Abstractband

38. Jahreskongress des dbl vom 11.-13. Juni 2009 in Mainz

dbl

Grußwort

Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 3
Dr. Monika Rausch, Präsidentin des dbl 5

Programm

Donnerstag 6
Freitag 7
Samstag 8

Abstracts

Donnerstag
Eröffnungsbeiträge 10
(Un)sinn von diagnostischen Entscheidungskriterien 12
Demenzielle Erkrankungen 1 14
In Fluss kommen 1 16
Kindersprache – Diagnostik 18
Demenzielle Erkrankungen 2 21
In Fluss kommen 2 24

Freitag
Aussprachestörungen 27
Stimmperspektiven 30
Ist medizinische Versorgung Teamarbeit? 34
Kindersprache – Therapie 35
Lehre zwischen Theorie und Praxis 38
Bunte Blätter 41
EBP und Evaluationsforschung 43

Samstag
Früherkennung und Prognose 45
Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 1 49
Von der Neurolinguistik zur Logopädie 52
Kinder/Lexikon 55
Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 2 58
Aphasie – mehr als Sprache 61

Posterausstellung 65
Referenten / Kontaktadressen 82
Aussteller 84
Kongressankündigung 2010 86

Kongressbüro
Bis 5. Juni 2009
Geschäftsstelle des dbl e.V.,
Augustinusstr. 11a · 50226 Frechen
Tel.: 0 22 34 . 3 79 53-0 · Fax: 0 22 34 . 3 79 53-13
info@dbl-ev.de · www.dbl-Kongress.de

Ab 11. Juni 2009
Congress Centrum Mainz
Rheinstraße 66 · 55116 Mainz
Tel.: 06131.242 19 31, Fax: 06131.2421-100
info@dbl-ev.de · www.dbl-Kongress.de

Impressum
Kongressprogramm: Maria Geißler
Kongress-AG des dbl
Kongressorganisation: Anne Schmitz,
Thomas Brauer,
dbl-Geschäftsstelle
Herstellung: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
Fotos: mainz tourist service e.V.

Willkommen in Mainz

Zum 38. Jahreskongress des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie vom 11. bis 13. Juni 2009 begrüße ich Sie als Schirmherrin sehr herzlich. Ich freue mich, dass der Kongress in Mainz stattfindet, denn hier wurde 1964 nach Berlin die zweite Lehranstalt für Logopädie in Deutschland gegründet. Ziel der Beteiligten war, Menschen, die Störungen der Stimme, der Sprache, des Redeflusses, der Artikulation oder des Schluckens haben, die soziale Integration durch eine logopädische Therapie zu erleichtern. An diesem Ziel hat sich bis heute nichts geändert, aber die therapeutischen Möglichkeiten haben sich verbessert und sind vielfältiger geworden.

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz

Das Thema des Kongresses des dbl ist „Wissen schafft Praxis, Praxis schafft Wissen". Das macht deutlich, wie wichtig die Verzahnung von Theorie und Praxis für die Weiterentwicklung der Logopädie ist. Als Gesundheitsministerin freue ich mich darüber, dass die Zusammenarbeit hier in Mainz auf einem guten Weg ist. Seit 2008 bietet die Katholische Fachhochschule in Kooperation mit der Lehranstalt für Logopädie einen Studiengang plus integrative Ausbildung für die therapeutischen Berufe Physiotherapie und Logopädie an und leistet dadurch einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis im Bereich der Logopädie.

Die Therapie von Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen bei multimorbiden Patientinnen und Patienten wird in Zukunft mehr Raum einnehmen. Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird durch die demographische Entwicklung nach heutigen Schätzungen bis zum Jahr 2030 auf 3,1 Millionen steigen, besonders die Gruppe alter und chronisch-kranker Patientinnen und Patienten. Um diese Aufgabe zu meistern, werden Fort- und Weiterbildungen für Sie, wie für alle Gesundheitsfachberufe, künftig noch wichtiger. Logopädinnen und Logopäden müssen ihre praktischen Berufserfahrungen in die Weiterentwicklung der Erfahrungswissenschaft Logopädie einbringen und forschende Logopädinnen und Logopäden sind gefordert, eine evidenzbasierte Praxis zu ermöglichen, die das Motto „Wissen schafft Praxis, Praxis schafft Wissen" ernst nimmt.

Ich wünsche Ihrer Veranstaltung viel Erfolg und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen bereichernden Austausch und viele Anregungen für ihre Arbeit.

Fortbildungen 2009

		Gebühr	Anmeldung	Punkte
11. Juli **Frechen**	**Starthilfe – Informationen für den problemlosen Berufseinstieg** Matthia Rischke, Sebastian Brenner	dbl-Mitglieder: 50,00 € Nicht-Mitglieder: 100,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-BAK-12	-
21./22. August **Frechen**	**Praxisgründung** Jutta Beyrow	dbl-Mitglieder: 165,00 € Nicht-Mitglieder: 215,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-143	-
05. September **Hamburg**	**„Sprachreich" Basiswissen II (Sprachentwicklung und Sprachförderung bei mehrsprachigen Kindern)** Silke Roddewig	dbl-Mitglieder: 135,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-183	-
12. September **06./07. November** **Berlin**	**Qualitätsmanagement in der logopädischen Praxis** Dr. Christopher Karsten	dbl-Mitglieder: 425,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-156	26
18./19. September **Frechen**	**Früher Spracherwerb** Prof. Dr. Gisela Szagun	dbl-Mitglieder: 175,00 € Nicht-Mitglieder: 225,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-146	14
19. September **Hamburg**	**„Sprachreich" Basiswissen I (Sprachentwicklung und Sprachförderung bei einsprachigen Kindern / Muttersprache Deutsch)** Ilka Mono-Ahrens	dbl-Mitglieder: 135,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-165	-
25./26. September **Frechen**	**Spracherwerb bei Kindern mit Cochlea-Implantat und Implikationen für die Therapie** Prof. Dr. Gisela Szagun	dbl-Mitglieder: 175,00 € Nicht-Mitglieder: 225,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-147	14
25./26. September **Saarbrücken**	**AAP-basierte Stimmtherapie – effizient und effektiv in allen Prozessphasen** Uwe Schürmann	dbl-Mitglieder: 205,00 € Nicht-Mitglieder: 255,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-SL-12	16
26. September **Duisburg**	**6. Landesfortbildungstag 2009 des dbl-Landesverbandes NRW** Thomas Niemann, Elisabeth Müller, Sabine Schreiber, Norbert Niers, Marianne Engelken, Dr. Christina Kauschke, Jeanine Coopmanns	dbl-Mitglieder: 75,00 € dbl-Mitglieder Schüler / Studierende : 55,00 € Nicht-Mitglieder: 150,00€	dbl-Geschäftsstelle FOBI-NW-21	6
26./27. September **Kassel**	**Bilingualismus – logopädische Intervention bei mehrsprachigen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund (Modul 1)** Wiebke Scharff-Rethfeldt	dbl-Mitglieder: 205,00 € Nicht-Mitglieder: 245,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-152	16
02./03. Oktober **Frechen**	**Der funktionale Ansatz in der Stimmtherapie** Katharina Feldmann	dbl-Mitglieder: 185,00 € Nicht-Mitglieder: 225,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-157	16
09./10. Oktober **Bad Hersfeld**	**HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen** Marianne Reddemann-Tschaikner	dbl-Mitglieder: 195,00 € Nicht-Mitglieder: 245,00€	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-163	16
17. Oktober **Heilbronn**	**Jahresfortbildungstag 2009 Landesverband Baden-Württemberg** Ulrike Becker-Redding, Dr. Monika Brunner, Andreas Collings, Thomas Dietz und Susanne Schmidt, Bettina Freerk, Dr. Nina Heinig, Ulrike Horn-Rudolph, Prof. Dr. Burkhard Lippert, Helga Lohmann (ehem. Spital), Monika Misselhorn, Hartmut Zückner	dbl-Mitglieder: 50,00 € dbl-Mitglieder Schüler / Studierende : 35,00 € Nicht-Mitglieder: 100,00€	dbl- Geschäftsstelle FOBI-BW-01	6
06./07. November **Bremen**	**Praxisgründung** Jutta Beyrow	dbl-Mitglieder: 195,00 € Nicht-Mitglieder: 235,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-144	-
06./07. November **Hannover**	**Praxis der Dysphagiediagnostik und -therapie** Holger Grötzbach	dbl-Mitglieder: 215,00 € Nicht-Mitglieder: 255,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-148	16
06./07. November **Mainz**	**Diagnostik und Therapie phonologischer Störungen bei Aphasie** Dr. Sabine Corsten, Markus Mende	dbl-Mitglieder: 185,00 € Nicht-Mitglieder: 225,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-154	13
07./08. November **Kassel**	**Bilingualismus – logopädische Intervention bei mehrsprachigen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund (Modul 2)** Wiebke Scharff-Rethfeldt	dbl-Mitglieder: 205,00 € Nicht-Mitglieder: 245,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-153	16
07. November **Passau**	**„Sprachreich" Basiswissen II (Sprachentwicklung und Sprachförderung bei mehrsprachigen Kindern)** Jutta Bückle	dbl-Mitglieder: 135,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-174	-
13./14. November **Frechen**	**Besprechungen leiten und moderieren** Petra Arnemann	dbl-Mitglieder: 245,00 € Nicht-Mitglieder: 275,00 €	dbl-Geschäftsstelle FOBI-BAK-13	-
13./14. November **Krefeld**	**„Einführung in die Praxis der Stimmtherapie für Erwachsene"** Katharina Feldmann	dbl-Mitglieder: 185,00 € Nicht-Mitglieder: 225,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-158	16
11. November **Hannover**	**„Sprachreich" Basiswissen II (Sprachentwicklung und Sprachförderung bei mehrsprachigen Kindern)** Ute Bertram	dbl-Mitglieder: 135,00 €	dbl- Geschäftsstelle FOBI-GS-176	-

Weitere Informationen: *www.dbl-fortbildungen.de* oder dbl-Geschäftsstelle, Referat Fort- und Weiterbildung, *fobi@dbl-ev.de*, Tel. 0 22 34-3 79 53-29

Einladung zum Diskurs

Grau, teurer Freund, ist alle Theorie – wer kennt ihn nicht, den Merksatz, den Mephistopheles in Goethes Faust einem Schüler mit auf den Weg gibt, der sich in der Welt der Wissenschaft umsehen will. Hat er Recht? Ist die Theorie, ist das Wissen, das in Studierzimmern, in Hochschulen generiert wird, wirklich das Gegenteil von wirklichem Leben?

