinnen, Mitschüler und die Lehrer zunehmend hör- und verstehbar.

Dass mit der Sprechhemmung oft große persönliche Nachteile in Kauf genommen werden, zeigt eine Episode aus *Annas* Schulalltag. Ihr ist in der Schule die Monatsbusfahrkarte abhanden gekommen. Da sie weder der Lehrerin noch einer Mitschülerin ihr Missgeschick anvertrauen und deshalb auch kein Fahrgeld ausleihen konnte, ging sie zehn Kilometer an einer stark befahrenen Bundesstraße entlang zu Fuß nach Hause.

Obwohl *Inka* von Anfang an viel mit anderen Kindern zusammen war, fiel der Mutter schon bei ihrer 3-jährigen Tochter auf, dass sie extrem nervös, ängstlich und schüchtern war und außerhalb des engsten Familienkreises mit niemandem sprach. Kam Besuch in die Wohnung, versuchte sich *Inka* unter dem Tisch oder hinter der Tür zu verstecken. In den Kindergarten ging sie gerne, auch wenn sie sich dort niemals verbalsprachlich äußerte. Kurz vor der anstehenden Einschulung begann *Inka* in einer ergotherapeutischen Einzelsitzung ohne ersichtlichen Anlass zu sprechen. Anschließend sprach sie auch mit der Erzieherin und den Nachbarn. Wegen Sprachentwicklungsstörungen im Bereich von Semantik und Grammatik wurde *Inka* in die Sprachheilschule eingeschult, die sie mit gutem Erfolg besucht. Sie be-

teilt sich mit mündlichen Beiträgen am Unterricht; bei den Fachlehrerinnen jedoch schweigt sie und zeigt ein eher apathisches Ausdrucksverhalten (Stephan 2001).

Anhand dieser Fallbeispiele können grundsätzliche Aussagen zum Erscheinungsbild des selektiven Mutismus gemacht werden:

- Die Kinder sprechen im vertrauten Umfeld in der Regel mit Familienangehörigen und Freundinnen oder Freunden. Sie sprechen nicht mit fremden Personen in unvertrauten Situationen.

Solche Situationen kommen auf die Kinder zu, wenn sie den Kindergarten oder andere vorschulische und außerschulische Einrichtungen besuchen; d. h. den Übergang vom vertrauten sozialen Netzwerk zum unbekanntem leisten müssen. In der Entwicklung des Kindes ist dieser Übergang besonders belastet, wenn zuvor keine oder wenige Beziehungs- und Kommunikationserfahrungen mit Gleichaltrigen gemacht wurden.

- Der durchschnittliche Beginn von selektiv mutistischem Verhalten liegt bei vier Jahren („Frühmutismus“). Einige Kinder zeigen mutistisches Verhalten erst in der Eingangsklasse der Grundschule, d. h. für diese Kinder bedeutet die Einschulung die erste Konfrontation mit einem Angst auslösenden, unvertrauten Kommunikationsfeld („Spätmutismus“ oder „Schulmutismus“).
- Selektiv mutistisches Verhalten betrifft als Kommunikationsstörung das gesamte Ausdrucksverhalten der Kinder. Sobald sie angesprochen werden oder ihr Nichtsprechen thematisiert wird, zeigen sie eine starre Körperhaltung und Mimik, ihr Blick ist gesenkt und der Körper häufig vom Gesprächspartner abgewandt. Oftmals fehlen jegliche lautliche Äußerungen, d. h. die Kinder lachen, weinen oder husten tonlos und geben auch keine Schmerzlaute von sich. Manche Kinder sprechen oder flüstern mit

bestimmten Mitschülern, nicht jedoch in Anwesenheit bzw. Hörweite der Lehrerinnen oder Lehrer. Auch die Anwesenheit und Nähe der Mutter im Gespräch mit der Lehrerin kann das Kind nicht zu lautlichen Äußerungen ermutigen. Die Kinder sprechen nicht mit fremden Personen und auch nicht mit vertrauten Menschen vor fremden Zuhörern.

- Mit der Ausdrucksblockade ist kein dauerhafter Abbruch der sozialen Beziehung verbunden: Die Kinder befolgen sprachliche Anweisungen, nicken mit dem Kopf, kommunizieren – sofern möglich – schriftsprachlich und beteiligen sich am Gruppengeschehen, wenn auch in einer eher passiv teilnehmenden Rolle.
- Beim selektiv mutistischen Verhalten handelt es sich um eine hartnäckige Störung. Bei Beginn im Kindergartenalter dauert die Störung oft bis ins späte Schulalter an, manchmal auch bis ins Erwachsenenalter hinein. Grundsätzlich erscheint mutistisches Verhalten auch ohne Therapie überwindbar, denn spätestens in der Adoleszenz beginnen die meisten Jugendlichen zu sprechen. Doch ohne pädagogisch-therapeutische Hilfen nimmt die Gefahr der Beschädigung des Selbstkonzepts zu und sprachlich-pragmatische Inkompetenzgefühle weiten sich aus.

*Eva*, eine ehemals selektiv mutistische Schülerin, besucht zum Beispiel als 23-jährige Studentin nur solche Hochschulseminare, die als Leistungsanforderung keine Referate, sondern Hausarbeiten vorsehen. Sie berichtet, dass die Verletzungen und Kränkungen vor allem in der späteren Schulzeit stark zugenommen haben, so dass sie ihre gesamte Person in Frage gestellt sah und nur mühsam eine Ich-Identität aufbauen konnte. Diese möchte sie nicht in Frage gestellt sehen, weshalb sie heute in öffentlichen Publikumssituationen schweigt. Aus dem ehemals selektiv mutistischen Verhalten ist nun eine massive Sprechangst bzw. logophobisches Verhalten geworden (vgl. Schoor 1996).

phobisches Verhalten geworden (vgl. Schoor 1996).

Die Früherkennung der Kommunikationsstörung und die rechtzeitige Betreuung der Kinder und Schüler kann deshalb Fehlentwicklungen entgegenwirken.

- Bemerkenswert ist der hohe Anteil von Mädchen. Entgegen der sonstigen Auftretenshäufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen (Jungen sind mindestens doppelt so häufig betroffen) und dem sonstigen Verbreitungsmuster psychischer Störungen (im Kindesalter überwiegen die Jungen) kehrt sich die Geschlechterverteilung um. Alle neueren empirischen Studien belegen klar, dass Mädchen mehr als doppelt so häufig mutistisches Verhalten zeigen. Offensichtlich handelt es sich hier vor allem um eine „mädchentypische Kommunikationsstörung“ (Schoor 1996, 1999).
- Verallgemeinernd kann festgestellt werden, dass neben dem mutistischen Verhalten häufig noch weitere Verhaltensauffälligkeiten aus dem Formenkreis psychisch bedingter Störungen zu beobachten sind wie: massive Trennungsängste, Sozialangst, Ess- und Schlafstörungen, Einnässen usw. Es ist deshalb zu vermuten, dass die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in den ersten Lebensjahren stark beeinträchtigt wurde.

## 2. Dauerhaftes Schweigen ist nicht immer selektiver Mutismus

Mutistisches Verhalten als „stumm sein“ trotz intakter Sprech- und Hörorgane zeigt sich im Alltag auch als Symptom einer Konfliktlösung bei psychischer Belastung, es tritt aber auch bei psychiatrischen Syndromen (Mutismus bei Psychosen) oder bei zentralorganisch bedingten Störungen der Sprache und des Sprechens auf (neurogener bzw. akinetischer Mutismus). Das Schweigen selektiv mutistischer Kinder (psychogener bzw. funk-

tionaler Mutismus) muss deshalb differentialdiagnostisch u. a. von folgenden Formen des Schweigens und mutistischen Verhaltensformen abgegrenzt werden (vgl. Schoor 2001a):

- vom sprechängstlichen Schweigen in bestimmten Publikumssituationen. Im Gegensatz zum selektiv mutistischen Verhalten ist Schweigen hier eine bewusst eingesetzte Vermeidungsstrategie bzw. ein Ausweichverhalten, das zumindest retrospektiv bewusst gemacht und sprachlich reflektiert werden kann. Das Schweigen selektiv mutistischer Kinder ist kein bewusster, willentlicher Akt und selbstreflexive Gedanken über die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit ihres Verhaltens ist ihnen nicht möglich (s. Schoor 2001d).
- vom zögerlichen Sprechen „scheuer“ Kinder oder vom passageren Schweigen „gehemmter“ Kinder beim Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule. Wenn das scheue und schüchterne Verhalten als „beziehungsspezifische Gehemmtheit“ (Neyer/Schäfer/Asendorpf 1998) gegenüber den peers auch mit zunehmender Vertrautheit nicht verschwindet und das Schweigen länger als ein halbes Jahr andauert, ist von selektiv mutistischem Verhalten auszugehen.
- vom „trotzigen“ Verstummen eines Kindes, das sich in seinem Selbstwert bedroht fühlt. Ist das „Ich“ gesichert und gestärkt, wird das Schweigen wieder aufgegeben. Trotziges Verstummen als Form der Selbstbehauptung ist kein Privileg von Kindern, sondern wird auch von Erwachsenen eingesetzt. Die Ehefrau eines mir bekannten Paares hat zum Beispiel nach einem Ehestreit drei Wochen lang nichts mehr mit ihrem Mann geredet. Legendär ist auch der Auftritt des Boxers Norbert Grupe alias Prinz von Homburg im Aktuellen Sportstudio des ZDF, der nach einer Niederlage auf alle Fragen des damaligen Interviewers Rainer Günzler (1966) mit Schweigen reagierte. Länger anhaltendes Schweigen ist auch die Reaktion auf psychische Verletzungen, wie sie zum Beispiel Kindern mit dem Verlust von Bezugspersonen zugefügt werden (Schweigen als Trauerreaktion).
- vom stumm Bleiben wegen geringer Sprachkenntnisse, was bei Kindern aus Migrationsfamilien im Prozess des Zweitspracherwerbs mehrere Wochen andauern kann. Von selektiv mutistischem Verhalten kann erst dann gesprochen werden, wenn der Nachweis vorliegt, dass die Kinder die erworbene Zweitsprache in vertrauten Situationen bereits sicher gebrauchen.
- vom Schweigen von sprachentwicklungsgestörten Kindern in jenen Situationen, die die sprachliche Leistungsfähigkeit beim Verstehen, Produzieren und pragmatischen Gebrauch überfordern. Die Kinder sprechen wieder, wenn Anforderungen und kindliche Informationsverarbeitungskapazität in Passung sind.
- vom passageren oder totalen Verstummen autistischer Kinder. Hier ist das Schweigen Teilsymptom einer komplexen und massiven Kommunikationsbarriere, die die Aufnahme verlässlicher sozial-kommunikativer Beziehungen erschwert oder gar verhindert. Letzteres ist bei selektiv mutistischen Kindern nicht der Fall.
- vom Verstummen oder stumm Bleiben hörgeschädigter und tauber Kinder. Bei diesen Kindern kann nachgewiesen werden, dass sie in keiner Lebenssituation Verbalsprache benützt haben oder benutzen. Dies gilt auch für Kinder mit Hörstummheit (die Stummheit eines hörfähigen Kindes).
- vom Stummsein bei tiefgreifenden Persönlichkeitsstörungen. Das Schweigen ist hier Symptom in einem psychotischen Krankheitsbild bzw. Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion im Zusammenhang mit einem psychischen Trauma. Anschaulich wird das etwa am Bei-

spiel der stummen Ada im australischen Film „Das Piano“ (Jane Campion 1996), die seit ihrem sechsten Lebensjahr total mutistisches Verhalten zeigt, denn „es herrscht Schweigen, wo kein Laut sein darf“.

- vom Schweigen infolge organischer bzw. zentralorganisch bedingter Sprech- und Sprachstörungen. Zum Beispiel hat bei Kindern bis etwa zum vierten Lebensjahr ein Schädel-Hirntrauma mit linkshemisphärischer Läsion zur Folge, dass alle Sprachleistungen vorübergehend erlöschen, bis die Sprachentwicklung von Neuem beginnt und die Kinder wieder zu sprechen beginnen (vgl. Peter/Widmer 2001). Ältere Kinder mit Aphasien nach Schädel-Hirntrauma zeigen ebenfalls vorübergehende totale Sprachlosigkeit („totaler Mutismus“) ehe sie wieder langsam zu kommunizieren beginnen, verbalsprachliche Äußerungen aber eher noch vermeiden. Das Schweigen ist hier nicht nur Ausdruck der hirnganisch bedingten Einschränkung der sprachlichen Leistungsfähigkeit, sondern auch Anzeichen dafür, dass die Kinder noch nicht sicher sind, dass sie mit ihrer Sprache das ausdrücken können, was Sie ausdrücken wollen, und nicht zuletzt ist das Schweigen Ausdruck tiefer psychischer Verletzungen. Denn nach einem Unfall ist das alte „Kind-Selbst“ beschädigt oder der Zugang verschüttet oder in seiner Grundstruktur so erschüttert, dass dieses Selbst sich im Medium der Sprache nicht ausdrücken kann bzw. will.

### 3. Bedingungshintergründe für selektiven Mutismus

Das Schweigen selektiv mutistischer Kinder erscheint als eine äußerst unangepasste Reaktion, die für alle Beteiligten wenig Sinn macht, aber letztlich nicht ohne innere Notwendigkeit erfolgt. Diese inneren Prozesse, die das Schweigen hervorbringen, werden in

neueren Erklärungen sonderpädagogisch-psychologischer Provenienz (Bahr 2001, 2002, Hartmann 1997, Schoor 2001 a, b) mittels subjektiver Theorien gedeutet. Versucht wird, das kindliche Verhalten aus dem Zusammenwirken von personalen und situationalen Bedingungen in der aktuellen Situation und in der Lebensgeschichte der Kinder zu verstehen, um ihnen angemessen helfen zu können.

„Gespeist“ werden die subjektiven Theorien durch Informationen aus Einzelfallstudien bzw. der Zusammenschau von Einzelfallstudien (z. B. Isensee / Haselbacher / Ruoss 1997), aus empirischen Studien, aus erfahrungswissenschaftlich begründeten Erklärungsmodellen zur Entwicklungspsychopathologie von Kindern und durch das Aufdecken von Äquivalenzbeziehungen zu kognitiv-emotionalen Theorien. Als Rahmen- oder Metatheorie fungieren stresstheoretische Modelle (z. B. Lazarus, vgl. Schoor 2000), die kognitiv-emotionale Prozesse bei der Bewertung und Bewältigung von Bedrohungssituationen beschreiben und das Schweigen als Symptom stresstheoretisch auf soziobiologischer Grundlage als „Erstarren“ erklären. Erstarren ist die evolutionär bedingte Lösungsstrategie eines Organismus, der einer Bedrohung auszuweichen versucht, der nicht ausgewichen werden kann, und der andere evolutionär bedingte Lösungsversuche wie „kämpfen“, „täuschen“ oder „fliehen“ situativ nicht aktualisieren kann (s. Heinerth 2002). Warum Kinder bereits im Vorschulalter ganz bestimmte Kommunikationssituationen als bedrohlich erleben und nur auf Schweigen bzw. Erstarren als einzige Bewältigungsform zurückgreifen können, versuchen subjektive Ätiologietheorien zu erklären:

Für die Annahme einer frühkindlichen Entwicklungsstörung sprechen statistische Befunde über Risikofaktoren wie z. B. ein anregungsarmes Sprachumfeld, Migrationsfolgen, Schweigsamkeit in der Familie, Sprach- und Sprechstörungen, überbehütende und überfürsorgliche Mütter, psychische Auffälligkeiten bei Familienangehörigen, Verlust wichtiger Bezugspersonen,

Ereignisse, die das Selbstwertgefühl herabsetzen (z. B. Misshandlung), ausgeprägte soziale Gehemmtheit, auf Ablehnungserfahrungen beruhende Schüchternheit und biologische Stressoren (z. B. Krankheiten, Verletzungen, Missbildungen, erhöhte Sensibilität für Stress und Neigung zu erhöhter Angstreaktion bei Belastungen).

Das Zusammenwirken mehrerer dieser bio-psycho-sozialen Risikofaktoren („Faktorenbündel“) führen in der Auseinandersetzung eines Individuums mit seiner spezifischen Umwelt zur Entwicklung einer vulnerablen Persönlichkeit, d. h. das Kind wird für Anforderungen im sprachlich-pragmatischen Bereich verletzlich. Wird das Kind mit seinen als eingeschränkt erlebten sozialen und sprachlichen Bewältigungsmöglichkeiten mit Entwicklungsaufgaben im sozial-kommunikativen Bereich überfordert (sich z. B. im Kindergarten gegen fremde Kinder behaupten müssen), und ist der Rückgriff auf personale Ressourcen (u. a. positive Einschätzung der sozialen und sprachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und interne Kontrollüberzeugungen) und der Rückgriff auf soziale Ressourcen (u. a. Gefühl der sozialen Unterstützung, emotional positive Bindung an eine verlässliche Bezugsperson, Gefühl der Zugehörigkeit) als Schutzfaktoren nicht möglich, so entwickeln sich Erfahrungen und Gefühle der Hilflosigkeit, des Verlassenseins, der Minderwertigkeit und Unterlegenheit, der Schüchternheit, der Scham und der Sprachhandlungskompetenz.

Hieraus resultieren u. a. die Angst vor Neuem, vor Kontrollverlust, vor Ablehnung, vor Bewertung und Kritik, vor öffentlicher Bloßstellung und die Angst vor dem Versagen bei der sprachlichen Darstellung des Ichs in der Öffentlichkeit.

Diese Erfahrungen und Gefühle werden im Gedächtnis gespeichert („Selbstkonzept der Sprachhandlungshilflosigkeit“). Sie sind an spezifische sozial-kommunikative Überforderungssituationen gebunden, die über „dysfunktionale Kognitionen“ (unbewußte Ich-schädigende Situationsbe-

wertungen und Folgeerwartungen) als angstausslösende Bedrohungssituation erlebt werden und mit Gefahrensignalen im kognitiv-emotionalen Gedächtnis verankert sind („Situationskonzept der Sprachhandlungshilflosigkeit“).

Noch ehe die Kinder sich nun in eine potenzielle bedrohliche Situation begeben, werden über ein „Gefahrendetektorensystem“ Bedrohungsreize registriert und das Selbst- und Situationskonzept der „Sprachhandlungshilflosigkeit“ aktualisiert: Die unbekanntes sprachlich-pragmatische Anforderungssituation wird als Ich-bedrohliche, Ängste auslösende Belastungssituation wahrgenommen („kognitiv-emotionale Vulnerabilität“; s. auch Rachman 2000).

Da dem Kind auf Grund der fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen keine Verhaltensmöglichkeiten zur Bewältigung der erlebten Hilflosigkeit und Ängste zur Verfügung stehen, kommt es zur – genetisch vorprogrammierten – Reaktionsblockade der Erstarrung. Das Schweigen ist Symptom eines unbewusst aktualisierten Notlösungs-Bewältigungsverhaltens; im Schweigen drückt sich die Sprachhandlungshilflosigkeit aus.

Die Aufrechterhaltung selektiv mutistischen Verhaltens oft über Jahre hinweg lässt sich u. a. damit erklären, dass

- die Reaktionsblockade als „erfolgreiches“ Angstbewältigungsverhalten die Ängste selbst nicht abbaut, sondern zu ihrer Stabilisierung beiträgt,
- die dysfunktionalen Kognition mit einer „Hypervigilanz“ für Ich-Bedrohung Ängste verstärken,
- die Aktualisierung des Selbst- und Situationskonzeptes der „Sprachhandlungshilflosigkeit“ aus dem kognitiv-emotionalen Gedächtnis unbewußt erfolgt und willentlich nicht beeinflusst werden kann („selbstregulative Systeme“),
- mit der Verhaltenserstarrung keine positiven Kommunikationserfahrungen in belasteten Situationen gemacht werden können; d. h. das

Konzept der Sprachhandlungshilflosigkeit stabilisiert sich.

#### 4. Die Pädagogisch-therapeutische Betreuung selektiv mutistischer Kinder

Aus der subjektiven Ätiologietheorie lassen sich für den Umgang mit den betroffenen Kindern folgende „Gebote“ herleiten (vgl. *Bahr 2002, Schoor 2001 c*):

- Nehmen Sie das situative Schweigen eines Kindes ernst

Deuten Sie das Schweigen nicht vor schnell als Ausdruck von Schüchternheit und verzichten Sie auf entsprechende Etikettierung. Nach Aussage von Jugendlichen und Erwachsenen mit ehemals selektiv mutistischem Verhalten ist für sie nichts beschämender, als die eigene Gehemmtheit zu spüren, sie als „Schüchternes Kind“ bewusst gemacht zu bekommen und damit in der Öffentlichkeit bloß gestellt zu werden.

Wenn das Kind in der neuen Umgebung auch nach mehreren Wochen noch beharrlich schweigt, sollten sie sich mit Bezugspersonen beraten. Kann der Einfluss von bio-psycho-sozialen Risikofaktoren nicht ausgeschlossen werden, sollten sie Kontakt mit zuständigen Beratungsstellen aufnehmen bzw. vermitteln. Noch aktuell wirksame Ich-schädigende Ereignisse müssen vermieden werden. Mit Hilfe professioneller Beratungshilfe kann differenzialdiagnostisch abgeklärt werden, welche Mutismusform wahrscheinlich vorliegt und wie das weitere Vorgehen geplant werden soll.

- Machen Sie aus ihren Bemühungen, das Schweigen zu durchbrechen, keinen Berufseignungstest

Die von Ehrgeiz getriebene „Entmachtung“ des Schweigens kennt nur Verlierer: Ihre Ohnmachtsgefühle und die Angstgefühle des Kindes werden zunehmen. Das Schweigen ist kein bewusst eingesetztes Machtmittel der Kinder, sondern Ausdruck unbewus-

sten Angstbewältigungsverhaltens. Auch die ausgeklügelten Übertrennungstechniken helfen deshalb nicht weiter; ein ins Wasser geworfenes Kind beispielsweise würde wahrscheinlich eher ertrinken, als dass es für ihren Rettungsversuch um Hilfe schreien würde.

Auch die größten Belohnungsver-sprechungen helfen nicht weiter und erhöhen nur den Druck auf das Kind. „Nur das Kind selbst wird bestimmen können, wenn die Zeit reif ist, sich zu äußern“ (*Bahr 2002, 120*).

Seien Sie nicht enttäuscht, ärgerlich, gar wütend oder resignativ. Ein selektiv mutistisches Kind hat – wie alle Kinder – Anspruch auf einen freundlichen, kooperativen, engagierten, annehmenden und humorvollen Partner.

- Seien Sie offen im Umgang mit dem Problem und verbreiten Sie Zuversicht

Es liegt in der Natur der Sache, dass man Schweigen leicht „Überhören“ kann. Das Kind weiß um seine Schwierigkeiten – und Sie auch. Also tabuisieren Sie nichts, sondern thematisieren Sie das Problem, z. B.: „Ich weiß, dass es dir nicht möglich ist, in der Schule zu sprechen. Ich möchte dir helfen, dass es möglich wird. Gemeinsam werden wir es bestimmt schaffen“. Hören bzw. sehen Sie das Kind sprechen, so können Sie es anerkennend rückmelden; z. B.: „Du hast auf dem Pausenhof deiner Freundin aber etwas Lustiges erzählt. Sie hat ja heftig lachen müssen“.

Zuversicht vermitteln auch Geschichten und Märchen, die Schweigen als zwischenmenschliches Problem thematisieren und Konfliktlösungen aufzeigen (Beispiele z. B. in *Bahr 2002*).

- Provozieren Sie keine „Redezugvakanz“

Weder für Sie noch für das Kind ist es angenehm, wenn Sie das Kind als Dialogpartner zum Sprechen auffordern und Schweigen ernten. Wenn das Kind auf eine Frage nicht antwortet, helfen auch Nachfragen, Umformulierungen

oder Motivinterpretationen („Die Frage war zu schwierig, ich versuche es nochmals anders ...“) nicht weiter. Auch freundliches, einfühlsames Nachfragen nach dem Grund des Schweigens bleibt unbeantwortet. Selbst wenn die Kinder sprächen, könnten Sie ihr Schweigen nicht erklären. Sogar selbstreflexive Erwachsene können ihr damaliges Schweigen rational nicht deuten.

Sollten Sie mit dem Kind allein zusammen sein, so lassen Sie ihre Fragen und das Schweigen nicht zum bestimmen den Part der Kommunikation werden. Lesen Sie lieber eine spannende Geschichte vor. Oder spielen sie „Mensch ärgere dich nicht“.

- Entdecken und fördern Sie die Stärken des Kindes

Jedes Kind hat Stärken, die entdeckt, gefördert und positiv bekräftigt werden können. Das Selbstwertgefühl nimmt zu, wenn das Kind erfolgreich handelt. Selektiv mutistische Kinder brauchen Gefühle der Selbstwirksamkeit, der Anerkennung, der Sicherheit, der Geborgenheit, der Kontrollüberzeugung und der Zugehörigkeit. Sie bilden die Schutzfaktoren, die es dem Kind ermöglichen, das Schweigen als „Schneckenhaus der Geborgenheit“ aber auch als „Schneckenhaus des Eingeschlosseneins“ langsam zu verlassen. Voraussetzung hierfür sind Bezugspersonen in der Schule (vor allem die Klassenlehrerin), die als verlässliche, vertrauensvolle und unterstützende Partner erlebt werden.

Handlungskonsequenzen müssen überschaubar und kontrollierbar sein. Hilfreich sind deshalb selbstbestimmtes Lernen (offener Unterricht) und Kontingenzverträge.

Versuchen Sie mittels kollegialer Beratungsgespräche festzustellen, welche Partner im vorschulischen oder schulischen Umfeld am wenigsten angstauslösend auf das Kind wirken. Ihr Verhalten ist für die Beziehungsgestaltung bedeutsam, denn eine förderliche Beziehung sollte solche Merkmale aufweisen, die für eine gesunde Entwicklung des kindlichen Ichs notwendig gewesen wären.

- Verstärken Sie nicht das Schweigen

Das Schweigen sollte nicht positiv verstärkt werden, indem das Kind z. B. von Mitleid geprägte Zuwendung erfährt oder bevorzugt behandelt wird. Und das Schweigen sollte auch nicht negativ verstärkt werden, indem dem Kind Anstrengungen und Unangenehmes abgenommen werden. Es ist im Unterricht voll involviert, lediglich mündliche Beiträge werden nicht eingefordert. Stattdessen können Ersatzstrategien zum Einsatz kommen wie schriftliche, ikonische oder gestische Antworten oder – wie im Fall von Anna – die Hilfe der Banknachbarin als „Sprachrohr“. Allerdings besteht hier die Gefahr, dass sich durch die Hilfe auf Dauer das Vermeidungsverhalten verstärkt. Deshalb ist darauf zu achten, dass die Bedeutung des Hilfs-Ichs langsam abnimmt.

- Unterstützen und fördern Sie die sozial-kommunikativen Fähigkeiten des Kindes

Versuchen Sie, die nonverbalen Zeichen im Ausdrucksverhalten des Kindes zu entdecken, zu beachten und zu verstehen. Melden Sie dem Kind zurück, was sie verstanden haben, und bauen Sie Verständnissicherungen ein (z. B.: „Habe ich dich richtig verstanden, dass du heute nicht mitturnen kannst?“).

Das selektiv mutistische Kind kann bei allen Gruppenaktivitäten, unterrichtlichen und schulischen Vorhaben aktiv beteiligt werden. Fragen Sie – aufmunternd und suggestiv – nach, ob und welche Rolle das Kind z. B. im darstellenden Spiel übernehmen möchte. Günstig sind nonverbale und nonvokale Dialogspiele (z. B. dialogischer Austausch über Orff-Instrumente oder gemeinsames Gestalten eines Bildes), Puppenspiele, Schattenspiele, rhythmisch-musikalische Spiele, Spiellieder und Play-back-Theater. Dem Kind fällt es leichter, sich über Interjektionen (Ausdrucks- und Empfindungswörter, Schallnachahmung) und Tierlaute lautsprachlich zu äußern. Verstärken Sie das Kind ohne viel Aufhebens („Dein Pferd hat sehr schön gewiehert“).

Nutzen Sie die gesamte Palette audiovisueller Medien, um mit dem Kind zu kommunizieren (E-Mail, telefonieren mit Handy, SMS-Botschaften, Kassettenaufnahmen) und ihm kommunikativen Austausch zu ermöglichen.

- Machen Sie sich das häusliche Sprechen zu Nutzen

Ihr mutistisches Kind spricht in der Regel zu Hause. Sollte es ihnen möglich sein, so machen Sie Hausbesuche und nehmen z. B. am Gesellschaftsspiel im Familienkreis teil. (Sonderpädagoginnen und -pädagogen können das im Rahmen ihrer Einzeltherapie natürlich besser organisieren.)

Auch Mitschülerinnen oder Mitschüler aus der Klasse sollten ins häusliche Umfeld aufgenommen bzw. „eingebildet“ werden. Das gemeinsame Spielen und das gemeinsame Erledigen der Hausaufgaben können dann z. B. auch als Ton- oder Videoaufnahmen im Unterricht mit Zustimmung der Kinder vorgestellt werden.

Umgekehrt wäre es ebenso hilfreich – aber auch schwierig zu arrangieren – wenn ein Elternteil oder ein Geschwister mit zur Vorschule oder Schule kommen würden und zumindest bei der Kleingruppenarbeit (z. B. beim Basteln) teilnehmen könnten. Aber auch die Lieblingspuppe oder ein vertrautes Stofftier kann zur Desensibilisierung beitragen. Vielleicht gibt ja die Puppe bzw. das Tier eine Antwort, wenn die Lehrerin die Fragen an diese richtet.

Lassen Sie mit ihren Bemühungen nicht locker, dem Kind einen Weg zur sprachlichen Äußerung zu bahnen. Machen Sie aber alle ihre Bemühungen für alle Beteiligten durchsichtig, und setzen Sie weder das Kind noch sich selbst unter Druck. Üben Sie Gelassenheit. Der Weg aus dem Schweigen ist oft mühsam und langwierig.

#### Literatur

Bahr, R. (2001<sup>3</sup>): Schweigende Kinder verstehen: Kommunikation und Bewältigung beim elektiven Mutismus. Heidelberg: Winter, Programm Ed. Schindele.

Bahr, R. (2002): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behan-

deln. Ein Praxisbuch. Düsseldorf u. Zürich: Patmos Verlag und Walter Verlag.

Hartmann, B. (<sup>4</sup>1997): Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Berlin: Edition Marhold.

Heinerth, K. (2002): Symptomspezifität und Interventionshomogenität. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 33, 1, 23-26.

Isensee, B., Haselbacher, A., Ruoss, M. (1997): Elektiver Mutismus: Ein Überblick zu Therapie und Praxis. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 25, 4, 247-262.

Neyer, F. L., Schäfer, M., Asendorpf, J. B. (1998): Bindung, Geheimtheit, soziale Netzwerke und die Entwicklung sozialer Beziehungen im Kindergarten. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 30, 2, 70-79.

Nunnenmacher, S. (2000): Kommunikation ohne Ängste? Dokumentation über ein ehemals selektiv mutistisches Mädchen. Reutlingen: Wissenschaftliche Hausarbeit für die Diplomprüfung. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg.

Peter, U., Widmer, A. (2001): Schädel-Hirntrauma bei Kindern: Behandlung und Verlauf. In: Sprache – Stimme – Gehör, 25, 180-184.

Rachman, S. (2000): Angst. Diagnose, Klassifikation und Therapie. Bern: Huber.

Schoor, U. (1996): Mutismus – eine Kommunikationsbehinderung der Mädchen? Die Sprachheilarbeit 41, 215-227.

Schoor, U. (1999): Elektiver Mutismus: eine Verhaltensstörung „typisch“ Mädchen. In: Rolus-Borgward, S., Tänzer, U. (Hrsg.): Erziehungshilfe bei Verhaltensstörungen (433-445). Oldenburg: DIZ.

Schoor, U. (2000): Psychologische Grundlagen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik. Band 1: Selbstverständnis und theoretische Grundlagen (184-216). Stuttgart: Kohlhammer.

Schoor, U. (2001a): Mutismus. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder (183-197). Stuttgart: Kohlhammer

Schoor, U. (2001b): Persönlichkeitspsychologische Konstrukte in der Sprachbehindertenpädagogik: Psychopathologisches Grundmodell der Entwicklung von selektiv mutistischem Verhalten. In: *dgs-Landesgruppe Berlin* (Hrsg.): Sprachheilpädagogik im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis (476-482). Würzburg/Rimpar: edition von freisleben

Schoor, U. (2001c): *Schweigende Kinder in der Schule*. Grundschule, 5, Mai, 24-26. Braunschweig: Westermann

Schoor, U. (2001d): Die „Rote Wand“. In: *Schell, H.* (Hrsg.): Selbstgestaltung in der Sonderpädagogik. Begegnungen mit Hansjörg Kautter (75-79). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter

Stephan, S. (2001): „Aber zu Hause spricht sie doch!“ Selektiver Mutismus am Beispiel eines Mädchens in der ersten Klasse der Sprachheilschule. Reutlingen: Wissenschaftliche Hausarbeit an der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg

### Anschrift des Verfassers:

Prof. Dipl.-Psych. Udo Schoor  
Pädagogische Hochschule Ludwigsburg/Reutlingen  
Fakultät für Sonderpädagogik  
Postfach 2344  
72762 Reutlingen

# paLABra



Software für Metalinguistische Sprachtherapie

COMPUTERPROGRAMM FÜR DIE DIAGNOSTIK UND THERAPIE VON SPRACH- UND SCHRIFTSPRACHSTÖRUNGEN

PHONOLOG. BEWUSSTSEIN    LESEN UND SCHREIBEN  
WORTSCHATZ    GRAMMATIK

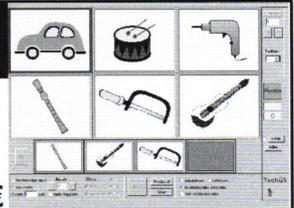
- In der Praxis bewährt
- Von erfahrenen Sprachtherapeuten empfohlen
- Individuelle Förderung der Schrift- und Lautsprache
- Wissenschaftlich fundiertes Therapiekonzept
- Nutzung der multimedialen Möglichkeiten des Computers
- Automatische qualitative und quantitative Diagnostik
- Arbeitserleichterung durch flexible, einfache Übungszusammenstellung
- Über 300 Übungen in 68 Modulen, umfangreiches Ton- u. Bildmaterial
- Einfache, übersichtliche Benutzeroberfläche
- Fachliche und technische Hilfestellungen
- Demo-CD mit allen Modulen (10,- €)

### METALINGUISTISCHE SPRACHTHERAPIE REBER

Karin Reber · Biberstraße 24 · 92637 Weiden  
Tel.: 089/38 46 42 07 · Fax: 069/1330 4479 176  
E-Mail: [service@palabra-info.de](mailto:service@palabra-info.de) · Homepage: [www.palabra-info.de](http://www.palabra-info.de)

## Software für die Praxis

● **Audio I** Förderung der auditiven Wahrnehmung auf Geräusch- u. Lautebene, Laut- und Bildzuordnung, Sequenzen- und Richtungshören, Figurgrundwahrnehmung, u.a. dichotische Wiedergabe wählbar, erweiterbar, 180 Bildkarten ausdrückbar, inkl. CD-Audio-Teil mit 120 Geräuschen. **70,00 €**



● **Phonologische Bewusstheit: MIMAMO** mit Hören-Diagnose, Hören-Schreiben-Training und Hören-Lesen-Training. Der Computer spricht "mi" oder "bu" oder "la-lu-ma-du" oder sinntragende Silben und Wörter. Die Inhalte sind frei editierbar. Zur Überprüfung phonologischer Fähigkeiten und zum Lesen und Schreiben lernen. **Preis: 47,00 €**

Bu	Da	Ma
be	me	ma
Bu-be	Da-me	Ma-ma

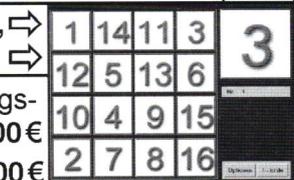


● **Hören-Sehen-Schreiben** mit Bild und Ton. Schriftsprachtraining mit den Funktionen: Hören, Schreiben, Lesen, Erinnern, visuelles und auditives Zuordnen, inkl. Soundmemory. **Preis: 49,00 €**



● **Universelles Worttraining** mit Tachistoskop, Fehlbuchstabe, Blitzwort-Gedächtnistraining, Diktat, Greifspiel, Lesen-Diagnose, zur Legasthenietherapie empfohlen, leicht erweiterbar, buchstabiert und lautiert jedes Wort. **Preis: 47,00 €**

● **Alphabet** Auditives und/oder visuelles Training: ABC, Zahlen, Farben, Bilder, Muster, erste Wörter, in deutsch und englisch. **Preis: 47,00 €**



● **Wahrnehmung** 15 Progr., visuelle Wahrnehmungsdifferenzierung, Reaktionstraining, Hörtest usw. **51,00 €**

● **Wortbaustelle** für Silben und Wortbausteine **47,00 €**

● **Diktattrainer** Diktate, Lückentexte, Groß/Kleinschreibübungen **47,00 €**

Eugen Traeger Verlag Hoher Esch 52 49504 Lotte Tel/Fax: 05404-71858 [www.etverlag.de](http://www.etverlag.de)

# Signale setzen



**Kauschke/Siegmüller,**  
2002. 3 Bde. mit Begleitheft im Schubert,  
insg. 640 S., 460 Abb., 60 Fotokarten  
ISBN 3-437-47590-8  
**Subskriptionspreis bis 17.12.02:**  
**€ 159,-**  
danach: € 179,-

Erstmals ein homogenes Profil der Sprachentwicklung als Diagnostikergebnis bei Vorschulkindern. 460 Aquarellzeichnungen ziehen Therapeuten und Kinder in ihren Bann! Das Diagnostikpaket beinhaltet

- drei Ringbücher: Phonologie, Lexikon/Semantik, Grammatik
- Fotokarten zum Untertest „Begriffsklassifikation und Oberbegriffe“
- kopierfähige Protokollbögen und abschließendes Übersichtsprofil
- Begleitheft zu Grundlagen, Durchführung und Auswertung

Die Mischung aus leuchtenden Farben und linguistischer Präzision schafft Freude an Diagnostik!