Wissen schafft Praxis – Praxis schafft Wissen, so lautet das diesjährige Motto des 38. dbl-Kongresses. Es entspringt einer ganz anderen Sicht auf die Theorie. Denn unser Motto betont nicht das Trennende, den Unterschied zwischen Theorie und Praxis, sondern deren Interdependenz.

Theorie und Praxis sind aufeinander angewiesen. Mehr noch: Theoretisches Wissen hat seinen Ausgangspunkt in aller Regel in praktischen Erfahrungen. Denn das wirkliche Leben, die reale Situation der Patienten, ihr Genesungsfortschritt oder auch dessen Ausbleiben werfen Fragen auf. Fragen, die die Praktiker aus ihrer Erfahrung alleine manchmal nicht lösen können. Dann bedarf es einer Erweiterung des Wissens durch Forschung, also durch eine methodische Suche nach neuen Erkenntnissen, die der PraktikerIn helfen, ihre therapeutischen Probleme zu lösen und die Effektivität ihrer Arbeit kontinuierlich zum Nutzen der Patienten zu verbessern. Doch auch der umgekehrte Fall ist nicht selten: dass nämlich in der Praxis Erfahrungen und Beobachtungen gemacht werden und Fragen auftauchen, die die Entwicklung der Wissenschaft ein gutes Stück voranbringen können.
Dies geschieht aber nur, wenn es hierfür „Transmissionsriemen" gibt, die die Informationen, die Erfahrungen und Fragen aus der Praxis in die Welt der Wissenschaft hinübertragen und umgekehrt.

Der jährliche dbl-Kongress hat den Anspruch, ein solcher Transmissionsriemen zu sein. Er bietet Wissenschaftlern verschiedenster Disziplinen und Praktikern unterschiedlicher Berufsgruppen im Bereich der Logopädie Gelegenheit, ihr Wissen und ihre Erfahrungen auszutauschen, miteinander ins Gespräch zu kommen und voneinander zu lernen. Dabei gilt: Es gibt es keine unterschiedlichen Wertigkeiten, kein „Oben" und „Unten", keine „hehre Wissenschaft" oder „profane Praxis", sondern ein gleichberechtigtes Miteinander der verschiedenen Erfahrungs- und Wissenswelten. Frei nach der Erkenntnis von Marie von Ebner-Eschenbach, dass eine echte Partnerschaft nur zwischen Menschen von gleichem Wert bestehen kann.

So freue ich mich auf interessante Begegnungen, neue Informationen aus Theorie und Praxis und spannende Diskussionen, die das fachliche Know-how der Kongressteilnehmer ebenso voranbringen wie die Logopädie insgesamt.

Herzlich willkommen in Mainz!

Dr. Monika Rausch
Präsidentin des dbl

Donnerstag, 11. Juni 2009			
	Kongress-Saal	Gutenberg-Saal 1	Gutenberg-Saal 2
	Eröffnung Vorsitz: Maria Geißler		
9.00	Dr. Monika Rausch (Präsidentin) **Begrüßung**		
9.15	Prof. Dr. Annelie Keil **Die Sprache des Lebens – vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biografie**		
9.45	Dr. Luise Springer **Normal oder pathologisch? – Selbst- und Fremdzuschreibung in der Sprachpathologie**		
10.15	Diskussion		
10.30	Pause		
	(Un)Sinn von diagnostischen Entscheidungskriterien Vorsitz: Linda Lücke	**Demenzielle Erkrankungen 1** Vorsitz: Thomas Brauer	**In Fluss kommen 1** Vorsitz: Hartmut Zückner
10.45	Delia Möller **Frühintervention: Differentialdiagnostische Kriterien für die richtige Therapieentscheidung**	Prof. Dr. Johannes Pantel **Neurobiologische Grundlagen demenzieller Erkrankungen**	Anke Alpermann et al. **Wie verändert sich die Sprechflüssigkeit nach einer Stottertherapie? – Eine Beurteilung anhand der Zeit-Intervall-Methode**
11.15	Prof. Annette Fox-Boyer, Susanne Vogt **Überprüfen des phonologischen Arbeitsgedächtnisses unter besonderer Berücksichtigung des Mottier-Tests**	Dr. Armin Scheurich **Neuropsychologische Diagnostik bei demenziellen Erkrankungen**	Veronika Gutmann et al. **Kindliche Stottertherapie und Bilingualität: Transfer von Sprechflüssigkeit auf die nichttherapierte Sprache**
11.45	Diskussion	Diskussion	Diskussion
12.00	Mittagspause		
	Kindersprache – Diagnostik Vorsitz: Denise Gajda	**Demenzielle Erkrankungen 2** Vorsitz: Elisabeth Meffert	**In Fluss kommen 2** Vorsitz: Maria Geißler
13.30	Maike Gumpert, Susanne Vogt **Vogels auf alle Baum: Reflexion der Untersuchung zur Pluralbildung**	Prof. Dr. Adrian Danek et al. **Primär progrediente Aphasien: Neurologische Grundlagen von Sprachstörungen bei Neurodegeneration**	Martina Bröckel **Fließende Übergänge – Das Zusammenspiel von Wissen und Erfahrung in stottertherapeutischen Entscheidungsprozessen**
14.00	Sandra Neumann **„LKGSF komplex": Sprachtherapeutisches Diagnostik- und Dokumentationsinventar für Menschen mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung**	Katharina Dressel et al. **Benenntherapie bei primär progressiver Aphasie**	Sylvia Rainel-Straka, Ingrid Wolf **Welchen Stellenwert haben Gedanken und Gefühle in der Desensibilisierungsphase?**
14.30	Prof. Anja Blechschmidt **Fragebogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation (FBA)**	Dr. Julia Haberstroh et al. **Kommunikations-TAnDem: Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken**	Hartmut Zückner **Selbstwert von stotternden Jugendlichen – Einflüsse auf Therapie und Sprechverhalten**
15.00	Diskussion	Diskussion	Diskussion
15.15	Pause		
15.30	▶ **dbl-Forschungspreis** Gutenberg-Saal 1		
16.30	Pause		
17.00-20.00	**dbl-Gremiensitzungen** (nur für Mitglieder mit Mitgliedsausweis)		
	▶ **Freiberufler** Kongress-Saal		
	▶ **Angestellte** Gutenberg-Saal 1		
	▶ **Lehrende** Dijon-Saal		
	▶ **Studierende** Gutenberg-Saal 2		

Programmänderungen vorbehalten.

Freitag, 12. Juni 2009

	Kongress-Saal	Gutenberg-Saal 1	Gutenberg-Saal 2
	Aussprachestörungen Vorsitz: Denise Gajda	**Stimmperspektiven** Vorsitz: Vera Wanetschka	**Ist medizinische Versorgung Teamarbeit?** Vorsitz: Cornelia Deckenbach
8.30	Dr. Marina Ruß **Der Einsatz Bildlicher Lautdarstellungen in der logopädischen Therapie**	Uwe Schürmann **Sprechtexte in Diagnostik und Therapie**	Dr. Monika Rausch **Wer entscheidet? Kooperation und Verantwortung aus logopädischer Sicht**
9.00	Carla Bauchmüller, Franka Schubert **Therapeutische Hausaufgaben in der Muttersprache Türkisch in Kombination mit deutschsprachiger Artikulationstherapie**	Rainer Stückle **Ergebnisse akustischer Satzanalysen bei Stimmstörungen**	Vertreter der Bundesärztekammer **Delegation kommt, Alleinverantwortung bleibt – die Position der Ärzteschaft in der Debatte um die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen**
9.30	Kerstin Schauß-Golecki et al. **Untersuchung zur Effektivität der psycholinguistischen Intervention bei kindlichen Aussprachestörungen – eine Einzelfallstudie**	Gabriele Münch **Die manuelle Stimmtherapie: Eine Therapie, die berührt**	Prof. Dr. Bernhard Borgetto **Kooperation und Verantwortung – zukünftige Aufgaben und Rollen für die Gesundheitsfachberufe**
10.00	Diskussion	Diskussion	Diskussion
10.15	Pause		
	Kindersprache – Therapie Vorsitz: Claudia Pahn	**Lehre zwischen Theorie und Praxis** Vorsitz: Katrin von Basum	**Ist medizinische Versorgung Teamarbeit?** Vorsitz: Cornelia Deckenbach
10.30	Dr. Julia Siegmüller et al. **Wirksamkeitsvergleiche von Inputspezifizierungen bei Kindern mit allgemeinen Entwicklungsstörungen und Kindern mit umschriebenem Late-Talker-Profil – Neues aus dem LST-LTS-Projekt**	Prof. Dr. Ulla Beushausen **Evidenz-basierte Praxis in der Lehre**	Podiumsdiskussion mit Vertretern der Politik und den Referenten **Ist medizinische Versorgung Teamarbeit?** ***fällt leider aus***
11.00	Michelle Klingner, Katrin Lena Keller **Transfer in die Spontansprache bei Kindern mit einer phonetischen Aussprachestörung: Kindergartenkinder und Grundschüler im Vergleich**	Claudia Bremer **E-Learning- und Blended-Learning-Szenarien: Einführung zu Formen, Mehrwerten, Chancen und Risiken**	
11.30	Dr. Thomas Günther **Aufmerksamkeitsstörungen in der Logopädie: Implikationen für die Diagnostik und Behandlung von Kindern**	Maria Geißler **Logopädie 2.0 – Möglichkeiten und Grenzen von E-Learning in der Aus- und Weiterbildung in der Logopädie**	
12.00	Diskussion	Diskussion	Diskussion
12.15	Pause		
13.00 -13.45	**Posterbegehung** Moderation: Bianka Schramm und Katrin von Basum		
		Bunte Blätter Vorsitz: Elisabeth Meffert	**EBP und Evaluationsforschung** Vorsitz: Silke Winkler
14.00		Dr. Sabine Corsten et al. **Theoriegeleitete Therapie der Sprechapraxie – Ein materialbasierter Ansatz**	Ulrike Witte **Systematische Implementierung evidenzbasierter Therapie**
14.30		Irene Ablinger et al. **Blickbewegungsmessungen bei der Diagnose von Dyslexie**	Bettina Dölle, Prof. Dr. Alfons Welling **Die Therapie in der Gruppe als Herausforderung für die Entwicklung der Sprachkompetenz von stotternden Kindern – Stottertherapie und qualitative Evaluationsforschung**
15.00		Diskussion	Diskussion
15.15	Pause		

15.30 -19.30 ▶ **Mitgliederversammlung** Kongress-Saal
Moderation: Amina Johannsen, nur für Mitglieder mit Mitgliedsausweis

20.00 ▶ dbl-Party an Bord der „MS Wappen von Köln"
Das Schiff legt pünktlich direkt an der Rheingoldhalle ab!