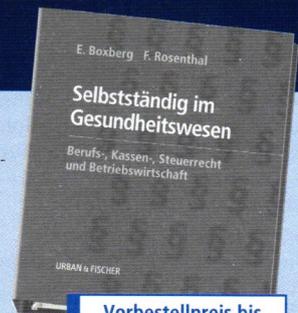
Eine stets aktuelle Berufslektüre, die Sie kompetent über alle notwendigen juristischen Aspekte der Praxisführung informiert:

- alle notwendigen Informationen zu Existenzgründung und -sicherung
- steuerrechtliche Grundfragen verständlich und präzise
- Praxissicherung auf den Punkt gebracht

Außerdem:

- Strukturen, Organisationen und Berufe des Gesundheitswesens
- Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und anderen Organisationen
- Betriebswirtschaft und Buchhaltung

Die Autoren – als Jurist und als Krankenkassenbetriebswirt absolute Fachleute – begleiten Sie zuverlässig auf dem Weg zur erfolgreichen eigenen Praxis!



**Vorbestellpreis bis  
6. November 2002:**  
**€ 49,95**  
**Sie sparen 16%!**

**Boxberg/Rosenthal,**  
1.026 S., 10 Abb.  
ISBN 3-437-47090-6  
Grundwerk: € 59,95  
Aktualisierungslieferungen: € 24,95  
(2-3-x jährlich ca. 100 S.)

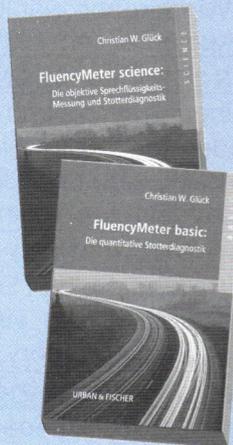


**Glindeemann/Klintwort/  
Ziegler/Goldenberg,**  
2002. 164 S., 168 Abb.,  
verdeckte Spiralbindg.  
ISBN 3-437-47580-0  
**€ 49,95**

Die Bogenhausener Semantik-Untersuchung prüft mit fünf Untertests semantisches Wissen bei Erwachsenen mit sprachlichen und kognitiven Störungen:

- Zuordnen von Objekten in Situationen
- Sortieren von Objekten nach semantischen Hauptmerkmalen
- Sortieren von Objekten nach semantischen Nebenmerkmalen
- Semantisches Sortieren von geschriebenen Wörtern
- Sortieren von Objekten nach Farben

Der Test wurde in der Praxis konzipiert und empirisch überprüft. Das renommierte Autorenteam leistet damit einen lang vermissten Beitrag zur Semantikforschung.



**FluencyMeter** ein wichtiges Instrument zur Begründung von Therapiebedürftigkeit und Evaluation von Therapieergebnissen – starke Argumente in der Diskussion mit verordnenden Ärzten und Krankenkassen!

Auf der Grundlage von Sprechproben misst die **basic-edition** quantitative Parameter der Sprechflüssigkeit – unabhängig von therapeutischem Ansatz und subjektiver Einschätzung:

- Häufigkeiten und Anteile flüssiger und unflüssiger Silben
- Artikulationsdauer
- Sprechgeschwindigkeit

Ein grafisches Protokoll stellt die Ergebnisse dar.

Die **science-edition** ermöglicht darüber hinaus die Diagnostik beliebig vieler frei definierbarer Parameter. Sie gibt Aufschluss über das allgemeine Kommunikationsverhalten und alle – auch stotteruntypische – Sprechflüssigkeitsereignisse. In beiden Fällen garantieren ein Trainingsmodul und das ausführliche Begleitheft die optimale Vorbereitung.

**Für erfolgreiches Qualitätsmanagement in der Stottertherapie!**

**Glück, CD-ROM für PC.**  
**basic-edition:**  
ISBN 3-437-46560-0  
Ca. € 99,95

**science-edition:**  
ISBN 3-437-47620-3  
Ca. € 249,-  
Beide erscheinen Dezember 2002.

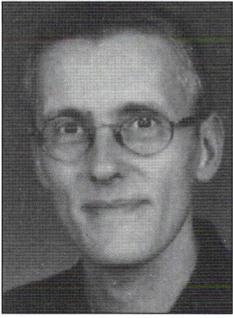
Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung, beim  
**URBAN & FISCHER Verlag**  
Postfach 1560  
82144 Planegg bei München  
oder per e-mail: [bestellung@urbanfischer.de](mailto:bestellung@urbanfischer.de)

Bei Bestellungen über den Verlag wird ein Versandkostenanteil von € 3,55 innerhalb Deutschlands erhoben.

**URBAN & FISCHER**



Weitere Bücher zum Thema finden Sie unter: [www.urbanfischer.de](http://www.urbanfischer.de)



Reiner Bahr, Düsseldorf

# Schweigende Kinder in der Schule

## 1. Fragestellung

Dieser Aufsatz behandelt im Rahmen des vorliegenden Schwerpunktheftes zum Mutismus die besondere Situation schweigender Kinder in der Schule. Gemeint sind hier ausschließlich Kinder, denen die Diagnose „selektiver Mutismus“ zugeschrieben wurde. Ich möchte hier sehr bewusst die betroffenen Kinder selbst nicht als „Problemfälle“ ansehen, sondern eine konstruktivistische Sichtweise einnehmen. Das bedeutet: Schweigen wird im Grunde erst dadurch zu einem Problem, dass kulturelle und gesellschaftliche Normen, wie sie unter anderem durch die Institution Schule vermittelt werden, es verhindern, diese besondere Kommunikationsform für akzeptabel zu halten. Eltern geraten dadurch nicht selten in unerfreuliche Situationen, die für die weitere Entwicklung der Kinder durchaus problematisch erscheinen. Mit dieser Position, wonach also der selektive Mutismus ein „erzeugtes“ Problem ist, das durch seine Feststellung ein problemorientiertes Kommunikationssystem erst entstehen lässt, soll keinesfalls eine Verharmlosung des Themas vorgenommen werden. Es geht mir vielmehr darum, zu verdeutlichen, dass Problemkonstruktionen zu problemstabilisierendem Handeln führen können, einem Handeln, an dem alle das Problem betreffende Personen beteiligt sind – also das Kind selbst genauso wie seine Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Therapeutinnen und Therapeuten, Verwandte und andere private Bezugspersonen, Vertreterinnen und Vertreter von Institutio-

nen, genauso wie Wissenschaftler, die durch ihre Begriffsbildungen die Problemerkategorisierung möglich machen.

Tatsächlich löst Schweigen immer dann, wenn es aufgrund der jeweiligen kommunikativen Rahmenbedingungen nicht erwartet wird, Irritationen aus. Es lässt Druck und in der Folge Spannungen entstehen, wird als beengend und unangenehm empfunden, kann aggressiv und ungeduldig machen, wirkt provozierend und hinterlässt beim Redenden ein Gefühl der Hilflosigkeit, vielleicht sogar der Verletztheit. Eine umfassende Sichtweise, bei der Redende sich selbst hinsichtlich der Gefühle befragen, die ein Schweigen in ihnen auslöst, vermag Hinweise darauf zu geben, wie sich das schweigende Kind in der jeweiligen Situation fühlen mag.

Die spezifische Fragestellung dieses Aufsatzes lautet: Welche Problemkonstruktionen ergeben sich für Lehrerinnen und Lehrer, für Eltern und für schweigende Kinder im Erfahrungsfeld Schule? Schule umfasst dabei alle denkbaren Einrichtungen, an denen schweigende Kinder ihre Schulpflicht erfüllen, also sowohl Regelschulen im Primar- und Sekundarbereich als auch Orte der sonderpädagogischen Förderung (Sprachheilschulen, andere Sonderschulen, integrative Formen der Beschulung mit ihren jeweiligen Varianten). Das exemplarische, empirische Material, welches hier nicht einer statistischen Auswertung zugeführt werden soll, sondern als Sammlung individuell mitgeteilter, subjektiver Erfahrungen aus dem In- und Ausland wiedergegeben wird, stammt aus Zuschrif-

ten, die mir in den vergangenen Jahren, in der Regel per Email, zugegangen sind.

## 2. Einblicke

Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern machen in Bezug auf schweigende Kinder durchaus unterschiedliche Erfahrungen mit der Schule. Soweit sie mir mitgeteilt werden, sind diese Erfahrungen global oftmals als Ausdruck von immensen Schwierigkeiten bis hin zur Verzweiflung im Umgang mit dem schweigenden Kind näher zu kennzeichnen. Wie diese Erfahrungen von den Kindern verarbeitet werden, wie sie sich möglicherweise „einrichten“ im Geflecht der Ansprüche und Notwendigkeiten, des Streits und der Kompromissbildung – darüber kann allenfalls spekuliert werden, denn Kinder selber äußern sich dazu in der Regel nicht – zumindest nicht, solange sie noch nicht erwachsen sind.

*Wie stellt sich der selektive Mutismus aus Sicht von Lehrerinnen und Lehrern dar?*

Im Folgenden möchte ich – komplett anonymisiert – einige Zuschriften zitieren:

„Ich bin Lehrerin eines 1. Schuljahres und habe einen Buben in der Klasse, der seit Jahren kein Wort mit Erwachsenen spricht. Ich bin ratlos.“

„Seit diesem Schuljahr habe ich eine 12-jährige Schülerin bekommen, die unter selektivem Mutismus leidet. Meine Kollegen und ich fühlen uns ziemlich ratlos im Umgang mit diesem

Kind. ... Als Beispiel möchte ich das Fach Französisch erwähnen. Auf dieser Schulstufe kommt das Fach neu dazu, die Benotung erfolgt in den Bereichen „Mündlich“ und „Schriftlich“. Wie gehe ich mit der Tatsache um, dass ich von diesem Kind keinen Laut auf Französisch vernehme?“

„Ich bin Lehrerin einer 1. Klasse und habe seit ca. 7 Wochen ein Mädchen (6 Jahre) in meiner Klasse, das Verhaltensmuster des selektiven Mutismus aufweist. ... Sie ist seit ca. einem Jahr in einer Therapie bei einer Psychotherapeutin. Diese rät mir, die Schülerin einfach 'mitlaufen' zu lassen. Ich habe allerdings die Befürchtung, dass sich ihre Verhaltensweisen in der Klasse einschleifen und aus 'Bequemlichkeit' (ich komme ja auch so durch, muss mich nicht weiter anstrengen) keine Fortschritte mehr erzielt werden. Außerdem habe ich Angst, mit meinem Verhalten Fehler zu machen, die evtl. Rückschritte auslösen könnten ...“

„Ich unterrichte in einer dritten Klasse und habe dort ein Mädchen mit selektivem Mutismus. Ich suche verzweifelt nach Informationen. Es ist mein Ziel, dem Mädchen da heraus zu helfen. Der Psychologe hat sie nicht weiter behandelt und sagte, das wäre unmöglich, so lange sie nicht redet.“ (Zuschrift aus den USA, Übers. R. B.)

„... Es wird sich die Frage stellen, ob ein Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet werden soll. Der Wechsel zu einer Sprachheilschule wäre in diesem Fall insofern unrealistisch, da die Fahrtzeit dorthin über eine Stunde betragen würde ... Da die Förderstunden (in der Integrationsklasse, Anm. R. B.) pro Kind zunehmend gekürzt werden und im nächsten Schuljahr wohl 2 Stunden pro Kind realistisch sind, halte ich die Förderung für das mutistische Kind für wenig effektiv.“

„Ich bin Sonderschullehrer im Gemeinsamen Unterricht (für behinderte und nicht behinderte Kinder, Anm. R. B.) und habe im 3. Schuljahr eine selektiv mutistische Schülerin. Obwohl M. sehr gut in die Klasse integriert ist, hat sich

an ihrem Mutismus in zwei Jahren nichts geändert.“

„Ich unterrichte in einer zweiten Klasse in M., in der sich ein Mädchen befindet, das nicht spricht. Ihre Familie ist vor zwei Jahren hierher gezogen. Sie sprechen zu Hause Arabisch. Mir wurde gesagt, dass sie Englisch sprechen kann, dieses aber einfach verweigert ...“ (Zuschrift aus den USA, Übers. R. B.)

*Wie stellen sich nun die Probleme einiger Eltern schweigender Kinder in Bezug auf die Schule dar?*

„Die Lehrer an der Sprachheilschule meiner Tochter sind leider völlig überfordert. Den Lehrstoff können sie zwar gut vermitteln, da läuft alles super. Aber was den Mutismus angeht ...“

„Unsere Tochter soll im kommenden Herbst eingeschult werden. Ihre zukünftigen Lehrer haben von Mutismus noch nie etwas gehört und sind der Ansicht, dass sie in eine Förderschule für Sprachbehinderte gehen muss. Ich bin der Meinung, sie wäre in einer Förderschule unterfordert, da sie sehr intelligent ist und mit ihr sehr gut bekannten Personen sehr klar und deutlich sprechen kann. Sie spricht dann wie ein aufgewecktes, 'normales' 6-jähriges Kind.“

„Die Einschulung unserer Tochter bereitet uns Schwierigkeiten mit den Institutionen. Das Schulamt und die Schule 'schlagen uns vor', dass B. in die Vorklasse der Grundschule geht. Dieser Weg scheint mir auf den ersten Blick auch vernünftig zu sein, da das Umfeld der Vorklasse (8-12 Kinder) günstige Voraussetzungen für B. bietet, sich an das neue Umfeld zu gewöhnen und evtl. Freundschaften zu schließen. Alternativen wurden uns jedoch gar nicht angeboten, da die Schulleitung B. für nicht schulfähig erklärt. Wir wurden regelrecht erpresst, indem die Frau vom Schulpsychologischen Dienst uns quasi gedroht hat: Entweder wir geben B. in die Vorklasse, oder sie kommt in ein Heim. ... In der Vorklasse wird B. auf jeden Fall unterfordert sein. Auch bleibt offen, ob wir ein Jahr später beim Wechsel in die 1.

Klasse weniger Schwierigkeiten haben werden, da die Vorklasse auf drei bis vier Klassen aufgeteilt wird und der Lehrer wechselt. ...

Am meisten irritiert mich, dass die Frau vom Schulpsychologischen Dienst behauptet, Sonderschule würde für B. 'Schule für Kranke' bedeuten. Mit diesem Argument rät sie uns, den Antrag auf Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs zurückzuziehen. Die Unterbringung in einer integrativen Klasse an der Regelschule schließen Schulamt und Schule ebenso aus wie die Unterbringung in der im Nachbarort gelegenen Sprachheilschule. Diese hat zwar ausdrücklich Mutismus in ihrem Programm, man argumentiert aber damit, dass die Sprachheilschule zwar für Kinder mit Problemen in der Artikulation zuständig sei, nicht aber für kommunikative Probleme, wie sie bei B. vorlägen ...“

„Unsere Tochter wird im Dezember 6 und wir würden sie gerne schon in diesem Jahr einschulen. Dies ist in Bayern sehr schwierig, weil die meisten Kinder erst mit fast 7 Jahren in die Schule kommen. Insbesondere die Schulleiterin kann keine guten Gründe erkennen, warum wir sie angesichts ihrer Probleme jetzt schon einschulen wollen. Unsere Tochter hat aber einen IQ von 129 und während des Tests alle Fragen beantwortet. Das war für uns ein Wunder, aber sie wirkte schüchtern und so sagte man uns, für die Schule sei es noch zu früh. Mein Mann und ich meinen aber, dass sie gerade in der Schule ihre Angst überwinden könnte, weil sie dort richtig gefordert wäre.“

„Wir sind Eltern einer 18-jährigen Tochter, die seit früher Kindheit einen Entwicklungsrückstand aufweist, darunter mutistisches Verweigerungsverhalten. Sie hat 9 Klassen, davon die 1. Klasse an der normalen Grundschule, die 2. und 3. Klasse an der Schule für verhaltensgestörte Kinder und den Rest an der Lernbehindertenschule absolviert. Mit ihren schulischen Leistungen konnten wir eigentlich zufrieden sein, ohne wesentliche Probleme kann sie lesen und schreiben, mit Zahlen allerdings kann sie nur schwer umgehen ...

Manchmal war sie so gut drauf, dass sie fast Normalwerte hinsichtlich des IQ erreichte, an anderen Tagen stufte man sie in der Gruppe der Imbezilen ein ...“.

„Unser Sohn, zwölf Jahre alt, leidet seit seiner Kindheit an selektivem Mutismus. ... Obwohl er einen IQ von 145 und im Gymnasium sehr gute schriftliche Noten hat, wird er dieses Jahr von der Schule verwiesen, da er im Mündlichen immer die Note 6 erhält ...“.

„Es gibt in der Schule und auch sonst Situationen, in denen unsere Tochter sehr aggressiv gegenüber Gleichaltrigen und uns wird und zur Drohung auch Gegenstände zur Hilfe nimmt ...“.

„Unsere Tochter leidet höchstwahrscheinlich an selektivem Mutismus. Seit einer Woche besucht sie die Grundschule, wobei ihre Lehrerin uns schon nach drei Schultagen auf die Verschwiegenheit und Schüchternheit unserer Tochter hinwies. Wir wollen nun zusammen mit der Lehrerin unserer Tochter ein neues soziales Umfeld für sie schaffen bzw. ihre Schüchternheit abbauen ...“.

„Wir haben es geschafft! Nach der Umschulung auf eine weiterführende Schule spricht mein zehneinhalbjähriger Sohn nach vielen Jahren des Schweigens endlich. Wir sind so glücklich – es ist nicht in Worte zu fassen ... In der neuen Schulklasse, in der L. niemanden kennt, spricht er nun. Auf dem Schulhof, wo auch Kinder aus seiner alten Klasse anzutreffen sind (noch) nicht. ...“.

*Und wie sehen die Kinder selbst sich im Erfahrungsfeld Schule?*

Eine Antwort auf diese Frage zu bekommen, wäre äußerst interessant, würde dies doch das schweigende Kind selbst zum expliziten *Subjekt* der Betrachtungen machen. Kinder jedoch äußern sich nach meiner Erfahrung in aller Regel auch dann nicht über ihr Schweigen, wenn sie dieses überwunden haben. Die singuläre Zuschrift einer heute 30-jährigen Frau, die als Kind selektiv mutistisch war, nimmt immerhin Bezug auf das Empfinden der Ge-

samtsituation, die die Schule mit einschließt:

„... Ich habe mich nie getraut, in einer Gruppe ein Lied zu singen, und obwohl ich mich heute in der Öffentlichkeit zu reden traue, mache ich manchmal innere Kämpfe durch, um die Worte heraus zu lassen. Ich habe in der Kindheit viel Stress durchgemacht. ... Ich habe keinen Zweifel, dass Mutismus und soziale Angst zusammen hängen. Ich kenne das Gefühl, mich gehindert zu sehen, Dinge zu tun, diese falsch zu tun und weiß, dass es oft der einfachste Weg ist, sie nicht zu tun. ... Heute bin ich in meinem Leben ganz erfolgreich und Menschen, die mich bei der Arbeit sehen, wissen, dass ich mich traue, in der Öffentlichkeit zu sprechen. Ich glaube aber nicht, dass der selektive Mutismus wirklich verschwindet. Er ist die Manifestation einer Angststörung.“ (Zuschrift aus England, Übers. R. B.)