Programmänderungen vorbehalten.

Samstag, 13. Juni 2009			
	Kongress-Saal	Gutenberg-Saal 1	Gutenberg-Saal 2
	Früherkennung und Prognose Vorsitz: Dietlinde Schrey-Dern	**Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 1** Vorsitz: Martina Bröckel	**Von der Neurolinguistik zur Logopädie** Vorsitz: Katrin von Basum
8.30	Delia Möller et al. **Früherkennung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen: Welchen Nutzen hat ein Sprachscreening?**		
9.00	Sigrun Lang et al. **Vorsprachliche Entwicklung bei früh cochlea-implantierten Kindern – Möglichkeiten der direkten Untersuchung**	Dr. Kathrin Schulz **Ist Logopädie eine Praxis?**	Prof. Dr. Tanja Grewe **Wieso, weshalb, warum – und wo? Neurolinguistik im Kontext der Logopädie**
9.30	Andrea Dohmen et al. **Soziokognitive Fähigkeiten bei 2- und 3-jährigen sprachunauffälligen und sprachauffälligen Kindern – eine Querschnittsstudie**	Dr. Andrea Dehn-Hindenberg **Kommunikation im logopädischen Behandlungsprozess – Analyse und Gestaltungsvorschläge für die Interaktion mit Patienten**	Dorothee Kümmerer et al. **Mechanismen der Spracherholung nach Schlaganfall – Eine longitudinale Bildgebungsstudie**
10.00	Dr. Petra Korntheuer, Carola Schnitzler **Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Sprachfertigkeiten im Kindergartenalter und dem Schriftspracherwerb in der Grundschule**	Vera Wanetschka **Keine Psychotherapie, keine Pädagogik und was dann – was verstehen wir unter therapeutischer Identität in der Logopädie und ist sie vermittelbar?**	Niklas Alka et al. **Aktivierung des Spiegelneuronsystems in der Therapie von Aphasie – eine Benennstudie**
10.30	Diskussion	Diskussion	Diskussion
10.45	Pause		
	Kinder/Lexikon Vorsitz: Dr. Monika Rausch	**Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 2** Vorsitz: Martina Bröckel	**Aphasie – mehr als Sprache** Vorsitz: Maria Geißler
11.00	Kathrin Rieker, Paul Andres **Junge Kinder und Unterstützte Kommunikation: Modelling von Kernwortschatz in Anlehnung an die normale Sprachentwicklung**	Andrea Commer **Motivierende Gesprächsführung – Gelungene Kommunikation als Grundlage für Therapiemotivation**	Holger Grötzbach **Aphasietherapie: Wie weit reicht der Auftrag?**
11.30	Dr. Reinhild Glanemann et al. **Computerbasiertes Verblernen bei Kindern mit Cochlea Implantat (Pilotstudie)**	Hilke Hansen **Arbeitstypen der Therapiearbeit – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung der Arbeit von PatientInnen, LogopädInnen und Angehörigen in logopädischen Therapieprozessen**	Lena Spitzer **Von der Therapie in den Alltag: Exekutivfunktionen als ein wichtiger Baustein in der Aphasiebehandlung**
12.00	Naomi Katharina Zens, Gail Gillon **Therapiestudie zur Förderung des Worterwerbs bei Kindern mit Spezifischer Sprachentwicklungsstörung (SSES)**	Prof. Dr. Susanne Schewior-Popp **Vom Wissen zum Handeln – Merkmale und Bedingungen der Entwicklung beruflicher Handlungsexpertise**	Dr. Martina Hielscher-Fastabend, Dr. Petra Jaecks **Kommunikation von Emotionen bei Patienten mit Aphasie**
12.30	Diskussion	Diskussion	Diskussion
13.00	**Verlosung Stempel-Rallye-Gewinnspiel**		

Gewinnen Sie bei der Stempel-Rallye

Das beliebte Stempel-Rallye-Gewinnspiel durch die Ausstellung mit über 70 Ständen lohnt sich mehr denn je. Auf die Gewinner warten wieder attraktive Preise.

Programmänderungen vorbehalten.

Dr. Eleftheria Avramidou
Kombinierte Sprach-Psycho-Therapie
I. Notara 18, 54636 Thessaloniki, Griechenland

Anke Blech, Diplom-Logopädin
Untersuchung zur Kernsymptomatik bei Kindern mit Verdacht auf eine kindliche Sprechapraxie im Alter von 4-7 Jahren
Hutweide 17, 91054 Erlangen-Buckenhof

Carmen Herzog-Meinecke
Inputspezifizierung bei sprachlich unauffälligen Kindern vor dem Wortschatzspurt
EWS Rostock, Werftstr. 5, 18057 Rostock

Nari Huwe M.A.
Eine psycholinguistische Analyse der Sprachproduktion bei Schizophrenie
Barer Str. 65, 80799 München

Claudia Jenny
Sprachauffälligkeiten bei Zweisprachigkeit: Neue Ursachen – Neue Behandlungsmethoden
Logopädische Praxis, Bernhard-Müller-Str. 11, 88239 Wangen

Prof. Dr. Meja Kölliker Funk
Änderungen der Bildungslandschaft in der Schweiz – Auswirkungen auf die Logopädie
Pädagogische Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut spezielle Pädagogik und Psychologie, Elisabethenstrasse 53, 4002 Basel, Schweiz

Stefan Krüger MSc, Logopäde
Wie wirksam ist die „CIAT" im klinischen Alltag? Eine vergleichende Therapiestudie
Logopädisches und Interdisziplinäres Rehabilitationszentrum für Intensivtherapie, Lindlar, Kamper Str. 17-19, 51789 Lindlar

Andrea Meyer BSc, Logopädin
Qualität der Silbensegmentierung schriftsprachunkundiger, deutschsprachiger Vorschulkinder
Sprachraum, Praxis für Logopädie, Vor der Grube 2, 64331 Weiterstadt

Ines Ponten, Diplom-Logopädin
Erweiterung des Sichtwortschatzes bei Entwicklungsdyslexie
Lehr- und Forschungsgebiet Neurolinguistik an der Neurologischen Klinik, RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52057 Aachen

Tina Schlett bc., Logopädin
Vergleich von vier Diagnostikvarianten bei kindlichen Aussprachestörungen
Rüdigerstr. 41, 10365 Berlin

Thomas Schöbinger M.A.
Eine Alltagspraktische Therapieform (APT) zur Integration: Eine ganzheitliche Projektmethode mittels individueller Zielvereinbarungen
Praxis für Sprachtherapie, Ludwig-Ganghofer-Str. 20 1/3, 83471 Berchtesgaden

Tonia Seglias, Diplom-Logopädin
ZISD – Züricher Interventionsstudie bei Dyslexie
Fachstelle Logopädische Therapie
Rämistrasse 39, 8000 Zürich, Schweiz

Dr. Julia Siegmüller
Variationen der Inputstärke zur Optimierung des Wortelements über den Therapieverlauf von 20 Sitzungen
EWS Rostock, Werftstr. 5, 18057 Rostock

Dr. Jacqueline Stark
Zur vielfältigen Rolle des Zeichnens in der Sprachtherapie
Österreichische Akademie der Wissenschaft, Kommission für Linguistik und Kommunikationsforschung, Kegelgasse 27/3, 1030 Wien, Österreich

Maike Stauch, Diplom-Logopädin
Sprachförderung bei türkisch-deutschsprachigen Kindern – eine Untersuchung zum Einfluss der Behandlungsfrequenz
Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Lehr- und Forschungsgebiet Neurolinguistik, Pauwelsstr. 130, 52057 Aachen

Barbara Stumper, Diplom-Psychologin, Logopädin
FRAKIS-K (Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung-Kurzversion) – Entwicklung, empirische Überprüfung und psychometrische Eigenschaften
Max Planck Institut für Evolutionäre Anthropologie, Abteilung für Vergleichende und Entwicklungspsychologie, Deutscher Platz 6, 04103 Leipzig

Elisabeth Zell MSc (GB), Logopädin
Einstellungen von Lehrern und Lehramts-Studenten im Hinblick auf Stottern und stotternde Schüler – eine Umfrage in Großbritannien
Eppendorfer Landstraße 82, 20249 Hamburg

Fördern Sie Sprache Schritt für Schritt

Sprachentwicklung und Sprachförderung, Nr. 113 01

Sprechen und Handeln, Nr. 100 05

Sprachförderung mit Bildergeschichten, Nr. 120 98

Mit Praxisbüchern von SCHUBI zum Therapieerfolg:
- kurzer Theorieteil
- gezielte Spiele und Übungen, einfach umsetzbar
- umfangreiches Praxismaterial

Besuchen Sie uns an unserem Stand Nr. 17

SCHUBI Lernmedien GmbH
Postfach 3320 · 38023 Braunschweig
Tel. 0531 708 85 71
Fax zum Nulltarif 0800 7731 7731
service@schubi.de · www.schubi.de

SCHUBI®

Eröffnungsbeitrag

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
9.15 - 9.45 Uhr

Annelie Keil

Die Sprache des Lebens – vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biografie

Einführung

Leben ist nur eine Idee. Zwischen Zeugung, Geburt und Tod muss es täglich erfunden werden, damit es in die Sprache kommt und spruchreif wird. Wir bekommen Leben nur als eine Möglichkeit, leben müssen wir es selbst. Vom Augenblick der Zeugung an und weiter vom ersten bis zum letzten Atemzug entwickelt Leben seine differenzierte Sprache, indem es uns mit Körper, Geist und Seele herausfordert, sich mitteilt, auf Auseinandersetzung pocht. Schreiend, nackt, zart und zahnlos kommt es daher, will in den Dialog kommen, ist nicht mehr und nicht weniger als das Geschenk der nackten Geburt und niemand weiß, was aus diesem Geschenk wird. Um aus der Möglichkeit zu leben, das eigene Leben zu machen, muss es mit jedem Atemzug, jedem Herzschlag, mit Gedanken, Gefühlen und Handlungen erfunden und gestaltet werden. Als Original in eine Familie hineingeboren müssen wir erst die werden, die wir heute sind und begreifen lernen, dass es im Lebendigen keine Kopie gibt- so sehr wir uns das als Lebenserleichterung vorstellen könnten. Jeder Mensch trägt um den Hals ein Buch, sagt eine afrikanische Weisheit, in dem das Leben sich eingeschrieben hat. Das Ergebnis ist eine einzigartige Biografie, die mehr ist als die in Daten gefasste Lebensgeschichte, sondern sich als eine Art Erfindung, als Werkstück darstellt, das auf dem „Material" beruht, das uns Zeitgeschichte, Gesellschaft und Kultur, die Gene und die Eltern zur kreativen Weiterarbeit vor die Füße gelegt haben. In diesem Sinne ist Leben ein unvollendeter Roman, eine unendliche Improvisation, eine Art Waisenkind, das jeden Tag adoptiert werden muss und immer wieder darauf wartet, dass wir Lebenskraft investieren, unsere eigene Sprache finden, dass wir weiterlernen wie alt wir auch sein mögen, dass wir Krisen ebenso akzeptieren lernen wie wir uns über das zufällige Glück freuen, das wir haben. Wir sind lebendige, keine logischen Beispiel des Lebens, heißt es bei Viktor von Weizsäcker.