Ich sehe diese nicht repräsentativen, jedoch sehr individuellen, lebendigen Schilderungen als Einblicke in den Ausdruck subjektiv erfahrener Wirklichkeiten an und möchte daraus einige Schlüsse ziehen, die Ausblicke auf den Umgang mit dem Problemkonstrukt „selektiver Mutismus“ in der Schule eröffnen.

### 3. Ausblicke

*Lehrerinnen und Lehrer* stehen einem schweigenden Kind in der Klasse oftmals ratlos gegenüber. Sie befinden sich im Widerspruch zwischen pädagogisch gewünschten und internalisierten Haltungen (wie Akzeptanz, Geduld, Förderwille) und institutionellen Ansprüchen (wie Verpflichtung zur Stoffvermittlung, Leistungsbeurteilung, Selektion). Dabei ist die Frage der schulischen Zuständigkeit keinesfalls klar (Regelschule? Sprachheilschule? Förderschule? Integrationsklasse?), und sie wird unter anderem dann zu Zweifeln führen, wenn Stagnationen im Entwicklungsfortschritt der Kinder festgestellt werden. Befürchtungen, Fehler zu machen, Hilflosigkeit und die gleichzeitige Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern scheinen

keinesfalls als besondere Herausforderungen zum Beschreiten unkonventioneller Wege angenommen werden zu können, sondern eher Konfusion, erfolglose Anstrengung oder gar Resignation hervorzurufen. Besonders schwierig gestaltet sich der Zugang zum schweigenden Kind überdies, wenn dieses zweisprachig aufwächst und nicht abschließend geklärt ist, ob es die Sprache der Institution Schule überhaupt verstehen und anwenden kann. Wenn selektiv mutistische Kinder sich zugleich auch in Therapien befinden, können die therapeutischen und die schulischen Sichtweisen zu Widersprüchen führen. Lehrerinnen und Lehrer können sich ihre Schülerinnen und Schüler nicht „aussuchen“, sondern stehen in einer staatlichen Pflicht, während Therapeutinnen und Therapeuten sich durchaus entscheiden können, mit einem schweigenden Kind zu arbeiten oder nicht.

Auf der Seite der *Eltern* spiegeln sich diese Problem gewissermaßen: Sie beklagen sich darüber, dass Lehrerinnen und Lehrer nichts oder zu wenig über den selektiven Mutismus wissen, dass diese mit der Auswahl der richtigen Schule zum Teil überfordert sind, dass ihre eigenen Wünsche nicht wirklich ernst genommen und dass die Kinder hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft falsch eingeschätzt werden. Der „Kampf“ mit der Institution Schule wird begleitet von möglichen Scham- oder gar Schuldgefühlen. Erfreulicherweise finden sie bisweilen Lehrerinnen und Lehrer, die zu konstruktiver Zusammenarbeit bereit sind. Manchmal ist der Wechsel der Schule eine Chance für das Kind, mit dem Reden zu beginnen.

In diesem Problemsystem steht natürlich auch das *Kind* selbst, das ängstlich, aber leistungsfähig, nach außen hin zurückhaltend, aber innerlich leistungsbereit, zu Hause als „unauffällig“ und „normal“, in der Schule aber als „behindert“ und als „förderbedürftig“ angesehen wird. Selektiv schweigende Kinder passen mit ihrer Lebensweise des „Sowohl-als-auch“ nicht in eine Gesellschaft, die bevorzugt Ein-

teilungen in „Entweder-oder“ vornimmt.

*Welche praxisrelevanten Schlussfolgerungen können nun an dieser Stelle gezogen werden?*

Lehrerinnen und Lehrer, aber auch Eltern benötigen Informationen über die Natur des selektiven Mutismus. Die Informationsbeschaffung wird in aller Regel zu einem pluralistischen Bild der „Störung“ führen, die nicht notwendig jene erhoffte Sicherheit in Bezug auf den Umgang mit dem schweigenden Kind bringen wird, die schnellen Erfolg (im Sinne einer Anpassung an die gesellschaftlich erwartete Norm) verspricht. Sie hilft jedoch dabei, schweigenden Kindern mit mehr Verständnis zu begegnen. Geeignete Informationsquellen sind das Internet (insbesondere die Seite [www.mutismus.de](http://www.mutismus.de)) sowie die in den letzten Jahren zahlreicher gewordenen Schriften zum Thema (z. B. Bahr 2002 a, b, Hartmann 1997, Kramer 2001, Schoor 2001, Süß-Burghart 1999).

Lehrerinnen, Lehrer und Eltern sollten beginnen, sich mit sich selbst in Bezug auf das schweigende Kind und auf das, was das Schweigen auslöst, auseinanderzusetzen. Sie sollten versuchen zu verstehen, dass der selektive Mutismus weder eine Sprech-, noch eine Sprach-, noch eine Kommunikationsstörung ist, sondern dass dauerhaftes, hartnäckiges Schweigen eine Störung in der Kommunikation bewirkt. Kommunikation im hier gemeinten Sinne ist ein Vorgang, in den stets mindestens zwei Personen einbezogen sind. Störungen dieses Vorgangs betreffen immer beide bzw. alle Beteiligten. Helfende Fragen bei der Auseinandersetzung mit der Wirkung des Schweigens zielen unter anderem auf die Klärung der jeweiligen Erwartungen, die man an ein Kind hat, auf das, was einen äußerlich oder innerlich unter Druck setzt, auf Kränkungen und subjektiven Gewinn (vgl. Bahr 2002 b, 66).

Lehrerinnen, Lehrer und Eltern sollten mit Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam versuchen, das Problemsystem aufzuschlüsseln und sich von einer linear-kausalen, evtl. pluralisti-

schen hin zu einer integrierten Sicht bewegen. Das heißt: Es geht hier sowohl um die Konstruktionen von Individuen, genauso wie um deren Zugehörigkeit zu sozialen und ethnischen, kulturell geprägten Gruppen, wobei Wirkungen als vielfältig miteinander vernetzt anzusehen sind. Dass darüber hinaus auch Weltzugehörigkeit und globale Geisteshaltung im Sinne einer wahrhaft holistischen, integralen Perspektive (vgl. Wilber 2001) eine Rolle spielen, wird heute erst allmählich anerkannt (vgl. die Ausführungen zur Achtsamkeit als dem Buddhismus entnommenes Prinzip, angewandt auf den Umgang mit schweigenden Kindern in Bahr 2002 b, 78 ff. sowie, allgemeiner, Bröcher 2001).

Lehrerinnen, Lehrer und Eltern sollten den Mut haben, unkonventionell und flexibel mit den Möglichkeiten, die das System Schule zulässt, umzugehen. Es kann nicht generell gesagt werden, welche Schulform die jeweils richtige, passende ist, sondern es muss aufgrund der örtlichen Gegebenheiten und jeweiligen Wünsche ein geeigneter Förderort gefunden werden. Innerhalb des Systems sollte geschaut werden, welche Ausnahmen von der Regel möglich sind. So könnte beispielsweise auf eine Beurteilung der mündlichen Leistungen verzichtet werden.

Lehrerinnen und Lehrer sollten in dem von ihnen verantworteten Unterricht dafür sorgen, dass ein schweigendes Kind seine Stärken entfalten kann. Sie sollten auf eine gute soziale Einbindung des Kindes achten und außergewöhnliche Arbeitsweisen zulassen. Eltern können sie dabei unterstützen, indem sie etwa zu Hause Kassettenaufnahmen anfertigen, auf denen das Kind liest. Wichtig ist eine Atmosphäre der Sicherheit, die es dem Kind ermöglicht, angstfreier zu werden. Dazu sollte nach Situationen gesucht werden, in denen dies am ehesten möglich ist (z. B. beim Spiel, beim Musizieren, beim Schreiben, weitere Beispiele bei Bahr 2002 b).

Insgesamt ist zu wünschen, dass es im schulischen Rahmen gelingt, mehr Gelassenheit und Achtsamkeit in Be-

zug auf den Umgang mit schweigenden Kindern zu entwickeln. An dieser Stelle möchte ich noch einmal betonen, dass es hierbei nicht um Verharmlosung geht, sondern im Grunde um deren Gegenteil, nämlich um eine Ernsthaftigkeit, die es ermöglicht, angemessen mit diesem Problemkonstrukt umzugehen. Gelassenheit und Achtsamkeit nämlich bewirken, dass Blockaden im Denken und Handeln aufgeweicht werden. Lehrerinnen, Lehrer, Eltern und Kinder vermögen so einer veränderten Problemsicht näher zu kommen; sie begeben sich auf den Weg von einer Problem- zu einer Lösungssicht und stoßen Neu-Ordnungen an. Für das Kind bedeutet dies, sich mit dem Angebot auseinanderzusetzen, sich von seinen gewohnten, klaren Ordnungen lösen zu dürfen (vgl. Bahr 2002 c). Es kann lernen, offen zu werden für die Kommunikationswelt der Anderen. Wann, wie und ob es sich überhaupt in dieser Kommunikationswelt bewegen wird – das entscheidet sich erst, wenn das Kind diese neue Wirklichkeit, sei es bewusst, sei es unbewusst, als für sich bedeutend annehmen kann.

### Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird eine konstruktivistische Sicht auf das Phänomen des selektiven Mutismus angewandt. Der Verfasser nimmt, dem Thema entsprechend, insbesondere Lehrerinnen und Lehrer, Eltern und die schweigenden Kinder selbst als an der Problemkonstruktion Beteiligte in den Blick. Als empirisches Material dienen Einzelzuschriften, in denen Betroffene ihre jeweiligen spezifischen Erfahrungen mitteilen. Dieses Material wird zwar als nicht notwendig repräsentativ angesehen und auch keiner statistischen Auswertung zugefügt, vermag aber als Ausdruck tatsächlich vorgefundener Wirklichkeiten Schlüsse auf das Problem des Schweigens im Kontext Schule zuzulassen. Dabei geht es auch um mögliche Lösungen. Sie werden vor allem in einer sachlich angemessenen, gemeinschaftlichen, unkonventionellen, flexiblen, offenen, gelassenen und achtsamen Auseinandersetzung mit dem Thema gesehen.

## Literatur

Bahr, R. (2002 a): Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus. Heidelberg: C. Winter.

Bahr, R. (2002 b): Wenn Kinder schweigen. Redehemmungen verstehen und behandeln. Ein Praxisbuch. Düsseldorf: Walter.

Bahr, R. (2002 c, im Druck): Veränderung der Interaktionsmuster selektiv mutistischer Kinder. In: A. Keese: Interaktion mit Sprachbehinderten. Heidelberg: C. Winter.

Bröcher, J. (2001): Unterrichten aus Leidenschaft? Eine Anleitung zum Umgang

mit Lernblockaden, widerständigem Verhalten und institutionellen Strukturen. Heidelberg: C. Winter

Hartmann, B. (1997): Mutismus. Zur Theorie und Kasuistik des totalen und elektiven Mutismus. Berlin: Spiess.

Kramer, J. (2001): „Warte auf mich“. Individuelle, psychomotorisch orientierte Sprachförderung für ein Mädchen, das unter bestimmten Bedingungen nicht spricht. L.O.G.O.S. interdisziplinär 9, 94-105.

Schoor, U. (2001): Mutismus. In: M. Grohnfeldt (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie Bd. 2: Erscheinungsformen und Stö-

rungsbilder. Stuttgart: Kohlhammer, 183-197.

Süss-Burghart, H. (1999): Elektiver Mutismus – Kasuistik und Übersicht. Frühförderung interdisziplinär 18, 116-125.

Wilber, K. (2001): Integrale Psychologie. Geist, Bewusstsein, Psychologie, Therapie. Freiamt: Arbor.

## Anschrift des Verfassers:

Dr. Reiner Bahr  
Sprachheilpädagoge / Fachleiter für  
Sonderpädagogik  
Rethelstr. 157  
40237 Düsseldorf

## Anzeigen

### Puppenland

Spielwaren und Therapiematerial

Neu in Nürnberg

Peter Gschwandtner  
pädagogisch - therapeutischer  
Fachhandel

Verkauf und Vertrieb von

- > Folkmanis® Handpuppen
- > Aggressionsschlägern
- > Bilderbüchern für Therapie
- > Seilen
- > Holzspielzeugen

Rückgebäude  
Löbleinstr. 42, 90409 Nürnberg  
Telefon: 0911/3665507  
Fax: 0911/3665618  
eMail: Puppenland@t-online.de

Öffnungszeiten: Mo - Do 9.00 - 16.00 Uhr  
Fr 9.00 - 13.00 Uhr und nach Vereinbarung

Fröndenberg-Zentrum:  
Vermiete Praxis im EG mit 105 qm,  
4 Therapie- plus Nebenräume in  
schönem Altbau, Tel.: 02373/72386

Nachmieter für Praxisräume in Husum gesucht /  
ca. 90 m<sup>2</sup> / beste Lage / geeignet als Gemeinschafts-  
praxis / zum 01.01.2003 / bisher genutzt als psy-  
choth. Praxis. Tel. 04841/62171 oder 04864/1581



Phoenix  
software

**Sprache baut Brücken zwischen Menschen.** Seit über 10 Jahren unterstützen Computerprogramme von Phoenix Software die **Sprachtherapie**. Unsere Produkte ebnen den Weg hin zu erfolgreicher Kommunikation im Alltag.

### LingWare 4.1c freigegeben für Windows XP

- Computergestützte Sprachtherapie
- Rund 3500 Übungen mit über 2400 Sprach- und Bilddateien
- Empfohlen von Verbänden, Selbsthilfegruppen, Therapeuten und Sprachwissenschaftlern

### AATP 3.1 Neue netzwerkfähige Version

- Sekundenschnelle Auswertungen des Aachener Aphasietestes (AAT)
- Speicherung und graphische Darstellung von Testdaten
- Export von AAT-Daten zur Weiterverwendung in anderen Programmen
- Zugriff auf zentrale AATP-Datenbank über lokales Netz

### TouchSpeak/ PCAD NEU

- Kommunikation mit Hilfe von Bildern, Symbolen und natürlicher Sprache
- Text-to-Speech-System für synthetische Sprachausgabe
- Beliebig erweiterbar mit TouchSpeak-Designer
- Betrieb mit gängigem Handheld-PC oder Palmtop (CE)

Adolf-Hombitzer-Str. 12 Tel.: (0228) 971 99-0 www.phnxsoft.com  
53227 Bonn Fax: (0228) 971 99-99 reha@phnxsoft.com

Ihr Therapiepartner

**dgs – Mitteilungen**

**Mitgliederentwicklung positiv – überall?**

Die für die dgs so wichtige Frage der Mitgliederentwicklung konnte der Bundesvorsitzende Kurt *Bielfeld* auf der Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes am 21./22. Juni in Worms insgesamt recht positiv beantworten:

Seit der Berechnung der Delegiertenzahlen für die Mitgliederversammlung 2000 in Berlin ist insgesamt wieder ein Zuwachs um 30 Mitglieder erreicht worden. Der zwischenzeitlich negative Trend im Jahr 2001 ist somit überwunden worden. Der dgs gehören (lt. aktueller Statistik vom 21.04.2002) jetzt **6434 Mitglieder** an.

Dass von den fünf mitgliederstärksten Landesverbänden

- Rheinland (1355 Mitglieder; + 33 Neuzugänge)
- Niedersachsen (897 Mitglieder; - 7 Austritte)
- Bayern (787 Mitglieder; + 22 Neuzugänge)
- Westfalen-Lippe (673 Mitglieder; + 44 Neuzugänge)
- Baden-Württemberg (470 Mitglieder; + 38 Neuzugänge)

vier einen z. T. beträchtlichen Zuwachs aufzuweisen haben, ist höchst erfreulich. Hessen, nach seiner Mitgliederzahl auf dem 6. Platz, verbucht mit 42 Neuzugängen sogar den prozentual höchsten Zuwachs.

Dagegen steht die Tatsache, dass der zahlenmäßig kleinste Landesverband Thüringen seit 2000 16 Mitglieder und damit 19,5% seiner jetzt noch 66 Mitglieder zählenden Landesgruppe verloren hat. Auch in Berlin (im Ländervergleich 8. Platz) verringerte sich die Zahl der Mitglieder um 69 (17,3%) auf

jetzt noch 277 Mitglieder. Ähnlich ungünstig zeigt sich die Mitgliederentwicklung im Saarland, wo sich eine Verringerung um 13 (10,4%) auf 112, in Sachsen um 19 (9,6%) auf 179 und in Hamburg um 20 (6,2%) auf 306 Mitglieder vollzogen hat. Die Gründe dafür dürften noch vielschichtiger sein, als die für positive Entwicklungen und sind sicher nur „vor Ort“ zu diskutieren. Festzuhalten bleibt, dass es die gemeinsame Aufgabe in der Landesgruppe wie auf Bundesebene bleibt, durch interessante und niveauvolle Veranstaltungen neue Interessenten zu gewinnen, zum Wohle unserer stattlichen Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik.

*Karla Röhner-Münch*

**Bildungsmesse 2002 und 2003**

„Die Bildungsmesse ist einfach Top!“ so die Meinung vieler Besucher zur letzten Bildungsmesse in Köln im Februar 2002. Jetzt ist Halbzeit – es gilt den Blick und die Planungen auf die nächste **Bildungsmesse vom 1. bis 5. April 2003 in Nürnberg** zu richten, doch nicht ohne einen knappen Rückblick auf die vergangene. Sie war laut Abschlussbericht im Internet ([www.bildungsmesse-koeln.de](http://www.bildungsmesse-koeln.de)) die mit Abstand größte ihrer Geschichte. In diesem Jahr kamen ca. 90 000 Besucher und damit 33% mehr als 2001 nach Hannover. An den Ständen der 856 Aussteller aus 10 Ländern faszinierte wieder die „Bildung zum Anfassen“, aber auch die einzigartige Möglichkeit zur Fortbildung in rund 570 Kongressen, Seminaren und Workshops mit hochkarätigen Bildungsexperten aus Politik, Wissenschaft und Wirtschaft oder zur Information bei Fachvertretern aus der päd-

agogischen Praxis. Unter ihnen waren Mitglieder der dgs und des dbs, die den Messestand unserer Gesellschaft betreuten. Nachdem der erste Messeauftritt 2001 auf überwältigende Resonanz gestoßen war (vgl. 46 [3] 141), registrierte das Team um Gerhard *Zupp*, Geschäftsführer der dgs, sogar noch verstärktes Besucherinteresse. Vorrangig Studierende, betroffene Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen nahmen in großem Umfang die Informationsmaterialien von dgs und dbs entgegen oder suchten fachkundige Beratung, wobei die Informationsbroschüren inzwischen unentbehrlich geworden sind. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, wenn, wie geplant, zur nächsten Messe auch das Heft Nr. 8 „Stottern bei Kindern“ vorliegen wird. Unüberhörbar war die Nachfrage nach Fortbildung, was bereits zu entsprechenden Aktivitäten in der LG-Rheinland geführt hat.