Platz für Ihre Notizen:

Eröffnungsbeitrag

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
9.45 - 10.15 Uhr

Luise Springer

Normal oder pathologisch? – Selbst- und Fremdzuschreibung in der Sprachpathologie

Einführung

Die kurativen Disziplinen wie Medizin, Sprachtherapie und Psychotherapie sollen Funktionsbeeinträchtigung von Menschen identifizieren und „Normalität" durch verbesserte Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen. Dies entspricht der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die ein bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit und Krankheit zugrunde legt. Die Dichotomie von Krankheit als Ausnahme, als Variante des Normalen, als bloße quantitative Abweichung – und von Krankheit als qualitativ different vom Gesunden prägt die Diskussionen sowohl innerhalb der Fachdisziplinen aber auch unter den Betroffenen (Selbsthilfebewegungen). Diskursanalytisch betrachtet entsprechen diese medizinischen Konzepte den Begriffsparadigmata des Protonormalismus und flexiblen Normalismus, wie sie Jürgen Link im Geiste von Foucault geprägt hat. Im einen Fall wird Normalität durch eine fixe Grenzmarkierung in Opposition zum Pathologischen bestimmt, im anderen wird Normalisierung graduell, statistisch über sogenannte flexibel-dynamische Strategien hergestellt.

Nicht nur die psycho- und sprachtherapeutischen Richtungen, auch die Betroffenen selbst setzen sich für die eine Normalisierung, d.h. für Entstigmatisierung und Gleichstellung mit körperlich Kranken ein. So fordern Stotternde oder psychisch Kranke, dass die Öffentlichkeit darüber aufgeklärt werden solle, dass ihre Leiden „echte körperliche" Krankheiten seien. Aphasiker, die durch ein Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall sprachgestört sind, betonen, dass sie ganz „normal" seien, mit Ausnahme der Sprachprobleme. Weil Selbsthilfegruppen darauf angewiesen sind, Aufmerksamkeit zu gewinnen und zu binden, um Stereotype über sich zurechtzurücken, setzen sie auf die produktiven Aspekte von Ausnahmen/Pathologien in den Massenmedien: „Auch Bruce Willis stottert".

Einerseits besteht bei den Betroffenen der Wunsch nach Normalisierung, andererseits finden sich Tendenzen zur Selbstorganisation von sog. „Nicht-Normalen" in sozialen Netzen, in denen die Ausnahmen standardisiert und das Normale exkludiert wird.

Der Vortrag soll an Video- und Tonbeispielen aufzeigen, welche medialen Formate und diskursiven Praktiken – vom Chatroom bis zur Homepage für spezifische Betroffene – in der Sprachpathologie/Logopädie produktiv sind, um Ausnahmen zu standardisieren und Normalisierung herzustellen.

Von der kritischen Reflexion des Diskurses zum Normalismus sollen Berufsgruppen, die mit Sprech-, Sprach- und Stimmgestörten arbeiten, insbesondere für ihre Beratungstätigkeit profitieren.

Literatur

Benecken, J. (1996). Wenn die Grazie misslingt. Stottern und Stotternde im Spiegel der Medien. Köln: Demosthenes Verlag.

Goffman, E. (1967). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Link, J. (2006). Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Springer, L. (2003). Normale Kranke – Symptomzuschreibung und Selbstadjustierung in der Sprachpathologie. In: Bartz, C. & Krause, M. (Hrsg.), Spektakel der Normalisierung. München: Wilhelm Fink, S. 283-303.

Platz für Ihre Notizen:

(Un)sinn von diagnostischen Entscheidungskriterien

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
10.45 - 11.15 Uhr

Delia Möller

Frühintervention: Differenzialdiagnostische Kriterien für die richtige Therapieentscheidung

Einführung

Die Gruppe der sprachentwicklungsverzögerten Kinder unter 3 Jahren steht derzeit im Fokus sprachtherapeutischer Interessen. In der Logopädie und Sprachheilpädagogik existieren bereits verschiedene Ansätze für die frühe Intervention bei Sprach- und Kommunikationsstörungen. Bis evidenzbasierte Ergebnisse zur differenziellen Wirkung vorliegen, muss theoriegeleitet anhand diagnostischer Kriterien sprachtherapeutisches Handeln begründet werden.

Methode

Im Rahmen eines Projekts zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen wurden Kinder mit einem auffälligen Screeningergebnis nachuntersucht. Für die sehr heterogene Gruppe der sprachentwicklungsverzögerten Kinder vor dem 3. Geburtstag wird anhand diagnostischer Kriterien ein Klassifikationsmodell vorgestellt und daraus verschiedene Indikationen für die Wahl der Interventionsform abgeleitet.

Ergebnisse

Obwohl die Risikodiagnose einer Sprachentwicklungsverzögerung bei Kindern vor dem 3. Geburtstag mit einer diagnostischen Unschärfe verbunden ist, lassen sich differenzielle Therapieentscheidungen auf der Grundlage von Differenzialdiagnostik und individuellen Faktoren treffen.

Literatur

Möller, D.; Spreen-Rauscher, M. (2009). Frühe Sprachintervention mit Eltern: Schritte in den Dialog. Reihe Forum Logopädie. Hrsg.: L. Springer, D. Schrey-Dern. Stuttgart: Thieme.

Platz für Ihre Notizen:

(Un)sinn von diagnostischen Entscheidungskriterien

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
11.15 - 11.45 Uhr

Annette Fox-Boyer, Susanne Vogt

Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses unter besonderer Berücksichtigung des Mottier-Tests

Einleitung
Der 1951 entwickelte Mottier-Test ist ein Bestandteil des Zürcher Lesetests (Linder & Grissemann, 2000) und gilt noch heute als nützliches ökonomisches Instrument zur Untersuchung der phonologischen Verarbeitung (Risse & Kiese-Himmel, 2008) und wird häufig in der logopädischen Praxis angewendet. Im Laufe der Zeit haben sich jedoch Untersuchungsmodus sowie Normwerte verschoben (Seibert et al., 2001). Zur Reliabilität und Validität liegen bisher nur wenige Untersuchungen vor und es stellt sich die Frage, ob das Instrument heute noch als Mittel der Wahl zur Untersuchung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses eingesetzt werden sollte.

Zielsetzung
Darstellung des Mottier-Tests und seiner Einsetzbarkeit, aus Sicht der aktuellen Forschung und aus der Sicht von Therapeuten. Vergleich des Mottier-Tests mit aktuellen Verfahren zur Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses.

Methode
Mit Hilfe eines Fragebogens wurde bei Logopäden erhoben, in welcher Form und bei welchen Störungsbildern diese den Mottier-Test einsetzen und was diese darüber denken, wann und wie der Mottier-Test eingesetzt werden sollte.

Ergebnisse
Ergebnisse der Studie zur Anwendung des Mottier-Tests in der logopädischen Praxis zeigen, dass der Mottier-Test eher unsystematisch, oft inadäquat (nicht zum Störungsbild oder zum Alter der Patienten passend) eingesetzt wird.

Diskussion
Der Vortrag wird zur Diskussion stellen, in wie weit die Anwendung des Mottier-Tests im Rahmen der logopädisch/sprachtherapeutischen Diagnostik sinnvoll sein kann und welche Aussagekraft durch ihn erwartbar ist. Er wird als Test in den Kontext der aktuellen Forschung und weiterer aktueller Testverfahren zur Überprüfung des phonologischen Arbeitsgedächtnisses gesetzt.

Literatur
Linder, M. & Grissemann, H. (2000). Zürcher Lesetest, 6. Auflage. Bern: Huber.

Risse, T. & Kiese-Himmel, C. (2008). Der Mottier-Test. HNO, DOI 10.1007/s00106-008-1708-z. 1-6.

Seibert, A.; Dierks, A.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Parzer, P.; Resch, F. (2001). Der Mottier-Test als computergestütztes Screeningverfahren bei der Legastheniediagnostik. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Vol. 22, No. 2.118-126.