**Allen Helferinnen und Helfern „vor Ort“, die zu diesem positiven Ergebnis beigetragen haben, besonders den KollegInnen der Sprachheilschule Wuppertal, sei von dieser Stelle aus herzlich gedankt!**

Das einhellige Resümee der für dgs und dbs in Köln Tätigen: Sie plädieren für noch größere Messepräsenz in Nürnberg, insbesondere dafür, die Messe als Fortbildungsforum für dgs und dbs zu nutzen. Zieht man die gegenwärtige bildungspolitische Diskussion „nach Pisa“ in Betracht, kann man diesen Vorschlag, der dem Hauptvorstand in seiner Sitzung in Heidelberg (vgl. 47 [3] 135/136) bereits unterbreitet wurde, nur unterstützen. Über diesbezügliche Entscheidungen werden wir an dieser Stelle berichten.

*Karla Röhner-Münch*

## dbS – Beruf und Politik im Verband

Liebe Leserin, lieber Leser,

im Sinne von mehr Vielfalt und einer besseren Interessenvertretung aller Leserinnen und Leser sind Anmerkungen und Wünsche zu „Ihren dbS-Seiten“ immer herzlich willkommen! In demselben Sinne freue ich mich, Ihnen ankündigen zu können, dass in der nächsten Ausgabe der „Sprachheilarbeit“ Frau Beate Weber, Vorsitzende der dbS-Landesgruppe Sachsen-Anhalt, die Gast-Koordination der dbS-Seiten übernehmen wird. Für dieses Jahr sage ich also „Auf Wiedersehen“!

Ihre Ulrike de Langen-Müller

Kontakt: Beate Weber,  
Bernburger Str. 21, 06108 Halle  
Tel./Fax: 0345-5323911 / 5323912  
Email: weber@dbS-ev.de

### dbS für Arbeitnehmer

## Bundesrat beschließt Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Von Ralf Rokitta

In Heft 2/2002 berichtete die Arbeitnehmerkommission des dbS über die geplante Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes (FPG) und die Auswirkungen, die sich dadurch möglicherweise für die in Kliniken beschäftigten Sprachtherapeuten ergeben. Kurz nach Redaktionsschluss wurde das Gesetz medienwirksam von der Opposition im Bundesrat zu Fall gebracht um dann, nach nur 14 Tagen und mit unwesentlichen Änderungen durch den Vermittlungsausschuss, mit den Stimmen aller großen Parteien verabschiedet zu werden.

Das Problem der mangelnden Einbindung der therapeutischen Berufe in die Entwicklung der DRGs ist geblieben, eine detailliertere Aufschlüsselung sprachtherapeutischer Leistungen in den Operationenschlüsseln (OPS) nicht zu erreichen. Was bleibt, ist die im §

137 SGB V verankerte Verpflichtung der Krankenhäuser zur „Intensivierung der Qualitätssicherung“. Darin heißt es: „Die Selbstverwaltungspartner ... haben ... Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität von Krankenhausleistungen zu vereinbaren. Dazu gehören z.B. bestimmte sächliche oder personelle Voraussetzungen, etwa Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation“. Weiterhin „...haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene einen Mindestmengen-Katalog für planbare Leistungen zu vereinbaren, bei denen in besonderem Maße zwischen Qualität und Quantität ein Zusammenhang besteht. ...“ Hinzu kommen Qualitätsberichte, die im Internet veröffentlicht werden müssen, sowie Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Inzwischen fanden Gespräche der Arbeitnehmerkommissionen von dbS und dbI sowie mit dem BKL und der GAB statt, um zu klären, ob es Einflussmöglichkeiten dahin gehend gibt, Qualitätsstandards, wie sie z.B. von der „Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung“ entwickelt wurden, als verpflichtend für die Therapie in Krankenhäusern einzubringen. Leider wird dazu zur Zeit von keiner Seite eine Möglichkeit gesehen, da die im Gesetz verankerte Pflicht zur Qualitätssicherung sich vielmehr auf Verwaltungsabläufe, operative Eingriffe sowie die Pflege bezieht, nicht jedoch auf die Therapie. Auch die erwähnten Qualitätsberichte im Internet werden hierüber vermutlich keine Auskünfte geben. Offensichtlich bleibt also nur die Möglichkeit, abzuwarten, wie die Krankenhäuser mit den Fallpauschalen umgehen werden und zu beobachten, ob es zu einer massiven Verschlechterung in der therapeutischen Versorgung der Patienten kommt. Erst dann können mit Hilfe der Öffentlichkeit Korrekturen angestrebt werden.

Weitere Infos:  
[www.dbS-ev.de/arbeitnehmer](http://www.dbS-ev.de/arbeitnehmer)

## dbS-Arbeitnehmertag am 19. Oktober 2002 in Köln

Die Arbeitnehmerkommission des dbS bietet auch in diesem Jahr wieder ein überregionales Arbeitnehmertreffen mit integrierten Fachvorträgen an. Das Treffen findet am 19. Oktober 2002 in Köln-Ehrenfeld statt.

Angeboten werden diesmal zwei parallel verlaufende Fachvorträge ab 12.00 Uhr. Referenten sind:

Annette Kracht zum Thema „Sprachliche Entwicklung und Sprachtherapie unter der Bedingung kindlicher Mehrsprachigkeit – aktuelle Forschungsfragen und -ergebnisse.“

bzw.

Hendrik Dreißig mit dem Beitrag „Gruppentherapie bei Patienten mit schwerer globaler Aphasie (neuropsychologisch – pädagogische Theorie in der klinischen Praxis).“ (Abstracts zu beiden Fortbildungen unter [www.dbS-ev.de](http://www.dbS-ev.de))

Die Teilnahme ist aufgrund der räumlichen Gegebenheiten leider begrenzt. Der Unkostenbeitrag für einen der beiden Fachvorträge beträgt 10,- € für dbS-Mitglieder. Für Tee/Kaffee, kalte Getränke sowie belegte Brötchen für die nachfolgende Pause wird gesorgt.

Bei dem gegen 16.30 Uhr anschließenden Arbeitnehmertreffen wird über aktuelle berufspolitische Entwicklungen informiert. Darüber hinaus besteht natürlich Raum für offene Fragen Ihrerseits. Als Ansprechpartner stehen dort die Vertreter der Arbeitnehmerkommission und Volker Gerrlich (Geschäftsführer des dbS, Rechtsanwalt) zur Verfügung.

Bitte melden Sie sich in der Geschäftsstelle zu den Fachvorträgen an. Weitere Informationen erhalten Sie in der Geschäftsstelle oder bei B. Schoregge (0221/2400863 bzw. [schoregge@dbS-ev.de](mailto:schoregge@dbS-ev.de)) und U. Dittscheidt (05103/820752 bzw. [dittscheidt@dbS-ev.de](mailto:dittscheidt@dbS-ev.de))

## Denkzettel – Daten und Zitate aus Fach- und Tagespresse

Von Ulrike de Langen-Müller

*Klinikadressen* – eine Broschüre mit Adressen, Indikationen und Kurzcharakteristika neurologischer Rehabilitationskliniken in Deutschland hat die Zeitschrift *Neurologie & Rehabilitation* herausgegeben (Beilage der Zeitschrift Heft 1/99, überarbeitete Version 5/01). Ebenso hat die Zeitschrift *not* der Schädelhirnverletzten und Schlaganfall-Patienten eine systematische Übersicht Neurologischer Reha-Kliniken in ihren Ausgaben seit Heft 3/01 (Neurologische Kinder- und Jugendkliniken bundesweit, ab Heft 5/01 Neurologische Rehabilitationskliniken nach Bundesländern geordnet) veröffentlicht. Abgeschlossen wird die Reihe mit den Heften 5 und 6/02, in denen die Kliniken in Berlin und den neuen Bundesländern sowie Bayern aufgeführt sein werden. Geplant sind in den kommenden Heften eine Übersicht über ambulante neurologische Reha-Einrichtungen sowie Einrichtungen für die Phase F (zustandserhaltende Pflege).

*Aktuelle Kommentierung der neuen Heilmittel-Richtlinien* – Effer, E., Engels, A., Freigang, K.W. & Kruse, F.: Heilmittel und Hilfsmittel – Richtlinien, Rechtsgrundlagen, Kommentar; Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2001. „Die 7. und 8. Ergänzungslieferung des Kommentars zu den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien beinhalten neben dem Abdruck des amtlichen Richtlinien-Textes und Kataloges auch eine komplette Überarbeitung des Kommentarteils. Einen Schwerpunkt bilden hierbei die Kommentare zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie sowie zu Inhalt und Durchführung der Heilmittelverordnung. Die Kommentatoren fördern das gemeinsame Verständnis über Indikationen, Zielsetzung und Wirkprinzipien der verschiedenen therapeutischen

Maßnahmen und stellen den Entscheidungsspielraum bei der Verordnung dar. Sie berücksichtigen dabei auch den aktuellen Stand der in gemeinsamer Auslegung gefundenen Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der praktischen Anwendung der Richtlinien.“ Ein kostenloses Besprechungsexemplar kann angefordert werden: Dr. Henning Eisenlohr, Tel.: 02234 / 7011 459, Email: [Eisenlohr@aerzterverlag.de](mailto:Eisenlohr@aerzterverlag.de)  
Quelle: Pressemitteilung

*Qualitätsstandards für Weiterbildung* – der deutsche Markt für Weiterbildung ist durch schnelles Wachstum und Unübersichtlichkeit gekennzeichnet. Bundesweite Standards für Bildungsangebote gibt es in Deutschland nicht, da Bildung Ländersache ist. Einer Studie des Bildungswerkes der Bayerischen Wirtschaft (BBW) zufolge teilen sich knapp 28 500 Weiterbildungsanbieter einen Umsatz von jährlich etwa 50 Milliarden Euro. Andere Schätzungen liegen zwischen 5000 und 35 000 Firmen, je nachdem, wie man Weiterbildung definiert. Der Staat ist mit 3,7% der kleinste Weiterbildungsträger nach Kirchen, Arbeitgebern, Gewerkschaften und Privatfirmen. Das BBW diskutiert deshalb die Einführung eines Gütesiegels für Weiterbildung, mit dem Anbieter zertifiziert werden können. Auch Bildung sei ein Produkt, dessen Abläufe definiert werden können, didaktische Abläufe seien objektiv bewertbar.

Auch IG Metall und Arbeitgeberverband Südwestmetall gründeten bereits im Februar 2002 in Baden Württemberg eine Agentur für Weiterbildung, die einen Überblick über Qualität und Umfang der Angebote liefern soll. Ebenso bemüht sich das Bildungsministerium um Qualitätssicherung und finanziert gemeinsam mit dem Europäischen Sozialhilfefonds die „Stiftung Bildungstest“ als Abteilung der Stiftung Warentest mit, die in Zukunft nicht nur Computer- oder Fremdsprachenkurse, sondern sogar Schulen und Hochschulen testen könnte. „Bildung muss in allen Bereichen hohe und vergleichbare Standards erfüllen“, und

dafür habe der Staat eine entscheidende Verantwortung, so Edelgard Bulmahn (SPD). Gütesiegel will die Stiftung allerdings nicht verteilen, da die Qualitätsmessung von Bildung schwieriger sei, als die einer Waschmaschine. Alles in allem Projekte, deren Ergebnisse auch wir Sprachheilpädagogen mit Spannung erwarten dürften, nur dass wir mal wieder wirtschaftlich und bildungspolitisch eine zu vernachlässigende Größe darstellen. In den nächsten Monaten sollen zunächst Bewerbungstrainings, vom Arbeitsamt geförderte Langzeitkurse, Existenzgründungsseminare und Kurse für Wirtschaftsenglisch getestet werden – vielleicht kann sich der dbs einstweilen ja die Beurteilungskriterien zu nutze machen ...

Quelle: SZ 19./20.1., 26.3., 23.7.02

## dbS-Fortbildungen

Von Claudia Iven

In den folgenden Herbst-Seminaren sind noch Plätze frei.

Neue Ideen für Ihre Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen:

### Therapie syntaktischer, phonologischer und phonetischer Störungen bei Kindern ab drei Jahren – Praxisseminar

Das Seminar geht auf die Methoden der Diagnose und Therapie bei Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen ein und stellt eine Vielzahl von neuen, altersangemessenen und störungsspezifischen Spielideen und Materialien vor.  
Referentin: Dr. Elisabeth Wildegger - Lack

Ort: Caritas-Akademie Köln

Zeit: Fr. 22.11.02, 10-18 Uhr und Sa. 23.11.02, 10-16 Uhr

Teilnahmegebühr: 160,- € für dbs-/dgs-Mitglieder, 220,- € für Nicht-Mitglieder

Anregungen für die Therapie eines komplexen Störungsbildes:

### Zentral-auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen bei Kindern

Im Seminar werden die Grundlagen des Störungsbildes aufgezeigt, bevor

die Praxis der Befunderhebung und Therapieplanung erläutert wird. Im Mittelpunkt steht die praktische Erfahrung mit der individuellen Auswahl von Therapiebausteinen. Referent: Dr. Arno Deuse

Ort: Caritas-Akademie Köln

Zeit: Fr. 08.11.02, 14-18 Uhr und Sa. 09.11.02, 9-17 Uhr

Teilnahmegebühr: 140,- € für dbs-/dgs-Mitglieder, 200,- € für Nicht-Mitglieder

Qualitätssicherung im therapeutischen Alltag:

#### **Supervision in der Sprachtherapie**

Das Seminar richtet sich an berufserfahrene Sprachtherapeutinnen, die mit interner oder externer Supervision die Kompetenzen ihrer Mitarbeiterinnen oder Klientinnen erweitern möchten. Hierzu werden Konzepte und Methoden erprobt, die direkt in den Berufsalltag zu übertragen sind. Nur für dbs-Mitglieder! Referenten: Bernd Hansen, Dr. Claudia Iven

Ort: Kinderzentrum Köln-Porz

Zeit: Fr., 15.11.02, 9.30 – 18.00 Uhr und Sa., 16.11.02, 9.30 – 17.00 Uhr  
Teilnahmegebühr: 205,- €

Therapiemöglichkeiten bei Schluckstörungen:

#### **Behandlung erworbener Störungen der oralen Ernährung – Einführung in die Therapie des Facio-oralen Traktes (F.O.T.T.) nach Coombes**

Die Teilnehmer erhalten eine Einführung in die F.O.T.T., in die Möglichkeiten der Befunderhebung und Therapieschritte bei Menschen mit neurologisch bedingten Ess-, Trink- und Schluckstörungen.

Referent: Jürgen Meyer-Königsbüscher

Ort: Hardtwaldklinik Bad Zwesten

Zeit: Sa., 07.12.02, 9.00 – 18.00 Uhr und So., 08.12.02, 9.00 – 16.00 Uhr  
Teilnahmegebühr: 155,- €

**Anmeldungen** können bei der **dbs-Geschäftsstelle** erfolgen, wo Sie auch alle weiteren Informationen erhalten.

### **dbs-Fortbildungsprogramm 2003**

Im November erscheint das dbs-Fortbildungsprogramm für das Jahr 2003,

welches bereits jetzt in der dbs-Bundesgeschäftsstelle angefordert werden kann. dbs-Mitglieder erhalten das Programm selbstverständlich direkt mit dem November-Infoschreiben zugestellt.

Die bewährten und neuen Fortbildungsthemen sprechen alle im klinisch-therapeutischen Feld relevanten Inhalte an und wenden sich an Interessenten aus allen sprachtherapeutischen Berufsgruppen. Darüber hinaus werden im nächsten Jahr verstärkt *Aufbau-Veranstaltungen* angeboten, die neuen Schwung in die z.T. langjährige Berufspraxis bringen sollen. Der dbs möchte damit dem von vielen Teilnehmern geäußerten Wunsch nach kontinuierlicher Praxisbegleitung nachkommen und zur Qualitätssicherung „vor Ort“ beitragen.

Bei diesen Aufbau-Veranstaltungen handelt es sich z.B.

- um Seminare, in denen die Teilnehmer Therapiebeispiele aus ihrem Berufsalltag vorstellen und bearbeiten können (im Sinne einer Fallsupervision),
- um Seminare, die an bereits stattgefundenen Veranstaltungen anschließen und die dort vermittelten Kenntnisse und Methoden auffrischen, oder
- um zweiteilige Seminare, bei denen die im ersten Teil erworbenen Kompetenzen nach einer Erprobungsphase reflektiert und erweitert werden.

Außerdem finden sie im neuen Programm drei- bis viertägige Intensiv-Seminare, die eine umfassende Auseinandersetzung mit den bearbeiteten Themen ermöglichen.

Wir hoffen, Sie sind neugierig geworden und freuen sich mit uns auf das kommende Fortbildungsjahr!

Immer erreichbar:  
[www.dbs-ev.de](http://www.dbs-ev.de)

### **Persönliches**

#### **Zum 70. Geburtstag von Frau Prof. Dr. Anni Kotten-Sederqvist**

Anni Kotten-Sederqvist, geb. 19.07.1932, studierte an der Universität Helsinki Phonetik (einschließlich sprachpathologischer Aspekte), Psychologie und Soziologie und promovierte zum Dr. phil. mit der in Englisch publizierten Dissertation „Speech Disorders and Sociopreferential Dynamics“. Da es in Finnland das Lizentiat gibt, gilt dieser akademische Grad als habilitationsäquivalent. Nach etlichen Jahren praktischer Tätigkeit als Sprachtherapeutin und Schulpsychologin in Schweden und Norwegen war sie am Institut für Phonetik der Universität Bergen als Dozentin tätig. Von dort kam sie 1970 im Rahmen ihres Forschungsprojekts zu sprachlicher Interferenz bei Mehrsprachigkeit nach Deutschland an die Universität Bonn, wo sie ihren späteren Mann, den Phonetiker Dr. Kurt Kotten, kennenlernte. 1974 wurde sie auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Sprachbehindertenpädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München berufen. Dort bemühte sie sich von Anfang an mit Nachdruck, die in Deutschland zum Teil noch rückständige Fachdisziplin an internationale Standards heranzuführen. Dies leistete sie unter anderem durch eine konsequente Förderung des fachlichen Nachwuchses. Von ihren 32 Doktoren vertreten viele die bayerische Sprachbehindertenpädagogik maßgeblich in Hochschule und Praxis. Ihr erfolgreiches Leben als Professorin blieb nicht verschont von Schicksalsschlägen. Der schwerste war der Unfalltod ihres einzigen Sohnes Franz mit 21 Jahren im Jahr 1994. Die letzten Jahre vor ihrer Emeritierung 1997 waren durch ihre angegriffene Gesundheit belastet. Doch sie ertrug dies mit Standhaftigkeit. Von ihren Mitarbeitern, Kollegen und Schülern wurde sie auf Grund ihrer lebensklugen, noblen und humorvollen Wesensart hoch geschätzt. Nachträglich herzliche Glückwünsche und alles Gute für die kommenden Jahre!