Platz für Ihre Notizen:

Demenzielle Erkrankungen 1

Gutenberg-Saal 1
Donnerstag, 11. Juni
10.45 - 11.15 Uhr

Johannes Pantel

Neurobiologische Grundlagen demenzieller Erkrankungen

In Deutschland leiden zur Zeit mindestens eine Millionen Menschen an einer Demenz. Dabei ist die Demenz im Wesentlichen eine Erkrankung des höheren Lebensalters: Während lediglich 2-3% der 70- bis 75-Jährigen von diesem Leiden betroffen sind, steigt die Häufigkeit der Erkrankung mit zunehmenden Alter nahezu exponentiell. Bei den über 90-Jährigen sind schließlich mehr als ein Drittel erkrankt. Dementsprechend stellt die Demenz heute eine der größten medizinischen, aber auch gesellschaftlichen Herausforderungen dar. Demenzen haben keine einheitliche Ursache, sondern können durch eine Vielzahl das Gehirn unmittelbar bzw. mittelbar betreffende Krankheitsprozesse verursacht werden. Nach pathoanatomischen Studien sind etwa zwei Drittel der Demenzen auf die Alzheimer-Demenz (AD) zu beziehen. Jeweils etwa 15% entfallen auf vaskuläre Demenzen bzw. Mischformen, bei denen sowohl AD- als auch VD-typische Veränderungen nachgewiesen werden. Allerdings ist die nosologische Stellung dieser Mischformen – eigenständige Entität oder zufällige Koinzidenz zweier für sich genommen selbst häufiger Erkrankungen – noch weitgehend ungeklärt. Weitere wichtige Demenzformen sind die frontotemporalen Degenerationen bzw. Demenzen bei Parkinsonsyndrom oder mit Lewy-Körperchen. Demnach können Demenzen primär durch neurodegenerative Prozesse entstehen, oder aber erst sekundär als Folge anderer, das Gehirn mittelbar betreffender Erkrankungen. Während die AD als typisch primär degenerative Demenz gilt, sind die VD als Beispiele sogenannter sekundärer Demenzformen zu nennen. In dem Vortrag werden die neurobiologischen Grundlagen der häufigsten Demenzformen vorgestellt und erläutert wie die entstehenden Hirnveränderungen auf kognitive und andere neuropsychologische Störungen der Erkrankung zu beziehen sind.

Platz für Ihre Notizen:

Demenzielle Erkrankungen 1

Gutenberg-Saal 1
Donnerstag, 11. Juni
11.15 - 11.45 Uhr

Armin Scheurich

Neuropsychologische Diagnostik bei dementiellen Erkrankungen

Zweck/Ziele

In der Diagnostik dementieller Syndrome wurden große Fortschritte erzielt. Es ist heute bereits möglich, die Diagnose der Alzheimer-Erkrankung zu stellen, bevor das dementielle Syndrom klinisch manifest ist. Die neuropsychologische Untersuchung stellt einen wichtigen Baustein in der Diagnostik dementieller Erkrankungen dar. In dem Vortrag werden die Ergebnisse zur Sensitivität, Spezifität und Validität der neuropsychologischen Untersuchung im Verhältnis zu den entsprechenden Charakteristika der bildgebenden Verfahren (Magnetresonanz-Tomographie und Positronen-Emissions-Tomographie) sowie der biochemischen Liquoruntersuchung (Tau-Protein, phospho-Tau und Beta-Amyloid) berichtet.

Methoden

Neben eigenen Ergebnissen wird eine Übersicht über die Studienergebnisse aus medizinischen und psychologischen Datenbanken gegeben.

Ergebnisse

Die neuropsychologische Untersuchung weist eine hohe Sensitivität und gute Spezifität für verschiedene dementielle Erkrankungen auf. Die PET-Bildgebung und Liquoruntersuchung erreichen ebenfalls gute diagnostische Kennwerte mit etwas besseren Werten hinsichtlich der Spezifität. Die Differentialdiagnostik insbesondere bei fronto-temporalen dementiellen Syndromen stellt an die neuropsychologische Untersuchung höhere Ansprüche.

Schlussfolgerungen

Die Diagnostik dementieller Erkrankungen hat durch das Zusammenwirken von Neuropsychologie, Bildgebung und Liquoruntersuchung hohe diagnostische Standards erreicht. Die Ergebnisse neuropsychologischer Untersuchungen werden aufgrund der hohen Sensitivität für dementiellen Abbau in die diagnostische Entscheidung einbezogen. Überdies bietet die exakte Beschreibung der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Gehirnfunktionen wie Denkvermögen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen wichtige Informationen für die Differentialdiagnostik dementieller Erkrankungen.

Platz für Ihre Notizen:

In Fluss kommen 1

Gutenberg-Saal 2
Donnerstag, 11. Juni
10.45 - 11.15 Uhr

Anke Alpermann, Ulrich Natke, Walter Huber

Wie verändert sich die Sprechflüssigkeit nach einer Stottertherapie? – Eine Beurteilung anhand der Zeit-Intervall-Methode

Einführung

Ein wesentliches Ziel von Stottertherapien liegt in der Erhöhung der Sprechflüssigkeit durch die Anwendung von Sprechtechniken. In der Therapie stotternder Erwachsener werden zwei Hauptrichtungen unterschieden: bei der Fluency Shaping Therapie wird über die Veränderung der gesamten Sprechweise ein stotterfreies Sprechen angestrebt; das Ziel der Stuttering Modification Therapie ist ein weniger angestrengtes, flüssigeres Stottern durch die Bearbeitung einzelner Symptome. Ein Vergleich der Therapieeffekte beider Ansätze auf die Sprechflüssigkeit ist bislang kaum möglich, da die erlernten Sprechtechniken in der Beurteilung unberücksichtigt bleiben.

Ein Messinstrument, das einen derartigen Vergleich ermöglicht, stellt die Zeit-Intervall-Methode dar, die von Cordes, Ingham, Frank & Ingham (1992) erstmals vorgestellt wurde. Die Grundannahme bei diesem Messinstrument besteht darin, dass Unflüssigkeiten nicht immer spezifisch einem Wort oder einer Silbe zuzuordnen sind, aber in jedem Fall innerhalb eines Zeitintervalls auftreten. Folglich wird eine Sprechprobe in Intervalle einer einheitlichen Dauer (z.B. 4 Sekunden) unterteilt und bei einer randomisierten Darbietung der Intervalle jeweils entschieden, ob in einem Intervall gestottert wurde (mindestens 1 Stottersymptom auftrat) oder ob innerhalb dieses Intervalls flüssig gesprochen wurde. In einer Reihe von Studien konnten Ingham und seine Kollegen die Zuverlässigkeit dieses Messinstruments nachweisen (u.a. Cordes & Ingham, 1996).

Eine Beurteilung, ob in einer Therapie erlernte Sprechtechniken die Sprechflüssigkeit zusätzlich erhöhen, erlaubt die modifizierte Form von Natke (2005a). In einer vom Autor entwickelten Software-Version der Zeit-Intervall-Methode (Natke, 2005b) besteht neben den Urteilen „flüssig“ und „gestottert“ zusätzlich die Möglichkeit, den Einsatz einer Sprechtechnik („Stottern bearbeitet“) zu werten.

In diesem Vortrag werden Daten zur Sprechflüssigkeit von 45 stotternden Erwachsenen im Verlauf eines Jahres dargestellt. 15 der Probanden nahmen in diesem Zeitraum an einer Stottermodifikationstherapie teil, 15 weitere Probanden besuchten eine Fluency Shaping Therapie, während die 15 restlichen Probanden im gleichen Zeitraum keine Therapie in Anspruch nahmen.

Von jedem Probanden liegen 10-minütige Spontansprachaufnahmen vor, die jeweils vor der Therapie, nach der Therapie und nach 1 Jahr telefonisch erhoben wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe der Software-Version der modifizierten Zeit-Intervall-Methode. Anhand der Ergebnisse wird der Wert der modifizierten Zeit-Intervall-Methode diskutiert und die Eignung für weitere Therapieeffektstudien kritisch beleuchtet. Des Weiteren erlauben die vorliegenden Daten eine Diskussion darüber, ob und inwieweit Sprechtechniken tatsächlich dauerhaft und im Alltag eingesetzt werden (Natke, Alpermann, Kuckenberg & Zückner, in Vorbereitung)

Literatur

Cordes, A.K.; Ingham, R.J.; Frank, P. & Ingham, J.C. (1992). Time-Interval Analysis of Interjudge and Intrajudge Agreement for Stutterin Event Judgments. Journal of Speech and Hearing Research, 35, 483-494.

Cordes, A.K. & Ingham, R.J. (1996).Time-Interval Measurement of Stuttering: Establishing and Modifying Judgment Accuracy. Journal of Speech and Hearing Research, 39, 298-310.

Natke, U. (2005a). Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Natke, U. (2005b). Software zur Zeitintervall-Messung von Stottern. Neuss: Natke.

Natke, U.; Alpermann, A.; Kuckenberg, S. & Zückner, H. (eingereicht). Langzeiteffekte der Intensiv Modifikation Stottern (IMS). Sprache Stimme Gehör.

Platz für Ihre Notizen:

In Fluss kommen 1

Gutenberg-Saal 2
Donnerstag, 11. Juni
11.15 - 11.45 Uhr

Veronika Gutmann, Rosalee C. Shenker, Christina Lattermann

Kindliche Stottertherapie und Bilingualität: Transfer von Sprechflüssigkeit auf die nichttherapierte Sprache

Einführung

Die vorliegende Studie, die im Rahmen eines Diplomprojektes an der RWTH Aachen entstand, befasst sich mit einer konkreten Fragestellung der logopädischen Praxis: Müssen stotternde, bilinguale Kinder in beiden Sprachen therapiert werden? Gibt es einen Transfer der Sprechflüssigkeit auf die nichttherapierte Sprache? Diese Fragestellung soll anhand einer Einzelfallstudie von vier Probanden untersucht werden.
Allgemein hin ist bekannt, dass nur wenige Interventionsmaßnahmen zu Stottern evaluiert sind, dies trifft in besonderem Maße auch auf den bilingualen Aspekt zu [1,2]. Bei einem Großteil der Studien bleibt das genaue bilinguale Profil der Probanden sowie das Setting der Therapie hinsichtlich der vorliegenden Sprachen unbekannt, eine Generalisierung der Ergebnisse für die therapeutische Praxis ist daher kaum möglich.

Anliegen

Das Anliegen dieser Studie ist, das sprachliche Setting und die Ergebnisse einer Stottertherapie von vier bilingualen Kindern darzustellen, die mit dem Lidcombe-Programm (LP) behandelt wurden. Gleichzeitig evaluiert die Studie den Transfer der Sprechflüssigkeit von der therapierten auf die nichttherapierte Sprache und erfasst den Status der Sprachentwicklung in beiden Sprachen während der Therapie.

Vorgehen

Dieses Projekt wurde in der zweisprachigen Metropole Montreal (Kanada) am Montreal Fluency Centre durchgeführt. Alle Probanden wurden mit dem LP, einem operanten, evidenzbasierten Therapieverfahren für stotternde Vorschulkinder, behandelt. Das LP basiert auf der verbalen Verstärkung (Lob) für flüssiges Sprechen und wird in täglichen Sequenzen von den Eltern durchgeführt[3]. Bei allen Probanden wurde das bilinguale Profil, das Sprachverständnis, die Sprachproduktion und der Wortschatz erfasst sowie eine Anamnese zur Sprachentwicklung und Entwicklung der Sprechunflüssigkeiten erhoben. Die Messung der zu untersuchenden Variablen der Spontansprache (Satzkomplexität, MLU und NDW) wurde in Form einer Baseline-Erhebung vor Beginn der Therapie, sowie einer Messung nach der 6. und 12. Therapiestunde anhand mehrerer Spontansprachproben in beiden Sprachen durchgeführt. Die Sprechflüssigkeit wurde zu allen Messzeitpunkten über eine Spontansprachprobe (Therapie und in-vivo) in beiden Sprachen erfasst. Die Ergebnisse wurden mit den Verlaufsdaten monolingualer, stotternder Kinder verglichen.

Ergebnisse

Alle Probanden zeigten in der therapierten Sprache einen Rückgang der gestotterten Silben auf 0- 1,56%. Der Transfer der Sprechflüssigkeit von der therapierten auf die nicht- therapierte Sprache bei den simultan bilingualen Kindern war signifikant. Bei den Second- Language- Learner Kindern zeigten sich in der Zweitsprache keine Stottersymptome. Im Vergleich mit den monolingualen, stotternden Kindern bestand hinsichtlich der Therapiedauer kein Unterschied. Die Untersuchung der linguistischen Parameter ergab altersadäquate bzw. signifikant bis hoch signifikant bessere Leistungen als bei der Kontrollgruppe.

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die bilingualen Patienten mit dem LP zu ähnlich guten Therapieerfolgen kommen wie monolinguale Patienten. Gleichzeitig waren die bilingualen Kinder in dieser Studie in der Lage, die Sprechflüssigkeit der therapierten auf die nicht- therapierte Sprache zu übertragen. Dies war auch der Fall, wenn die Sprache des Therapeuten von der zu Hause eingesetzten Sprache abweichend war. Eine Reduktion der Sprachen war nicht notwendig[4]. Für weitere Studien liegt es nahe dieses Untersuchungsdesign größer angelegt und bei Probanden mit Migrationshintergrund durchzuführen, um mögliche kulturelle und gesellschaftliche Faktoren berücksichtigen zu können und eine allgemeine Aussage treffen zu können.

Literatur

1 Van Borsel, J.; Maes, E.; Foulon, S. (2001). Stuttering and bilingualism. A review. Journal of fluency disorders. Vol. 26, 179-205.
2 Howell, P.; Davis, S.; Williams, R. (2008). The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. Archives Desease Childhood, Sep.9, [Epub ahead of print].
3 Onslow, M.; Packman, A.; Harrison, E. (2002). The Lidcombe Program of early stuttering intervention: a clinican's guide. 2. Auflage. Pro Ed, Austin.
4 Lattermann, C.; Shenker, R. (2005). Bilingualität und kindliche Redeflussstörungen – müssen wir wirklich auf eine Sprache verzichten? Forum Logopädie, 3, 12-16.

Kindersprache – Diagnostik

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
13.30 - 14.00 Uhr

Maike Gumpert, Susanne Vogt

Vogels auf alle Baum: Reflexion der Untersuchung zur Pluralmarkierung

Einleitung

Der Erwerb der Pluralmarkierung am Nomen wird kontrovers diskutiert (vgl. Szagun, 2006). Dabei kann die Erwerbsaufgabe entweder als Regellernen oder als überwiegend Auswendiglernen irregulärer Formen beschrieben werden.

Unabhängig von dieser Diskussion ist die Überprüfung der Fähigkeit zur Pluralmarkierung bei Nomen seit langem ein etablierter Bestandteil vieler logopädischer Verfahren zur Sprachstandserhebung. Begründet wird dies einerseits durch die leichte Elizitierbarkeit des Plural. Andererseits gilt die Bildung als Repräsentant für generelle morphologische Fähigkeiten eines Kindes (z.B. Grimm, 2001). Die veröffentlichten Verfahren unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich der Auswahl und der Menge der Items von einander. Neuere Verfahren stellen – zumindest hinsichtlich mehrsprachig aufwachsender Kinder – die Aussagekraft der Pluralmarkierung in Frage (z.B. Schulz et al., 2008).

Zielsetzung

Das Ziel des Vortrags ist die Darstellung und speziell die Reflexion gängiger Untersuchungsmöglichkeiten zur Pluralbildung.

Methode

Dazu werden zunächst kurz die unterschiedlichen Positionen zum Erwerb der Pluralbildung thematisiert.
Im Anschluss werden gängige diagnostische Verfahren in Hinblick auf die Auswahl der Items, die Methodik sowie auf die Auswertung und Interpretation verglichen.

Diskussion

Die Relevanz der Ergebnisse einer Pluralüberprüfung wird zum einen für die Entscheidung über den Therapiebedarf und zum anderen für die Ableitungen von Interventions- bzw. Therapiebereichen diskutiert.

Literatur

Grimm, H. (2001). SETK 3-5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Göttingen: Hogrefe.

Schulz, P.; Tracy, R.; Wenzel, R. (2008). Entwicklung eines Instruments zur Sprachstandsdiagnose von Kindern mit Deutsch als Zeitsprache: Theoretische Grundlagen und erste Ergebnisse. Abgerufen am 29.09.2008 unter http://www.sagmal-was-bw.de/projekt01/media/pdf/Theoretische_Grundlagen_und_erste_Ergebnisse.pdf.

Szagun, G. (2006). Sprachentwicklung beim Kind. Weinheim: Beltz.

Platz für Ihre Notizen:

Kindersprache – Diagnostik

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
14.00 - 14.30 Uhr

Sandra Neumann

‚LKGSF komplex': Sprachtherapeutisches Diagnostik- und Dokumentationsinventar für Menschen mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung

Einführung

In einer im Jahre 2004 durchgeführten Fragebogenerhebung bei 160 SprachtherapeutInnen in Deutschland wurde eine Standortbestimmung zur sprachtherapeutischen Diagnostik bei Kindern mit LKGS-Fehlbildung ermittelt. Hier wurde deutlich, dass Inter-Zentren-Studien bisher aufgrund eines fehlenden einheitlichen Diagnostikmaterials unmöglich sind, die fachliche Kooperation erschwert und die sprachtherapeutische Diagnostik und Betreuung der betroffenen Menschen mit LKGSF nicht optimal verläuft.
Daraufhin wurde im Rahmen einer Dissertation ein erstes Diagnostik- und Dokumentationsinventar ‚LKGSF komplex' für Menschen mit LKGSF aller Altersgruppen für den deutschsprachigen Raum entwickelt. Das Inventar beruht auf unterschiedlichen Säulen, die dessen wissenschaftstheoretische Basis begründen, dessen Evidenzbasierung sichern und dessen Praktikabilität optimieren. ‚LKGSF komplex' findet seine Basis auf der Ebene des sprachtherapeutischen Qualitätsmanagements im Rahmen der Prozessqualität und der Evaluationsforschung und greift aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen durch die Implementierung der ICF(-CY) (WHO 2001 & 2007) auf. Weiterhin lässt es sich international durch die Anlehnung an die weltweit geltenden ‚Universal Reporting Parameters for Individuals with cleft palate speech' (URP, Henningsson 2008) verorten. ‚LKGSF komplex' besteht aus sechs Diagnostik-Bausteinen, die individuell eingesetzt werden können:

1. LKGSF Basis
2. Myofunktionelle Anamnese
3. Myofunktionelle Diagnostik
4. LKGSF: Phonologisch-phonetische Analyse
5. Analyse der sprachlichen Aktivität und Partizipation [Teilhabe] bei Kindern/Erwachsenen (ASAP-K und -E) (Neumann 2008)
6. DeuTOM's: Sprechen (Neumann 2008)

Ergänzt wird das Inventar durch einen ‚LKGSF Befundbogen', eine Therapieverlaufsdokumentation, Kooperationsbögen und Briefvorlagen, die den fachlichen Austausch erleichtern, die Praktikabilität erhöhen und die interprofessionelle Betreuung der Kinder verbessern sollen.
Nach einer ersten formativen Evaluation des Inventars konnte dargelegt werden, dass es sich bei ‚LKGSF komplex' um ein praktikables und vollständiges Diagnostik- und Dokumentationsinventar handelt, was nach einer geringfügigen Überarbeitung in die zweite Evaluationsphase der Praxiserprobung geht
In diesem Vortrag soll das entwickelte Diagnostik- und Dokumentationsinventar ‚LKGSF komplex' anhand seiner Bausteine und deren Zielsetzung vorgestellt werden.

Literatur

Henningsson, G.; Kuehn, D.; Sell, D.; Sweeney, T.; Trost-Cardamone, J.; Whitehill, T. & Speech Parameters Group (2008). Universal Parameters for Reporting Speech Outcomes inIndividuals with Cleft Palate. Cleft Palate-Craniofacial Journal 45/1, 1-17.

Von Knebel, U. (2000). Kindliche Aussprachestörung als Konstruktion. Eine historisch Analyse mitpädagogischer Perspektive. Münster.

Von Knebel, U. (2004). Sprachdiagnostik und Sprachförderung unter behindernden Bedingungenals pädagogische Aufgabe. Habilitation im FachSprachbehindertenpädagogik.

Welling, A. (1990). Zeitliche Orientierung und sprachliches Handeln. Handlungstheoretische Grundlegung für ein pädagogisches Förderkonzept. Europäische Hochschulschriften, Reihe XI Pädagogik, Bd. 414. Frankfurt/M.

World Health Organization (WHO, 2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva.

World Health Organization (WHO, 2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Version for Children and Youth (ICF-CY), Geneva.

Kindersprache – Diagnostik

Kongress-Saal
Donnerstag, 11. Juni
14.30 - 15.00 Uhr

Anja Blechschmidt

Fragebogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation (FBA)

Zweck/Ziele

„Intensive Forschung führt zur Entwicklung neuer und Reflektion bekannter Diagnostikmöglichkeiten und -praktiken." (dbl-Kongress 2009 – call for papers)

Der auf der Basis der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) entwickelte ‚Fragebogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation (FBA)' als ein Instrument für Forschung und Praxis erfasst über die Einschätzung von Eltern, Lehrerinnen und Schulkindern deren kommunikative Fähigkeiten. Der Fokus ist auf alltägliche Gesprächssituationen gerichtet. Der FBA bietet sinnvolle Einsatzmöglichkeiten in der Praxis sowie in der Forschung und Entwicklung.