*Friedrich Michael Dannenbauer*

## Medien



**Norina Lauer: Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter; Grundlagen-Klinik-Diagnostik-Therapie; 2. überarbeitete Auflage** (Georg Thieme Verlag, Stuttgart) 2001, 132 Seiten, 19 Abb.; Kart.; ca. € 30,-; ISBN 3-13-115812-3.

Bereits 1998 stellte das vorliegende Buch in einer ersten Auflage das nicht unumstrittene Störungsbild der zentral-auditiven Verarbeitungsstörung vor. Nun – 3 Jahre später – liegt eine neue und überarbeitete 2. Auflage vor, die sich vor allem in Bezug auf die Diagnostik und die Therapie von der ersten Auflage unterscheidet und damit mit einer noch deutlich größeren Praxisrelevanz aufwarten kann.

Die Autorin richtet ihr Buch vor allem an therapeutisch tätige Personenkreise (LogopädInnen, SprachtherapeutInnen und Studierende der entsprechenden Fachrichtungen), wobei die fachlich hochstehenden Ausführungen zu einzelnen physiologischen und diagnostischen Aspekten einen nicht vorgebildeten Leserkreis in der Tat ausschließen, dem Fachleser jedoch einen gut durchdachten Überblick in komprimierter Weise verschaffen, der durch die angegebenen weiterführenden Literaturhinweise ergänzt werden kann. Nach einer im Rahmen der Zielsetzung angemessenen kurzen Einführung in die Funktionsweise des peripheren und zentralen Hörorgans stellt die Autorin verschiedene Modelle zur zentral-auditiven Verarbeitung vor, wobei sie ein neu überarbeitetes Modell mit einfließen lässt, „das eine differenzierte Betrachtung der auditiven Teilfunktionen

in Abhängigkeit von der jeweiligen Verarbeitungsebene ermöglicht“ (Lauer, 13).

Es folgt eine Sammlung verschiedener Symptome, die im Rahmen einer zentral-auditiven Verarbeitungsstörung beobachtet werden können, wobei das Geflecht der hier ineinander greifenden Störungsbilder (Spezifische Sprachentwicklungsstörungen; Lese-Rechtsschreibschwäche; Aufmerksamkeitsdefizit; ...) gut verdeutlicht wird, wenn gleich auch hier die häufig geforderte Abgrenzung zum ADD nicht geleistet werden kann und wohl im Hinblick auf die Therapierelevanz auch nicht geleistet werden muss.

Das anschließende Kapitel zur Diagnostik – unterteilt in audiologische und psychometrische Testverfahren sowie ein Screening – weist einen guten Weg durch die notwendige umfangreiche Abgrenzung des Störungsbildes zu anderen Störungsbildern und zeigt besonders im Rahmen des vorgestellten Screenings eine große Therapierelevanz. Die im Screening angeführten Beobachtungsparameter finden sich in einem gut gegliederten Bogen am Anhang des Buches.

Als gute Ergänzung erweist sich die dargestellte Therapiesequenz zweier Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen, deren unterschiedliche therapeutische Ergebnisse gute Schlussfolgerungen für die Diagnostik- und Therapiearbeit nahe legen und von der Autorin gelungen kritisch interpretiert werden.

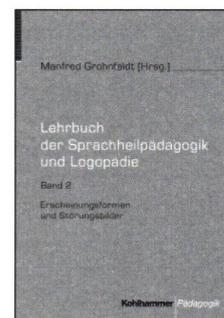
Als besonders geglückt kann der Anhang des Buches bezeichnet werden, der eine Diagnose- und Therapiesammlung enthält, wobei diese in sprachliche und außersprachliche Bereiche eingeteilt ist und anstrebt, alle an einer zentral-auditiven Verarbeitungsstörung beteiligten Teilsymptome bzw. Teilfunktionen zu berücksichtigen. Diagnose und Therapie stehen hier in direkter Beziehung, so dass nicht ein komplettes Förderprogramm von betroffenen Kindern durchlaufen werden muss, sondern nur diejenigen Teilfunktionen gefordert werden, die im Diagnostikprozess auffällig waren, bzw. bei den von der Autorin empfohlenen

Kontrolluntersuchungen weiterhin auffällig sind.

Insgesamt kann das Buch durch seinen umfangreichen und praxisorientierten Diagnostik- und Therapieteil eine Lücke innerhalb der Fachliteratur schließen.

Dem tätigen Therapeuten wird das Buch einen sinnvollen und – soweit bei diesem weiten und verzahnten Störungsbild möglich – zielgerichteten Weg durch den Förderprozess bahnen.

C. Hammann



**Manfred Grohnfeldt (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder.** Kohlhammer Verlag Stuttgart, Berlin, Köln 2001. 380 Seiten, € 30,65.

Manfred Grohnfeldt stellt als Herausgeber einer auf fünf Bände angelegten Lehrbuchreihe für Sprachheilpädagogik und Logopädie nunmehr den zweiten Band „Erscheinungsformen und Störungsbilder“ vor. Er verbindet mit seinem Anspruch, „ein Standardwerk für Studierende, Theoretiker und Praktiker gleichermaßen“ auf den gefüllten Markt der sprachtherapeutischen Fachpublikationen zu bringen, das Ziel, eine möglichst genaue Beschreibung der beobachteten Erscheinungsformen zu liefern, „um gezielt helfen zu können“.

Das Werk folgt nach einem einleitenden Aufriss über die „Notwendigkeiten und Probleme der Einteilung von Störungsbildern und ihrer Bedingungs-hintergründe“ (Grohnfeldt) einer vertrauten, wenn auch nicht explizit kenntlich gemachten, Kategorisierung. Dem

Block über Aussprache- und Sprachentwicklungsstörungen (Aussprachestörungen-Phonetik: *Wildegger-Lack*; Phonologie: *Hacker/Wilgermein*; Spezifische Sprachentwicklungsstörungen: *Dannenbauer*; Semantisch-lexikalische Störungen: *Glück*; Verarbeitungs- bzw. Lernstörungen: *Schöler/Schakib-Ekbatan*), folgen Beiträge über Sprachdefizite im Kontext dominanter Störungsbilder (Geistige Behinderung: *Wilken*; Schriftspracherwerb: *Osburg*; Hörstörungen: *Coninx*). Dem zeitaktuellen Thema „Zweisprachigkeit und Migration“ (*Jedik*) schließen sich Überblicke zu Redeflussstörungen an (Stottern bei Kindern: *Johannsen*; Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen: *Weikert*; Poltern: *Iven*; im weiteren Sinne „Mutismus“: *Schoor* und „Sprechangst“: *Kriebel*). Zum umfangreichsten Teil gerät die Darstellung der vielfältigen Formen zentraler und erworbener Sprach- und Sprechstörungen (Aphasie: *Steiner*; Sprachabbau bei Demenz: *Steiner*; Aphasie bei Kindern: *Baur*; Dysarthrie/Dysarthrophonie: *Giel*; Verbale Entwicklungsdispraxie: *Schulte-Mäter* sowie Sprechapraxie bei Erwachsenen: *Ziegler*). Vervollständigt wird der Weg durch das weite Arbeitsfeld von Logopäden und Sprachheilpädagogen mit den Kapiteln über Funktionelle und organische Stimmstörungen: *Spiecker-Henke*; Laryngektomien: *Kürvers*; Rhinophonie: *Neumann*; Myofunktionelle Störungen: *Hahn* und schließlich Dysphagien: *Bartholome*.

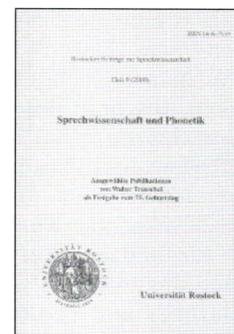
Zu einer Rezension gehört neben der Beschreibung die Bewertung. Aufgrund des formulierten Anspruches, ein Standardwerk auch für Praktiker sein zu wollen, „mussten“ sich beispielhaft und willkürlich sechs Beiträge einer kritischen Beurteilung durch Fachkolleginnen und -kollegen stellen, die den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die sprachtherapeutische Arbeit in den Bereichen Aussprachestörungen, SES bei Geistiger Behinderung, Stottern bei Kindern, SES bei Bilingualität, Rhinophonien und Dysphagien legen. Jeweils mehrseitige detailreiche Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln unter dem Focus der Praxistauglichkeit

können an dieser Stelle nicht wieder gegeben werden. Ein übergreifendes Problem wurde jedoch deutlich: Die Grenzen der Praxisrelevanz werden durch den engen Rahmen, den ein Lehrbuch mit dem Anspruch das gesamte Spektrum der Erscheinungsformen von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen in einem Band darstellen zu wollen, schnell erreicht. Die folgenden Bände 3 (Diagnostik, Prävention und Evaluation) und 4 (Beratung, Therapie und Rehabilitation) hätte man gerne schon jetzt in den Händen, um dort weiterlesen zu können und aufkommende Fragen sofort beantwortet zu bekommen. Hierin liegt aber auch die besondere Bedeutung des vorliegenden Bandes: Forschungsaktueller, umfassender, differenzierter und polyintegrativer liegt zur Zeit keine Veröffentlichung im deutschen Sprachraum vor, die dem Einsteiger und Profi im Bereich der Sprachtherapie helfen kann, Orientierungen zu finden. Es mag von einzelnen als Manko empfunden werden, dass eine unter dominant sprachheilpädagogischen Aspekten betriebene Zusammenschau der Störungsbilder und deren Erscheinungsformen einem polyintegrativen Verständnis unter der Einbeziehung von funktionstherapeutischen Aspekten oder (neuro)linguistischen Schwerpunkten gewichen ist. Die versuchte Öffnung des Faches Sprachheilpädagogik in Richtung auf eine bereits in den Titel der Lehrbuchreihe integrierte Logopädie markiert eine sachlich-fachliche, aber auch eine bildungs- und berufspolitische (neue ?) Orientierung. Der Verzicht auf die Einbindung von Vertretern eines medizinischen Verständnisses der Erscheinungsformen und Störungsbilder in die Autorengruppe dokumentiert ein profundes sprachtherapeutisches Selbstbewusstsein – und das ist auch gut so! Der Band 2 des Lehrbuches der Sprachheilpädagogik und Logopädie sei Studierenden und mit geringen Einschränkungen auch den Theoretikern und Praktikern nachhaltig empfohlen – er gehört in unseren Bücherschrank.

P.S.: Besonders Interessierte können eine Besprechung der erwähnten Ein-

zelbeiträge gerne bei uns in Moers anfordern.

Volker Maihack und Team



**Walter Trenchel: Sprechwissenschaft und Phonetik – Ausgewählte Publikationen als Festgabe zum 75. Geburtstag.** Rostocker Beiträge zur Sprachwissenschaft 9/2000. Philosophische Fakultät der Universität Rostock 2000, 170 S. (zu bestellen: Universität Rostock, Universitätsbibliothek, Schriftentausch, 18051 Rostock)

Die Besprechung dieses Buchs sprengt aufgrund seines besonderen Inhalts den Rahmen einer üblichen Rezension in einer Fachzeitschrift, geht es doch um die Würdigung eines bedeutenden Sprechwissenschaftlers, Sprecherziehers und Therapeuten anlässlich seines 75. Geburtstags. Die philosophische Fakultät der Universität Rostock legte mit dieser Publikation eine vom Layout und der guten Druckausstattung her gelungene Festgabe für einen ihrer hervorragenden Lehrer und Wissenschaftler vor, auf den sie wirklich „stolz sein kann“ – wie die Ostseezeitung Rostock vom 10.4.2000 schrieb. Das Bändchen besteht aus einer kurzen Würdigung durch Prof. em. Dr. E. Stock (Halle/Saale), einem Einleitungskapitel von Trenchel selbst: „Die Entwicklung der Sprechwissenschaft an der Universität Rostock“, einer hier erneut abgedruckten Auswahl von zwölf Publikationen des Jubilars und einer Aufstellung aller seiner Veröffentlichungen. Übrigens ist Trenchel einer der frühen Autoren der Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“, sein in Nr. 4/1966 erscheinender Aufsatz „Zu einigen allgemeinen Prinzipien der Sprecherziehung bei sprachgestörten

Kindern“ ist auch hier wieder aufgenommen worden (71 bis 80), seine darin vertretenen Auffassungen sind heute noch gültig.

Die vorgelegte Auswahl erfüllt mehrere Ziele: Zunächst zeichnet sie in der Person des Geehrten einen wesentlichen Abschnitt der Entwicklung der Sprechwissenschaft in der ehemaligen DDR nach, insbesondere an der Universität Rostock sowohl ihrer praktisch wirkenden Funktion in der Lehre für Studenten verschiedener Fachrichtungen (meist sprechintensiver Berufe) und in der Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, aber auch ihres Theoriegebäudes bis hin zu den naturwissenschaftlich exakt durchgeführten und beschriebenen Experimenten des Jubilars zu Kardinalannahmen unseres Fachs. So widerspiegeln sich durch den Abdruck auch der frühen Arbeiten die Veränderungen der Trenscheleschen Auffassungen bis hin zu einem völligen Paradigmenwechsel, z. B. in der Ansicht über die Verschlussfunktion des Velums palatinum zwischen Mund- und Nasenhöhle. In dem Aufsatz „Sprechkundliche Beobachtungen und Erfahrungen bei der postoperativen Sprech-erziehung von Gaumenspaltenträgern“ (29 bis 51) aus dem Jahr 1959 vertritt er noch ganz die Meinung seines Lehrers Hans *Krech* und anderer Autoritäten, kommt aber später aufgrund seiner Untersuchungen und Experimente zu einer diametral entgegengesetzten Auffassung.

Damit wäre schon der zweite Schwerpunkt gestreift: Das wissenschaftliche Lebenswerk *Trenscheles* ist die Auseinandersetzung mit dem „Phänomen der Nasalität“ – so auch der Titel seiner ersten Buchveröffentlichung 1977 – und dessen Bedeutung für die Phonetik der deutschen Sprache und damit auch für die Stimm- und Sprachtherapie sowie Gesangspädagogik. Über die Beschäftigung mit der Gaumenspalt-sprache und mit den Dyslalien gelangte *Trenschel* – um schließlich den dritten Schwerpunkt des Bandes zu nennen – zu einer vorbildlichen interdisziplinären Einstellung, die ihn insbe-

sondere mit der allgemeinen Sprachwissenschaft (er hatte in Halle neben der Sprecherziehung Anglistik und Germanistik mit Ergänzungsprüfungen in Griechisch und Latein studiert), der Zahn- und Kieferheilkunde, der HNO-Heilkunde, Neurologie/Psychiatrie und natürlich Logopädie eng verbunden. Gerade auch in dieser Aufsatzsammlung besticht er durch sein enormes Wissen in diesen verschiedenen Fachgebieten, ohne das er kein gleichberechtigter, wenn auch nicht immer leicht zu nehmender Partner hätte sein können. Aber die vielen von ihm betreuten Studenten und Patienten wussten diese Kompetenz zum Teamwork zu schätzen.

Die folgenden Gedanken des Rezensenten werden vorrangig die Auffassungen *Trenscheles* zum Phänomen der Nasalität aufgreifen. Wer sich näher mit dem Problem der Nasalität als phonetisches Merkmal der deutschen Sprache oder den Rhinolalieren bzw. Rhinophonien und deren Therapie oder mit der Bedeutung der Nasalität für den Gesang beschäftigen will, hat mit diesem Buch den richtigen Einstieg gewählt. Sowohl von der Aufarbeitung der in der Vergangenheit geäußerten Meinungen, von der Auseinandersetzung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als auch der umfassenden Auflistung der entsprechenden Literatur ist es geradezu eine Fundgrube. Besonders interessant ist die Tatsache, dass sich der Wandel der Auffassungen – nicht nur bei *Trenschel* selbst – hier quasi entwicklungsproximal nachvollziehen lässt. Um es vorwegzunehmen: Welchen Artikel man auch durchliest, vor allem die im Abschnitt „Phonetik des nasalen Schalls“ zusammengefassten, stets findet man die theoretisch fundierte und experimentell belegte klare Aussage des Autors: Außer bei den Nasalkonsonanten [m], [n] und [ŋ] schließt das Velum in der deutschen Sprache bei allen anderen Lauten die Nasenhöhle dicht von der Mundhöhle ab. Daher sind alle anderen deutschen Sprachlaute reine Orallaute. Außerdem wird die Oralität der Vokale durch den festen Vokaleinsatz gestützt, der ebenfalls nur bei vollständigem Verschluss

der Nasenhöhle entstehen kann. Schließlich konnte *Trenschel* durch seine Experimente nachweisen, „dass auch in der Umgebung von Nasalkonsonanten keine hörbare Assimilation (in Richtung Nasalität, V.C.) eintrat“ (122). Wenn also ein nasaler Beiklang zu hören ist, muss von einer pathologischen Erscheinung (Rhinolalie, Rhinophonie) ausgegangen werden, d. h. von einer Veluminsuffizienz.

Wie kam *Trenschel* zu diesen gravierend neuen und auf heftigen Widerstand stoßenden Auffassungen? Seit seiner Promotion beschäftigte er sich mit dem Anteil der Nasalität an Stimmgebung und Aussprache. Akribisch bearbeitete er folgende Probleme: Die Kategorisierung der Nasalität in der Phonetik, die Art der Velumbewegungen und des nasopharyngealen Abschlusses, die Akustik der Nasenräume, die Abgrenzung von Nasalität und Näseln sowie die Bedeutung der Nasalität für Sprecherziehung und Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie sowie für die Gesangspädagogik. Nachdem er die Geschichte der Nasalitätsforschung seit dem 16. Jahrhundert (Jakobus *Mathiae* 1586) in seiner Dissertation „Zur Klärung des Problems der Nasalität“ (hier als Autorreferat S. 81 bis 89 veröffentlicht) gründlich aufgearbeitet und damit die theoretischen Grundlagen geschaffen hatte, führte er umfangreiche Experimente durch. Es ist bewundernswürdig, wie er trotz geringer technischer und finanzieller Voraussetzungen und ohne technische Hilfskräfte mit nicht erlahmender wissenschaftlicher Neugier und Kreativität gegen vielerlei Widerstände und bei täglicher Auslastung in Lehre, Therapie und Rezitationsveranstaltungen als gesuchter Interpret literarischer Werke seine Ergebnisse erreichte. Ein erster Höhepunkt war deren Zusammenfassung in seiner Habilitationsschrift „Versuch zur Erfassung der intranasalen und oralen Schallintensität sowie deren phonetische Interpretation und Diskussion“ (Halle 1982; auch als Buch erschienen, allerdings erst 1994 (!) nach der deutschen Wiedervereinigung in Trier unter dem Titel „Orali-

tät und Nasalität in der deutschen Standardausssprache“).