Methoden

Kinder und Jugendliche im Schulalter werden mit dem Fragebogen FBA zu ihren kommunikativen Fähigkeiten in Gesprächen mit bekannten und unbekannten Personen befragt.

Kenne ich ein Kind, auf dessen Kommunikationsverhalten ich aufmerksam werde. So besteht mit dem FBA die Möglichkeit, das Kind sich selbst einschätzen zu lassen. Stimmt diese Selbsteinschätzung mit meiner Bewertung und der Beurteilung der Eltern überein? Was wünscht sich das Kind an seinem Kommunikationsverhalten anders, was die Eltern, Lehrer oder Lehrerinnen? Gibt es überhaupt Auffälligkeiten? Solche und ähnliche Fragen lassen sich mit dem FBA thematisieren, wenn Kinder, Eltern ... den Fragebogen ausfüllen.

Ebenfalls ist der FBA in systematischen Fragebogenuntersuchungen einsetzbar.

Eine Befragung von Kindern und Jugendlichen mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung und einer in Alter, Geschlecht und Schulklasse angeglichenen Kontrollgruppe wurde 2008 abgeschlossen. Der Zugang zu den Personen und Daten erfolgte über die ‚Lippen-Kiefer-Gaumensegel-Spalt-Sprechstunde' (Prof. Dr. Dr. Hans-Florian Zeilhofer, Dr. Dr. K. Schwenzer) des Universitätsspitals Basel. Ein erwarteter Nutzen und Umsetzungsmöglichkeiten der Ergebnisse in der Praxis liegen in den erhobenen Kategorien für die Definition von Partizipation bei Sprechauffälligkeiten.

Ergebnisse

Der Fragebogen FBA, die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten in der Praxis sowie in der Forschung liegen gemeinsam mit den Ergebnissen der durchgeführten Studie (März 2009) vor.

Die 60 Aussagen des FBA sind zur Übersicht in vier Interaktioale Dimensionen unterteilt: Das weitere «Umfeld», die «Familie», «Freunde und Bekannte» sowie «Ich» (vgl. Blechschmidt 2005). Die an die Kinder und Jugendlichen gestellten Fragen beziehen sich auf Alltagssituationen am Familientisch, in der Schule und in der Freizeit. Eine offene Rubrik am Schluss ermöglicht den Teilnehmenden ergänzende Kommentare zu machen.

Schlussfolgerungen

Die Erhebung von subjektiven Erfahrungen bzgl. Kommunikationsfähigkeit aus dem Blickwinkel der ICF z.B. mit dem FBA ermöglicht es, im interdisziplinären Feld gemeinsam verständliche und codierbare Fähigkeiten von Kindern im Konzept der Partizipation im alltäglichen Umfeld darzustellen.

Im Sinne der ICF vermehrt die Umwelt einzubeziehen lässt sich empirisch z.B. durch eine weiterführende Gesprächsanalyse realisieren. Förderfaktoren der Umwelt lassen sich dezidiert ermitteln und in Beratungs- sowie Übungssituationen weitergeben.

Literatur

Blechschmidt, A. (2008). Ich rede mit, Du auch? Ein Fragebogen zur Beteiligung an Alltagskommunikation (FBA) auf der Grundlage der ICF. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik szh. 11/12 2008. 32-38.

Brand, S.; Blechschmidt, A.; Müller, A.; Sader, R.; Schwenzer-Zimmerer, K.; Zeilhofer, H.-F.; Holsboer-Trachsler, E. (in press 2009). Psychosocial Functioning and Sleep Patterns in Children and Adolescents with Cleft Lip and Palate (CLP) Compared to Healthy Controls. The Cleft Palate-Craniofacial Journal.

Spreen-Rauscher, M. (2007). Pragmatik. In: Schöler, H. & Welling, A. (Hrsg.), Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen. Hogrefe. 588-601.

Ueda, Satoshi; Okawa, Yayoi (2003). The subjective dimension of functioning and disability: what is it for? Disability and Rehabilitation 25-11/12 2003. 596-601.

World Health Organization WHO (2007). International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY. Genf WHO Press.

Demenzielle Erkrankungen 2

Gutbenberg-Saal 1
Donnerstag, 11. Juni
13.30 - 14.00 Uhr

Adrian Danek, N. Ackl, B. Bader

Primär progrediente Aphasien: Neurologische Grundlagen von Sprachstörungen bei Neurodegeneration

Einführung

Die „Entdeckung" der primär progredienten Aphasie durch Mesulam (1982) steht in Zusammenhang mit einer vermehrten Beachtung von neurodegenerativen Erkrankungen der Hirnrinde, bei denen im Gewebe keine Alzheimer-Veränderungen (Plaques und Neurofibrillenbündel) vorliegen. Charakteristisch für die sogenannten Nicht-Alzheimer-Demenzen sind zunehmende, umschriebene neuropsychologische Beeinträchtigungen, ohne dass eine Gedächtnisstörung im Vordergrund steht. Neuropathologisch liegen fokale, oft asymmetrische Degenerationsprozesse zugrunde, bei denen Zell-Einschlüsse von Eiweiß-Körpern wie Tau oder TDP-43 nachzuweisen sind. Therapie-Ansätze sind bisher spärlich.

Nicht-Alzheimer-Demenzen wurden bisher in ihrer Häufigkeit unterschätzt: über 65 Jahren sollen nach neuen Angaben nur ein Drittel der Patienten an einer Alzheimer-Krankheit leiden. Fronto-temporale Lobäratrophien sollen bei etwa 5-15% vorliegen, wobei vereinzelt eine genetische Komponente erkennbar ist. Sie sind klinisch heterogen und umfassen Syndrome wie die „Frontotemporale Demenz (FTD)", die vor allem durch Störungen von Verhalten und Sozialbeziehungen charakterisiert ist, ferner die „Progrediente Aphasie (PA)" und die seltene „Semantische Demenz (SD)". Als zusammenfassender Begriff bietet sich „Pick-Komplex" an. Leider ist es bisher noch nicht befriedigend gelungen, Klinik, Neuropathologie und Molekulargenetik zur Deckung zu bringen. So wird neuerdings auch eine „Logopenische Aphasie" (LA) abgegrenzt, die neuropathologisch allerdings meist Alzheimer-Veränderungen aufweist.

In dieser Einführung soll anhand von Fallbeispielen das Spektrum der klinischen, bildgebenden und neuropathologischen Befunde von Sprachstörungen bei neurodegenerativen Erkrankungen der Hirnrinde illustriert werden. Die bemerkenswerte Beschränkung der Symptome des Pick-Komplexes auf einzelne kognitive Domänen spricht biologisch für eine selektive Vulnerabilität individueller kortikaler Funktionseinheiten. Dies bietet Gelegenheit zur Untersuchung von kognitiven Dissoziationen, die bei anderen Krankheitsmodellen wie Infarkten oder Tumoren nicht vorkommen. Es bietet sich an, linguistische Theorien auch an diesem neurodegenerativen Krankheitsmodell zu überprüfen.

Platz für Ihre Notizen:

Demenzielle Erkrankungen 2

Gutenberg-Saal 1
Donnerstag, 11. Juni
14.00 - 14.30 Uhr

Katharina Dressel, Walter Huber, Lars Frings, Dorothee Kümmerer, Dorothee Saur, Irina Mader, Michael Hüll, Cornelius Weiller, Stefanie Abel

Benenntherapie bei primär progressiver Aphasie

Hintergrund

Die primär progressive Aphasie (PPA) ist eine dementielle Erkrankung, die vorrangig durch einen fortschreitenden Zerfall sprachlicher Leistungen gekennzeichnet ist (vgl. Überblick in Croot, in press). Zum heutigen Zeitpunkt ist wenig über die Wirksamkeit logopädischer Maßnahmen bei PPA bekannt. Einige Therapiestudien zu Wortfindungsstörungen bei PPA zeigen, dass trainingsbedingte sprachliche Verbesserungen möglich sind. Der Therapieerfolg ist jedoch in der Regel auf das geübte Material begrenzt, und die erzielten Verbesserungen gehen nach Beendigung der Therapie meist stark zurück (vgl. Croot et al., in press). In bildgebenden Studien bei PPA wurden bei sprachlichen Aufgaben Aktivierungen in der nicht betroffenen Hemisphäre beobachtet (Vandenbulcke et al., 2005). Als Ursache für diese Aktivierungen werden Kompensations- oder gestörte Inhibitionsmechanismen diskutiert. Der Vortrag gibt einen Überblick über Einzelfalltherapiestudien bei PPA. Außerdem wird eine Therapiestudie mit funktioneller Bildgebung vorgestellt, in der semantische und phonologische Hilfe-Hierarchien bei einem Patienten mit PPA zum Einsatz kamen. Dabei wird auch kurz auf Veränderungen im kortikalen Aktivierungsmuster, die mit therapiebedingten Leistungsverbesserungen verbunden waren, eingegangen.

Methoden

Bei unserem Patienten (48 Jahre, männlich) wurde eine PPA mit links temporaler Atrophie diagnostiziert. Die Klassifikation des Fehlermusters beim Benennen ergab eine semantische Störung (Foygel & Dell, 2000). Der Patient erhielt eine vierwöchige Therapie im ABBA-Blockdesign mit phonologischen und semantischen Hinweisreizen (Cues), die bereits erfolgreich in der Benenntherapie bei Aphasie nach Schlaganfall eingesetzt wurden (Abel, 2007). Auf der Grundlage zweier Vortests zum mündlichen Benennen von Bildern wurden fehlerhaft benannte Items ausgesucht und auf drei sorgfältig kontrollierte Sets verteilt: Wörter für die Therapie mit phonologischen Cues, Wörter für die Therapie mit semantischen Cues, untrainierte Wörter (Kontrollset). Der Therapieerfolg wurde unmittelbar nach Therapieende sowie zwei Monate später gemessen. Die Erhebung des zweiten Vortests und beider Nachtests fanden im Scanner statt (Siemens TIM-Trio, 3T, TR/TE=2190/30ms, 36 Schichten, 3mm3 Voxel, event-related Design). Die Datenanalyse wurde mit SPM5 durchgeführt.