Mit Hilfe weiterer Experimente und der Auswertung praktisch-therapeutischer Erfahrungen, insbesondere bei der Therapie von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Velumspalten, konnte er seine Auffassungen stützen. So zog er den Schluss, dass nur eine dichte Absperrung durch das Velum palatinum den Weg zu einer normalen Umgangssprache sichert. In diesem Zusammenhang muss auf die klare Definition *Trenschels* hingewiesen werden, die er für die Gaumenspaltsprache fand (22): Entsprechend dem organischen Ausfall handelt es sich um eine palatale Dysglossie (Dyslalie), bezüglich dem dynamisch-funktionalen Zusammenhang um eine Rhinolalia aperta bzw. eine Rhinophonie (Palatophonie).

Mit diesen Erkenntnissen trug *Trenschel* auch wesentlich zu einer Erweiterung des Wissens um die deutsche Phonetik bei, wozu insbesondere der Nachweis der Oralität der Vokale gehört. Ebenso ist die Korrektur der aus der tradierten Literatur bekannten Lautübergangszeiten hier einzuordnen: Nach *Trenschel* umfassen diese nur etwa 25 bis 30 Millisekunden. Damit verweist er schon sehr früh auf einen wesentlichen Faktor der sprachlichen Strukturen und deren Störungen, den Zeitfaktor. Indem er den Lauten und deren Substrukturen ein bedeutungsdifferenzierendes Merkmal beimisst, lenkt er unser Augenmerk auf einen heute immer dringlicher werdenden Schwerpunkt der Kommunikationstherapie, die phonologischen Defizite vieler Kinder.

Und er bleibt nicht im Theoretischen. Immer wieder führt er Schlussfolgerungen für die Praxis an, wobei er auch die Erfahrungen anderer akzeptiert, wenn sie wissenschaftlich exakt und seriös bewiesen werden. So empfiehlt er Nasalierungsübungen für den Gesang und die Therapie (25), so wie wir sie kennen und bis heute als Einstieg in die Stimmtherapie verwenden.

So kann zusammenfassend festgestellt werden, dass *W. Trenschel* die traditionelle ganzheitliche Grundauffassung in

der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung seit Wittsacks Zeiten fortgeführt und durch sein Wirken wesentlich bereichert hat. Leider ist dieser bedeutende Beitrag des Jubilars zu wenig zur Kenntnis genommen worden, wenn sich verschiedene seiner Ansichten, z. B. zur Oralität der Vokale, heute doch in mehreren deutschen Phonetiken wiederfinden. Trotz einiger kleinerer Mängel, z. B. mehrerer Druckfehler, der Verwechslung des Verlagsortes Berlin mit Wien bei *Grohnfeldts* Handbuch der Sprachtherapie (S. 127), die fehlende Quelle des letzten Aufsatzes (153 bis 165; oder ist das ein Originalbeitrag?) und die vom Rezensenten vermisste Literaturliste zum Einleitungsaufsatz, ist das Buch sehr zu empfehlen. Ich wünsche ihm eine weite Verbreitung!

Volkmar Clausnitzer

## Informationshefte über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen läuft inzwischen sehr erfolgreich. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit, als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien.

Folgende Hefte sind bereits erschienen:  
Heft 1: Stimmstörungen bei Kindern  
Heft 2: Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen  
Heft 3: Störungen des Spracherwerbs  
Heft 4: Förderung des Spracherwerbs  
Heft 5: Aphasietherapie  
Heft 6: Myofunktionelle Therapie  
Heft 7: Dysarthrophonie  
Heft 8: „Stottern bei Kindern“ ist in Vorbereitung und erscheint im Sommer 2002

Bestellungen werden nur schriftlich oder per Fax entgegengenommen.

Ein Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von € 1,- zuzüglich Portokosten unter der unten angegebenen Adresse zu beziehen. Bei größeren Bestellungen wird ein Rabatt gewährt.

Fragen Sie bitte bei Interesse nach, wir informieren Sie gerne.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)  
Goldammerstraße 34, 12351 Berlin  
Telefon: 030/6616004  
Telefax: 030/6616024

## Termine

### XIII. Griesbacher Fachgespräche der Sprachheilpädagogik

– *Einladung und Aufruf zur Vortragsanmeldung* –

**29./30. November 2002**  
im Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach i. Rottal

#### Hauptreferat

**Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein**

Universität Dortmund  
Fakultät Rehabilitationswissenschaft

**Therapeutische Zugänge zu selektiv-mutistischen Kindern – Psychotherapeut, Sprachtherapeut, Mediziner, Pädagoge – wer ist zuständig?**

#### Begleitreferat

**Priv. Doz. Dr. phil. Ernst G. de Langen**

Klinikum Passauer Wolf,  
Bad Griesbach

**Neurogener Mutismus**

#### Workshops

#### *Spielen in der Sprachtherapie und trotzdem sprachspezifisch arbeiten*

Anhand von Fallbeispielen aus dem Teilnehmerkreis werden Möglichkeiten erarbeitet, wie vom frühen Kindergarten- bis zum Vorschulalter sprachliche Ziele alltagsrelevant verfolgt werden können.

**Leitung: Hildegard Kaiser-Mantel**, Sprachheilpädagogin, M.A.  
Heilpädagogische Tagesstätte, München-Großhesselohe

### **Dysarthrietherapie bei Alterserkrankungen**

Behandlungsansätze bei Dysarthrien im Rahmen altersbedingter bzw. -erschwerter neuro-degenerativer Erkrankungen, Multiinfarktsyndromen oder multiplen Systematrophien, werden im Teilnehmerkreis erarbeitet.

**Leitung: Bernd Frittrang,**

Klinischer Linguist, M.A.

Logopäden-Lehranstalt der Medau-Schule, Coburg

### **Theorie und Praxis der Angehörigenberatung**

In Gespräch und Rollenspiel werden Techniken der Beratung und konkrete Lösungswege für Fallbeispiele aus dem Teilnehmerkreis erläutert und erarbeitet.

**Leitung: Dipl.-Psych. Bernd Genal,**

Psycholog. Psychotherapeut, Klin. Neuropsychologie (GNP), Verhaltenstherapeut (AVM), Supervisor (BDP) Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach

### **Und weitere Vorträge aus dem Teilnehmerkreis**

Der Tagungsbeitrag beträgt 60,- €. Referenten zahlen keinen Beitrag. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

#### **Information bei:**

Dr. phil. Ulrike de Langen-Müller

(Tel.: 0851-9346361)

oder Frau Luise Meisenberger

(Tel.: 08532-274615)

Klinikum Passauer Wolf

Bgm.-Hartl-Platz 1

94086 Bad Griesbach

Am 9.11.02 findet der **1. Hildesheimer Logopädie Tag** statt. Diese neue Tagung hat sich zum Ziel gesetzt, eine Brücke zwischen Theorie und Praxis zu schlagen:

Schwerpunkte:

- Direkte Therapieansätze bei stotternden Kindern.
- Diagnostik: Sprechapraxie, Pragmatik und Semantik bei Kindern.

Veranstalter: Fachhochschule Hildesheim

Tagungsinfo und Anmeldung:

Studiengang für Medizinalfachberufe  
Tappenstrasse 55, 31134 Hildesheim,

e-mail: info@logopaedietage.de <http://www.fh-hildesheim.de/FBE/FBS/Medizinalfachberufe.htm>

Tel.: 05121/881590 Fax: 05121/881591

## Rückblick

### **LRS-Therapie zwischen etablierten und alternativen Angeboten**

8. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen fand am Samstag, den 4. Mai 2002, in München statt.

Bei dem Thema und den Referentinnen und Referenten ist es wohl kein Wunder, dass auch dieses Frühjahrssymposium ein Besuchermagnet war und viele Teilnehmerinnen trotz des sehr großen Hörsaals auf den Stufen sitzen mussten. Vielleicht lag das aber auch daran, dass sich vom Thema tatsächlich sehr verschiedene Zielgruppen ansprechen ließen.

Der Gastgeber Herr W. v. Suchodoletz stellte der Tagung das therapeutisch-pragmatische Motto „Wer heilt, hat Recht“ provozierend voran und verbindet damit Gedanken der outcome-Forschung, wie sie von der evidenzbasierten Medizin propagiert werden und die vielleicht in der Zuspitzung „Nur wer nachweislich heilt, hat Recht“ münden könnten.

Strittig bleibt in dieser Formulierung, und das zeigte sich wieder auf dem Symposium, was denn unter „heilt“ und „nachweislich“ verstanden wird. Reicht es aus nachzuweisen, dass eine bestimmte, therapeutische Methode in ihrem Wirkungsfeld auch wirksam ist? Oder müsste nicht eigentlich nachgewiesen werden, dass diese Methode auch nützlich ist im Hinblick auf das Gesamtziel; hier: Verbesserung der Lese- und Rechtschreibleistung?

Eine solche Spannung entstand zwischen den Beiträgen von Frau D. Berwanger und Herrn F. Warnke. Während Frau Berwanger für Kinder der 5. Klasse mit Schwierigkeiten im Erwerb der Schriftsprache nach einem Training der auditiven Ordnungsschwelle und des Richtungshörens durchaus deutliche

Verbesserungen in den trainierten Leistungen, aber nicht in der Lese-Rechtschreibleistung konstatieren konnte, geht Herr Warnke als Vertreter dieser Verfahrensweise davon aus, dass die Verbesserung im Lesen und Schreiben, mithin die Nützlichkeit, deswegen ausgeblieben sei, weil die Vorschläge seines im Vortrag dargestellten Therapiekonzeptes nur in zwei Teilbereichen und nicht zur Gänze berücksichtigt worden wären.

Auf derart methodische Fragestellungen ging Herr G. Mannhaupt ein, indem er im Überblick deutsche Studien vorstellte, die auf der Basis bestimmter forschungsmethodischer Kriterien eine Erfolgskontrolle der Intervention vorgenommen haben. Im Fazit: Es gibt nur sehr wenige Studien zum Lesen. Eine Leistungssteigerung konnte immer dann besonders gut dargestellt werden, wenn die Intervention selbst sehr nahe am Lese-Schreibprozess ansetzte. So wie es bspw. Herr G. Schulte-Körne in seinem Beitrag auf der Grundlage des Marburger Rechtschreibtrainings und Frau H. Amorosa in ihrer Darstellung der besonderen Situation in der Behandlung multipel gestörter Kinder mit LRS deutlich machen konnten.

Frau Ch. Buchner konnte in ihren Ausführungen zum Einsatz von Elementen der Edu-Kinestetik im Schulalltag die damit bewirkten Veränderungen in der Gestimmtheit der Kinder in der Klasse auch praktisch mit den nun schon etwas erschöpften Anwesenden umsetzen. Das war gut so, denn nun ging es Schlag auf Schlag unter Führung von Herrn W. v. Suchodoletz durch einen Wunderwald der unterschiedlichsten, visuell, auditiv, interhemisphärisch, pharmakologisch ... ansetzenden therapeutischen Methoden, für die häufig durchaus Wirkungs- aber keine Nutzensnachweise gefunden werden konnten.

Eine abschließende Diskussionsrunde unter moderierender Leitung von Herrn J. Martinius beleuchtete noch einmal verschiedene Perspektiven mit der Einsenz: Nicht die Plausibilität eines Behandlungsverfahrens, sondern der Erfolg legitimiert seine Verwendung.

Hoffentlich werden wir die Beiträge, wie in der Vergangenheit auch, in einem Tagungsbericht nachlesen können.

Christian W. Glück

## Metasprachliche Entwicklung und Schriftspracherwerb

Gemeinsame Fortbildungstagung von ÖGS und dgs vom 8.-11. Mai 2002

Die jährlich stattfindende gemeinsame Fortbildungstagung von ÖGS und dgs, Landesgruppe Bayern, zum Thema „Metasprachliche Entwicklung und ihre Bedeutung für den Erwerb der Schriftsprache und Lautsprache“ führte in diesem Jahr ca. 40 Interessenten in das Mühlviertel nördlich von Linz ins Schloss Weinberg, Kefermarkt. Die Tagung, die sich thematisch unmittelbar an die vorangegangene 2001 in München anschloss, wurde diesmal nur von zwei Referenten bestritten (Frau Dr. Silke Wehr war kurzfristig erkrankt), wovon die Vertiefung der Problematik und die Diskussionsfreude, das „An-der-Sache-Bleiben“, zweifellos profitiert haben.

Worum ging es? Die phonologische Bewusstheit ist in Veröffentlichungen zum Schriftspracherwerb in jüngster Zeit nahezu allgegenwärtig, so auch auf der Vorjahres-Tagung in München, die ebenfalls der Schriftspracherwerbs-Thematik gewidmet war. So entstand der Wunsch nach theoretischer Einordnung und Fundierung. Erich Hartmann, der die „Möglichkeiten und Grenzen einer präventiven Intervention zur phonologischen Bewusstheit von lautsprachgestörten Kindergartenkindern“<sup>1</sup> untersucht hat, unternahm die theoretische Grundlegung. Ausgehend von der relativen Eigenständigkeit von Lautsprache und Schriftsprache, beim Vorhandensein eines gemeinsamen strukturellen Kerns, betrachtete er zunächst das Konstrukt der Sprachbewusstheit, beschrieb deren Indikatoren und Entwicklungsfaktoren. Ihrem Wesen nach ist Sprachbewusst-

heit bzw. sekundäres sprachliches Wissen und die damit verbundenen metasprachlichen Fähigkeiten als intentional, kontrolliert, analysiert und explizit zu charakterisieren – in Gegenüberstellung zu primären sprachlichen Fähigkeiten, über die der Mensch automatisiert, unanalysiert und implizit verfügt. Somit ist die phonologische Bewusstheit neben der lexikalischen, grammatischen und pragmatischen Bewusstheit nur ein Teilbereich der Sprachbewusstheit. Allerdings kommt ihr zentrale Bedeutung zu. Sie ist die Brücke zwischen Laut- und Schriftsprache, denn nur über das Erfassen der Phonem-Graphem-Beziehungen erwirbt der Lernende das alphabetische Prinzip der Schriftsprache. Auf dieser Grundlage erörterte der Referent die Entwicklung phonologischer Bewusstheit, deren Schritte: Rudimentäre Wortbewusstheit? Silbenbewusstheit? Anlaut- und Reimbewusstheit? maßgeblich von Faktoren der primärsprachlichen und kognitiven Entwicklung sowie von sozio-kulturellen und pädagogischen Faktoren beeinflusst werden.

Von hier aus waren die Inhalte präventiver Interventionen bei sprachentwicklungsgestörten Vorschulkindern zu verstehen, die E. Hartmann erläuterte. Sie sollen helfen, Problemen beim Erwerb der Schriftsprache vorzubeugen, da sprachentwicklungsgestörte nachweislich über geringere metaphonologische Fähigkeiten verfügen, als gleichaltrige sprachunauffällige Kinder. Die Darstellung seiner diagnostischen und Fördermaßnahmen stieß auf lebhaftes Interesse, bot reichlich Diskussionsstoff, besonders im Hinblick auf seine Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen, von denen stellvertretend zwei wichtige genannt seien:

- Buchstabeneinbezug optimiert die phonologische Förderung im Vorschulalter.
- Prävention muss schon in dieser Phase auf die Phonemebene gehen, auf der Silben- und Reimebene zu verbleiben, genügt nicht.

Der für die Problematik des Schriftspracherwerbs hinlänglich ausgewiesene Martin Sassenroth schloss an den

ersten Teil folgerichtig an. Er ergänzte ihn, indem er zunächst ein Video zur Demonstration des Bielefelder Screening vorführte und kommentierte. Es richtet sich auf das Erkennen von Kindern, bei denen mit Problemen beim Schriftspracherwerb zu rechnen ist. Mehrere Teilnehmerinnen hatten bereits eigene Erfahrungen damit gesammelt, was interessanten Gedankenaustausch und gemeinsame Einsichten bewirkte. Jetzt standen neben den inhaltlichen Positionen – Förderung phonologischer Bewusstheit als unmittelbarer Beitrag zur Prävention von Leserechtschreib-Schwierigkeiten – mehr und mehr methodische Fragen zum Anfangsunterricht im Zentrum der Ausführungen und Diskussionen. Sassenroth erläuterte in diesem Zusammenhang die von ihm favorisierte „Didaktische Landkarte“ nach Brügelmann, die er für eine geeignete Wegweisung zur Gestaltung erfahrungsbezogenen und handlungsorientierten Anfangsunterrichts hält. Ein weiterer Schwerpunkt waren die Phasen zur Entwicklung flüssigen, sinnentnehmenden Lesens und implizite lesediagnostische Möglichkeiten, für die der Referent aufgrund seiner reichen praktischen Erfahrungen unmittelbare Praxis-Tipps zu geben vermochte, auf die einige Teilnehmer möglicherweise schon dringlich gewartet hatten. Schließlich reichte dann die Zeit nicht mehr, um den letzten Teil, die „Lautsprachförderung über phonologische Bewusstheit“, gründlich zu bearbeiten, in deren Rahmen die „Metaphon-Therapie“ näher erläutert werden sollte. Sie konnte nur kurz vorgestellt werden, doch auch hierfür wurde, ebenso wie zum Vorangegangenen, informatives Material zur Verfügung gestellt.

Dass die Tagung derart gewinnbringend, offen und konstruktiv verlief, war zweifellos das Verdienst der beiden Referenten, aber auch der ausgezeichneten Organisation unter der Leitung von Susanne Glinsner und Claudia Haslauer zu danken. Die wunderbare Schlossatmosphäre trug sicher zum Gelingen bei. Aber besonderen Anteil hatte wohl das klug konzipierte Beiprogramm, das zur rechten Zeit und

<sup>1</sup> Unter diesem Titel erschien eine Monographie von E. Hartmann im Verlag Sprachimpuls Freiburg

wohldosiert Laufsport, Kunst und Geselligkeit bot und allen in bester Erinnerung bleiben wird. Reichlicher Abschlussapplaus dankte allen Beteiligten. Mir schien, er barg bei vielen zugleich die Vorfreude auf die nächste deutsch-österreichische Fachtagung: vom 17. bis 20. Juni 2003 wird man sich in Hammelburg in der Bayerischen Musikakademie wieder zusammenfinden.

Karla Röhner-Münch

### 7. Hör-Sprach-Symposium in Saarbrücken

Am 08. Juni 2002 fand das 7. Saarbrücker Hör- und Sprach-Symposium in der Caritasklinik St. Theresia statt. Wie in den vergangenen Jahren wurde diese Gemeinschaftsveranstaltung der dgs-Saar und der cts Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken in Person von Herrn Dr. Just geplant und durchgeführt. Thema der Veranstaltung war „Redeflussstörungen“. Etwa 50 Teilnehmer folgten den Ausführungen der drei Referenten. Zur Freude der dgs-Saar konnten in diesem Jahr auch einige Gäste aus Rheinland-Pfalz begrüßt werden.

Frau Tilling (Lehrlogopädin der Caritasklinik SB) stellte die Therapie des Polterns nach P.H. Damsté vor. Die Referentin unterschied zunächst das Poltern von Redeflussstörungen mit Polter-Tendenz. Anschließend führte sie die Förderbereiche an und verdeutlichte, dass nach Damsté in der Therapie Schwerpunkte in den Förderbereichen gesetzt werden sollten.

Im zweiten Vortrag informierte Prof. Dr. Rolf Bindel (Saarbrücken, Hannover) über das Thema „Stottern: Entstehung – Entwicklung – Erhaltung“. Prof. Bindel führte zunächst drei Variablen an, denen das Stottern unterliegt, nämlich das unstrukturierte Subjekt bei der Rede, die emotionale Verarbeitung und der kritische Zuhörer. Der Referent wies auf die Funktion des Stotterns als gefüllte Pause hin und unterstrich die Bedeutung der Arbeit mit dem Elternhaus (Umstellung der Elternsprechweise).

Im abschließenden Vortrag berichtete die Referentin Frau Hildegard Brand (Landessprachheilzentrum Meisenheim) über ihre Arbeit mit stotternden und schweigenden Kindern und Jugendlichen, die sie vor allem in Gruppen therapiert. Frau Brand definierte

Stottern als Kommunikationsstörung und stellte zwei Umweltreaktionen auf das Stottern fest: Stotterern werden Probleme aus dem Weg geräumt und Stotterer sammeln negative Erfahrungen mit dem Stottern. Erst wenn die aus diesen Umweltreaktionen resultierenden Nebenerscheinungen abtherapiert sind, kann an der Ursache angesetzt werden.

Pascal Decker

### Vorschau auf die nächste Ausgabe

Katz-Bernstein, Subellok et al.: Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie.

Bahrfeck & Fleischer: Stottern und Schule. Enttabuisierung des Stotterns und Transfer von Sprechtechniken im schulischen Alltag.

Grothe & Mussmann: Dialog, Kooperation, Begegnung – Erfahrungen einer studentischen Arbeitsgemeinschaft in der Aphasiker-Selbsthilfegruppe Hannover.

Anzeige

## Computerprogramme für die Sprachtherapie

flexoft

- AudioLog 3** > NEUE VERSION! Förderung der auditiven Wahrnehmung auf Geräusch-, Laut-, Silben- und Wortebene
- À la carte 1.1** > Kartenspiel mit umfangreichem päd.-therapeutischem Inhalt für mehrere Leistungsbereiche
- IBM SprechSpiegel III** > Sprechproduktion visualisieren in der Dyslalie-, Stottern- und Stimmtherapie
- lingMediamanager** > Cassettenrecorder ade: Sprachaufnahmen professionell erstellen, bearbeiten und archivieren
- lingWaves** > modular aufgebautes, professionelles Analyseprogramm für Sprach- und Videoaufnahmen
- lingWaves Stimmfeld** > Stimmumfang erfassen und analysieren in Echtzeit
- Das Ge-Hör-Spiel** > Hörscreening für Kinder
- Cesar - Programme** > Lesen und Schreiben für 2. - 6. Klasse
- Cogpack** > kognitives Training bei neuro-psychologischen Störungen
- LingWare 4.1** > computergestützte Aphasietherapie
- AATP** > Auswertungsprogramm zum Aachener Aphasietest
- speak:gentle** > Stottertherapie



[www.therapiesoftware.info](http://www.therapiesoftware.info)

Auf dem Tummelplatz 18 D-58239 Schwerte Fon: \*49/(0)2304/12972 Fax:\*49/(0)2304/243005

## Wünschen Sie eine praxisnahe Zusatzausbildung?

Neue Impulse und mehr Erfolg für die sprachheiltherapeutische Arbeit durch die Zusatzausbildung

### Miteinander Reden

#### - Lösungszentrierte Gesprächsführung

Die Quintessenz aus NLP, Gestalt, systemischer Familientherapie, Hypnose, Natürlicher Rhetorik, funktioneller Stimmbildung, Atem- und Körperarbeit

Leitung: **Marliese Pfeil**, Logopädin und Kommunikationstrainerin

#### ► Schnupperkurs zum Kennenlernen:

#### Grundlagen der Kommunikation

... wie die Kommunikation gelingt und Sie die heilsame Kraft der Sprache für Lösungen nutzen

Ort: Marburg

Zeit: Do. 05.12.2002 / Fr. 14.03.2003 /  
Fr. 06.12.2002 Sa. 15.03.2003  
von 17.00-18.00 Uhr von 17.00-18.00 Uhr

Gebühr: 120,- €

Termine für weitere Schnupperkurse auf Anfrage

Information und Anmeldung beim

#### STUDIO FÜR KOMMUNIKATION

Friedrich Naumann Str. 4

35037 Marburg, Tel. 06421-952340

E-Mail: [MarliesePfeil@gmx.de](mailto:MarliesePfeil@gmx.de),

Internet: [www.nlp-und-kommunikation.de](http://www.nlp-und-kommunikation.de)

## Holger Prüß (Bonn) Ausbildung nach der Bonner Stottertherapie

### Fortbildung mit sehr hohem Praxisanteil

- Hannover 07.03. - 08.03.03
- Bonn 16.05. - 18.05.03
- Halle/Saale 23.05. - 25.05.03

Informationen bei: Holger Prüß,  
Wismarer Str. 67, 53757 St. Augustin,  
Tel. 02241/342938 Fax: 02241/235468



## HILDESHEIMER LOGOPÄDIE TAG

am 9.11.2002

**Direkte Therapieansätze** bei  
stotternden Kindern

### Diagnostik

Sprechapraxie, Semantik und  
Pragmatik bei Kindern

#### Tagungsinformation

und Anmeldung: **Fachhochschule Hildesheim**  
Studiengang für Medizinalfachberufe  
Tappenstrasse 55 31134 Hildesheim  
[www.fh-hildesheim.de/FBE/FBS/Medizinalfachberufe.htm](http://www.fh-hildesheim.de/FBE/FBS/Medizinalfachberufe.htm)  
[info@logopaedietag.de](mailto:info@logopaedietag.de)

## KURS „Myofunktionelle Therapie“

Leitung: Anita M. Kittel, Logopädin  
Reutlingen 31.10.-2.11.02  
Anmeldungen an: Anita Kittel, Praxis für Logopädie, Karlstr. 16,  
72764 Reutlingen, Fax: 07121-320955 oder  
online: [www.anitakittel.de](http://www.anitakittel.de)

In Stuttgart werden unter ärztlicher Leitung Spezialkurse durchgeführt:

## Fachtherapeut(in) für Kognitives Training mit Zertifikat



akademie für Gedächtnistraining  
nach Dr. med. F. Stengel

Bitte fördern  
Sie das Seminar-  
programm an!

Vahlhinger Landstr. 63, 70195 Stuttgart, Tel.: 0711/6 97 98 06, Fax: 0711/6 97 98 08



DÜSSELDORFER  
AKADEMIE

Als Profi im Bereich der Sprachtherapie wissen Sie um die Bedeutung der Stimme und des persönlichen Ausdrucks.

Werden Sie **SpezialistIn** auch im **nichtklinischen Bereich** für den professionellen Einsatz der Stimme und des persönlichen Ausdrucks

## VOICE COACH®

Sie erwerben die Kompetenz für erfolgreiche Trainings. Sie finden individuelle Einstiegsbedingungen im differenzierten Modulsystem

Düsseldorfer Akademie  
Harffstraße 43, 40591 Düsseldorf  
0211-73 77 96 80

[office@duesseldorfer-akademie.de](mailto:office@duesseldorfer-akademie.de)

[www.duesseldorfer-akademie.de](http://www.duesseldorfer-akademie.de)

Für die Betreuung unserer  
neurologischen Patienten  
(C- und D-Phase) suchen wir  
zum nächstmöglichen Termin

KLINIK  
HOHER MEISSNER

eine/n Logopädin/en  
oder  
eine/n Sprachtherapeutin/en  
(Teilzeit)

Es erwartet Sie eine vielseitige, anspruchsvolle und eigenverantwortliche Tätigkeit in einer interdisziplinär arbeitenden Abteilung, in der bereits zwei Logopäden mit Ärzten, Psychologinnen, Ergotherapeutinnen und Krankengymnasten und einem Diplom-Sozialpädagogen zusammenarbeiten.

Wir bieten eine leistungsgerechte Vergütung, eine geregelte Arbeitszeit sowie die Möglichkeit zur fachspezifischen Fortbildung.

Wir bieten Ihnen darüber hinaus Unterstützung bei der Wohnungssuche an.

Wir wünschen uns eine/n Mitarbeiterin/Mitarbeiter, die/der den genannten Aufgaben mit Engagement, Kreativität und fachlicher Kompetenz begegnet. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben, dann senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte an:

**Klinik Hoher Meißner**, Verwaltungsleiterin Frau G. Wicker, Hardtstraße 36, 37242 Bad Sooden-Allendorf, Telefon 05652-55801

Internet: <http://reha-klinik.de> - E-Mail: [linik-hoher-meissner@t-online.de](mailto:linik-hoher-meissner@t-online.de)

## Elmshorn

(gute Verbindung von/nach Hamburg)

**Praxis für Sprach- und Stimmtherapie sucht**

**Logopädin/en**

Unser nettes Team freut sich auf Dich!

Die Praxis besteht seit 9 Jahren

- hat 4 freundlich eingerichtete Therapieräume & Garten
- verfügt über viel Therapiematerial, Spiele, Fachliteratur
- ist ruhig und zentral gelegen

Maja Regenbogen, Tel./Fax 040/45 38 87



Informieren Sie sich

[www.bethlehem.de](http://www.bethlehem.de)



## Bethlehem-Krankenhaus Stolberg/Rhld.

- Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen -  
Träger: Katholische Kirchengemeinde St. Lucia, Stolberg

Unser Team des **Sozialpädiatrischen Zentrums am Bethlehem-Krankenhaus in Stolberg (SPZ)** hilft Eltern, deren Kinder nicht altersgerecht entwickelt, behindert oder von Behinderung bedroht sind. Wir diagnostizieren und behandeln Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren. Zu unserem Team zählen Kinderärzte, Psychologen, Sprachtherapeuten, Physiotherapeuten, Motopäden, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für unser SPZ:

**eine/n Sprachheilpädagogin/en, Logopädin/en**

möglichst mit Berufserfahrung.

Stellenumfang: Zunächst 19,25 Stunden (halbtags), ab 1. Jan. 2003 38,5 Stunden (Vollzeit)

### Ihr Aufgabengebiet:

Diagnostik und Therapie bei

- Sprachentwicklungsverzögerungen
- Redeflussstörungen (Stottern und Poltern)
- Störungen des Kommunikationsverhaltens
- Auditive Wahrnehmungsstörungen
- Stimmstörungen
- Auffälligkeiten im Mund- und Gesichtsbereich sowie bei der Nahrungsaufnahme

Die Vergütung richtet sich nach den AVR (= BAT) mit den in unserem Hause üblichen Sozialleistungen.

Auskünfte vorab erteilt Ihnen gerne der Ltd. Arzt unserer Einrichtung, Herr Dr. W. Stübecke, Tel.-Nr. 02402/107 4421 oder unsere Sprachheilpädagogin, Frau S. Clemens, Tel.-Nr. 02402/107 4186 oder 02402/107 4194.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Personalabteilung des Bethlehem-Krankenhauses in 52222 Stolberg, Steinfeldstr. 5.

**Suche nette(n) Kollegin/en** angestellt oder auf Honorarbasis. Therapieschwerpunkt Kinderbereich, aber auch Stimme/Aphasie-Hausbesuche. Bewerbung bitte an:

Sprachtherapeutische Praxis Annette Herweg, Gartenstr. 13, 42799 Leichlingen, Tel.: 02175/5433 oder privat 02171/41789.



Für unsere Sprachheilkindergärten suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

## Sprachheilpädagogin/in oder Logopädin/in

**Wir erwarten:**

- Freude an der Arbeit mit Kindern
- die Motivation zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- die Bereitschaft zur Kooperation mit Eltern

**Wir bieten:**

- eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem innovativen Umfeld
- Supervision und Teambesprechungen
- Förderung von Fortbildungsmaßnahmen
- Vergütung nach AVR-Caritas (vergleichbar BAT) mit allen sonstigen tariflichen Sozialleistungen einschl. Zusatz-Altersversorgung

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Ihre Bewerbung mit Foto richten Sie bitte an

**Andreaswerk e.V.**

**Landwehrstr. 7**

**49377 Vechta**

**Tel. 04441/9356-0 (Herr Böckmann,  
Leiter der Kindergärten)**



  
**andreaswerk**

## Unser Buchkatalog im Internet:

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

"Wir möchten ein Ort sein, an dem sich Nächstenliebe ereignet." Dieses Ziel bestimmt die Arbeit im Annastift, einem modernen christlichen Dienstleistungsunternehmen in Hannover und Mitglied des Diakonischen Werkes der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers. 1400 Mitarbeitende in 5 Geschäftsbereichen und an 2 Standorten arbeiten daran, dieses Ziel in die Tat umzusetzen.

Die **Werner-Dicke-Schule, Schule für Körperbehinderte** im Annastift eV sucht einen/eine

## Sprachtherapeuten/in

Es handelt sich um eine 30-Stunden-Stelle, die ab sofort zu besetzen ist, befristet bis zum 31. Januar 2004, da sich die jetzige Stelleninhaberin in Elternzeit befindet.

Die Aufgaben innerhalb der sprachpädagogischen Förderung umfassen schwerpunktmässig die Diagnostik sowie die Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen. Erfahrungen im Umgang mit „unterstützter Kommunikation“ sind erwünscht.

Wir suchen eine Fachkraft, die kompetent und einfühlsam mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen tätig ist, die engagiert den pädagogischen Alltag der Schule mitgestaltet, gerne im Team arbeitet und sich an den fachlichen Diskussionen beteiligt.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

**Werner-Dicke-Schule** - Frau B. Groh  
Wölfeler Straße 60 B · 30539 Hannover

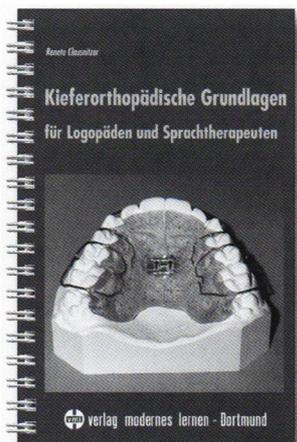
Sie finden uns im Internet unter [www.annastift.de](http://www.annastift.de)

**Annastift**   
Kompetenz und Nächstenliebe

Renate Clausnitzer

## Kieferorthopädische Grundlagen für Logopäden und Sprachtherapeuten

2002, 112 S.,  
Format 16x23cm,  
Ringbindung  
ISBN 3-8080-0493-2,  
Bestell-Nr. 1917,  
sFr 29,00,  
€ 16,50



Portofreie Lieferung auf Rechnung durch:

 **verlag modernes lernen**  
*borgmann publishing*

Hohe Straße 39 • D-44139 Dortmund  
Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

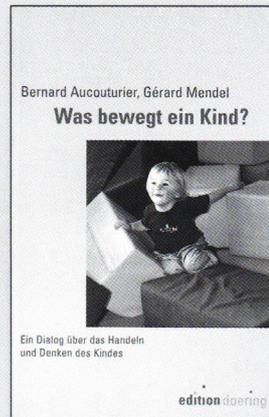
Unsere Bücher im Internet:  
[www.verlag-modernes-lernen.de](http://www.verlag-modernes-lernen.de)

# edition doering

## Was bewegt ein Kind? Ein Dialog über das Handeln und Denken des Kindes

von Bernard Aucouturier und Gérard Mendel

◆ 2001, 114 S., viele Abbildungen  
ISBN 3-934557-00-7, 16,- €



## Das andere ADS-Buch Verschiedene Blickwinkel und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

von Waltraut und Winfried Doering

◆ erscheint ca. Jan. 2003, ca. 300 S.,  
ISBN 3-934557-03-1, 20,- € bei Vorbest. bis 31.12.2002 18,50 €

## Entwicklungssprünge Entwicklungsbegleitung Doering und Psychomotorische Praxis Aucouturier im Dialog

von Waltraut und Winfried Doering

◆ ersch. ca. Aug. 2002, ca. 150 S.,  
viele Abbildungen  
ISBN 3-934557-02-3, 16,- €



## Entwicklungsbegleitung Doering Theorie und Praxis einer Haltung

von Waltraut und Winfried Doering

◆ 2002, 89 S., viele Abbildungen  
ISBN 3-934557-01-5,  
10,- €

Bestellung an: \_\_\_\_\_

**edition doering**

Hagenauer Str. 26, 28211 Bremen  
Tel.: 0421-34669620 • Fax: 0421-3477967  
e-mail: [edition@edition-doering.de](mailto:edition@edition-doering.de)

## Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für  
Sprachbehindertenpädagogik

verlag modernes lernen  
Hohe Str. 39 • D - 44139 Dortmund

PVSt, Deutsche Post AG, „Entgelt bezahlt“, K 11772

010 000549

Kunden-Nr.: 002 083 110758

Kurt Bielfeld  
des

Goldammerstr. 34  
12351 Berlin

# Wer? Wie? Was? - PRO ...

Telefon: 0800-8742564 (D) • 00800-87425640 (international)

**TRIALOGO**  
TRIALOGO Verlag  
Labhardsweg 2a  
D-78462 Konstanz



Bei diesem Spiel ist nicht nur die Form des „Spielfeldes“ ungewöhnlich: Die achteckigen Tafeln lassen sich nach Belieben zu einem längeren oder kürzeren „Wurm“ zusammenbauen.

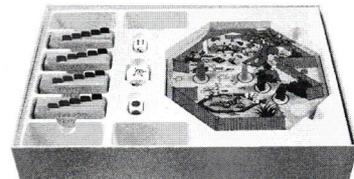
Auf diesem „Wurm“ wird nun ein Würfelspiel gespielt, in dessen Verlauf verschiedene grammatikalische Aufgaben zu lösen sind. Die Übungsbereiche (Substantive mit Artikel, Plural, Adjektive, Präpositionen, einstellige und zweistellige Verben) können dabei gezielt ausgewählt werden.

Jede der Spieltafeln steht außerdem für einen semantischen Bereich (Kindergarten, Schule, Bauernhof, Baustelle).

Wer?Wie?Was? ist vielseitig, bunt, unterhaltsam, ungewöhnlich und abwechslungsreich - kurz: eine langersehnte Bereicherung für die Dysgrammatismus-Therapie.

- Vielseitige Spielmöglichkeiten
- Spielen im semantischen Kontext
- 6 achteckige Spieltafeln
- großer TROLLI-Holzwürfel
- Farb- und Zahlenwürfel
- 220 Spielkarten

**59,90 €**  
Incl. MwSt. & Versand.



Mail: [info@trialogo.de](mailto:info@trialogo.de) • Internet: <http://www.trialogo.de>

## ... Das Grammatikspiel!