Ergebnisse

Der Vortest-Nachtest Vergleich zeigt, dass beide Cueing-Hierarchien erfolgreich waren (McNemar Test, $p<.001$). Der Unterschied im Therapiegewinn zwischen trainierten und untrainierten Wörtern war nur unmittelbar nach Therapieende signifikant (exakter Fisher Test, $p<.01$). Es fand keine Generalisierung auf ungeübte Wörter statt. Die Analyse der funktionellen Kernspindaten erbrachte im Vortest-Nachtest Vergleich unmittelbar nach Therapieende einen signifikanten Aktivierungsanstieg im rechten superioren temporalen Gyrus (STG) für den Kontrast TRAINIERT>UNTRAINIERT ($p<.001$, unkorrigiert).

Schlussfolgerung

Der Einsatz phonologischer und semantischer Hinweisreize erwies sich als erfolgreich. In Übereinstimmung mit bisherigen Therapiestudien zu PPA (vgl. Croot et al., in press) waren die Therapieeffekte spezifisch und gingen nach Beendigung der Behandlung in einem Zeitraum von zwei Monaten zurück. Der Vortest-Nachtest Vergleich ergab eine Aktivierungszunahme im rechten STG. Die Aktivierung der rechten Hemisphäre könnte im Zusammenhang mit Kompensationsmechanismen stehen, da sie mit einer verbesserten Benennleistung verbunden war.

Literatur

Abel, S. (2007). Modellgeleitete Aphasietherapie bei aphasischen Störungen. Konnektionistische Diagnose in der Benenntherapie. Aachen: Shaker Verlag.

Croot, K. (in press). Progressive aphasia: Definitions, diagnoses and prognoses. Aphasiology.

Croot, K.; Nickels, L.; Laurence, F.; & Manning, M. (in press). Impairment- and activity/participation-directed interventions in progressive language impairment: Clinical and theoretical issues. Aphasiology.

Foygel, D. & Dell, G. S. (2000). Models of impaired lexical access in speech production. Journal of Memory and Language, 43, 182-216.

Vandenbulcke, M.; Peeters, R.; Van Hecke, P.; & Vandenberghe, R. (2005). Anterior temporal laterality in primary progressive aphasia shifts to the right. Annals of Neurology, 58, 362-370.

Demenzielle Erkrankungen 2

Gutbenberg-Saal 1
Donnerstag, 11. Juni
14.30 - 15.00 Uhr

Julia Haberstroh, Katharina Neumeyer, Johannes Pantel

Kommunikations-TAnDem: Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken

Zielsetzung

Ziel eines Trainings zur Kommunikation mit demenzkranken Menschen gemäß dem TAnDem-Konzept ist es, die Kommunikationskompetenz von pflegenden Angehörigen gegenüber den betreuten demenzkranken Menschen zu verbessern. Vermittelt über eine Verbesserung der Kommunikation wird angestrebt, die Lebensqualität der Demenzkranken zu steigern und die Beanspruchung der Angehörigen zu reduzieren.

Methodik

Innerhalb eines TAnDem-Kommunikationstrainings lernen pflegende Angehörige in vier Trainingssitzungen kommunikative Stärken und Schwächen von demenzkranken Menschen kennen. Im gemeinsamen Expertenaustausch erarbeiten die Teilnehmer viele verschiedene Strategien zum Umgang mit demenzkranken Menschen, um schließlich solche auswählen zu können, die in einer individuellen Betreuungssituation hilfreich sind. Die erarbeiteten Strategien sollen dazu beitragen, sich in demenzkranke Menschen einzufühlen, deren kommunikative Stärken zu fördern und Schwächen zu umgehen. Zur Erarbeitung der Strategien werden alltagsnahe und auch individuelle Problemstellungen besprochen, für die in Kleingruppenarbeit Lösungsansätze entwickelt und eingeübt werden.
Das Kommunikations-TAnDem wurde bereits in zwei kontrollierten Trainingsstudien mit Wartekontrollgruppendesign und Prozesserhebung evaluiert. An den Studien nahmen bislang 65 pflegenden Angehörige und 65 demenzkranke Menschen teil, die im Raum Frankfurt a.M. / Darmstadt über Pressemitteilungen sowie über die Gedächtnisambulanz der Universitätsklinik Frankfurt rekrutiert wurden. Zur Erfassung der Zielgrößen wurden ausschließlich Fragebögen (u.a. Häusliche Pflege Skala, QoL-AD) zur Selbst- und Fremdbeurteilung verwendet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studien belegen unter anderem Wirkungen für die Variablen „Kommunikationskompetenz", „Wissen über Kommunikation bei Demenz", „Lebensqualität der Demenzkranken" und „Direkt wahrgenommene Belastung der pflegenden Angehörigen".

Schlussfolgerungen

Aus den positiven Auswirkungen hinsichtlich der Lebensqualität der Demenzkranken lässt sich schließen, dass das Training der pflegenden Angehörigen als Alternative angesehen werden kann zu Interventionsprogrammen, die sich direkt an die erkrankten Menschen richten. Mit dem Kommunikations-TAnDem wurde folglich die Grundlage geschaffen für einen neuen Interventionsansatz zur Förderung und Unterstützung von Demenzkranken und ihren Angehörigen. Das Trainingsprogramm liegt in manualisierter Form vor und kann somit breit eingesetzt werden.

Literatur

Haberstroh, J.; Neumeyer, K.; Schmitz, B.; Perels, F. & Pantel, J. (2006). Kommunikations-TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (5), 358-364.

Haberstroh, J.; Neumeyer, K.; Schmitz, B. & Pantel, J. (2007). Kommunikations-TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In H. Gutzmann, R. D. Hirsch, M. Teising & R. Kortus (Hrsg.), Alt und psychisch krank: Im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen (S. 328-332). Berlin: Kohlhammer Verlag.

Neumeyer, K.; Haberstroh, J.; Schmitz, B.; Perels, F. & Pantel, J. (2006). Kommunikations-TanDem: Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken (Trainingshandbuch). Frankfurt: Stiftungsprofessur Gerontopsychiatrie.

In Fluss kommen 2

Gutenberg-Saal 2
Donnerstag, 11. Juni
13.30 - 14.00 Uhr

Martina Bröckel

Fließende Übergänge – Das Zusammenspiel von Wissen und Erfahrung in stottertherapeutischen Entscheidungsprozessen

Einführung

Wann weiß eine Logopädin/ein Logopäde eigentlich „genug" – und wie viel Erfahrung muss sie/er schließlich besitzen, um sich ausreichend sicher und kompetent für die Therapie stotternder Menschen zu fühlen? Welche Aspekte spielen eine Rolle, wenn sowohl Berufsanfänger/innen als auch langjährige Berufsangehörige nicht selten die Behandlung dieses Störungsbildes lieber aus ihrem Repertoire streichen? Unter welchen persönlichen oder fachlichen Voraussetzungen kann und wird eine Logopädin/ein Logopädie sich für die Durchführung stotterspezifischer Interventionen entscheiden – und damit sowohl den berechtigten Erwartungen der Betroffenen, aber insbesondere auch ihrem/seinem eigenem Anspruch an die Qualität ihres/seines professionellen Handelns gerecht werden können?

Mit diesen Fragen nimmt der Vortrag, der seinen Blick auf die (besondere?) Komplexität stotterspezifischer Interventionsprozesse richtet, bewusst die Perspektive der/des handelnden Logopädin/Logopäden ein. Den theoretischen Hintergrund für eine solche Betrachtung bietet eine handlungstheoretisch orientierte Rahmenkonzeption des Psychologen G. Kaminski (1970), mit der er eine umfassende Analyse der unterschiedlichen Tätigkeiten des „klinisch-psychologischen Praktikers" beabsichtigte. Dabei begreift er das Vorgehen klinisch tätiger Psychologen in therapeutischen Modifikationsprozessen als hierarchisch-sequentiellen Handlungsprozess und verweist in seiner Darstellung insbesondere auf Problemaspekte, die sich aus einer unzureichenden Integration theoretischen Grundlagenwissens in praktische Anwendungsbezüge (und umgekehrt) ergeben.

Die hier vorgenommene Übertragung von Kaminskis Konzeption auf ausgewählte Gegebenheiten logopädischer Stottertherapie veranschaulichen die facettenreichen Urteils- Entscheidungs- und Veränderungsprozesse, denen sich ein/e logopädische Stottertherapeut/in sich im Zuge der aufeinanderfolgenden Be-Handlungsphasen stellt. Das Zustandekommen möglicher „kritischer" Stellen im Handlungsverlauf, die entweder die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen erschweren oder aber einer angemessenen inhaltlichen Ausgestaltung einzelner Handlungsphasen im Wege stehen können, wird nachvollzogen.

In praxisnaher Analyse und unter zusätzlicher Berücksichtigung motivationspsychologischer Aspekte fokussiert der Vortrag schließlich die Entstehung von – sowohl begründeten als auch vermeidbaren – Handlungsunsicherheiten und ihre mögliche Konsequenzen im stotterspezifischen, logopädisch-therapeutischen „Arbeitsfluss". Im Hinblick auf deren gelungene u n d fachlich wertvolle Bewältigung werden Anforderungen an die Fähigkeit einer Therapeutin/ eines Therapeuten zur konstruktiven Komplexitätsreduktion in stotterspezifischen Modifikationsprozessen diskutiert. An welchen Prozessabschnitten gewährleistet „Mehr – (Fach)-Wissen", an welchen aber „Viel-(reflektierte) –Erfahrung" subjektiv wahrgenommene Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft einer/s logopädischen Stottertherapeutin/en? Lässt sich eine Verbindung der beiden Aspekte in (für die Zwecke qualitativ hochwertiger Stottertherapien) ausreichendem Maße als grundlegende logopädische Handlungskompetenz etablieren – oder verlangt sie darüber hinaus nach gesonderter, fachbereichsspezifischer Expertise?

Literatur

Amelang, M. & Zielinski, W. (1997). Psychologische Diagnostik und Intervention (2. Auflage). Berlin: Springer.

Bröckel, M. (2005). Logopädie – durch Kommunikation zur Wissenschaft. Idstein: Schulz-Kirchner.

Heckhausen, J. u. H. (2006). Motivation und Handeln (3.Aufl.). Berlin: Springer.

Kaminski, G. (1970). Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation: Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum. Stuttgart: Klett.

In Fluss kommen 2

Gutbenberg-Saal 2
Donnerstag, 11. Juni
14.00 - 14.30 Uhr

Sylvia Rainel-Straka, Ingrid Wolf

Welchen Stellenwert haben Gedanken und Gefühle in der Desensibilisierungsphase?

Einführung

Wir haben eine Intensiv-Intervalltherapie nach Van Riper mit 10 stotternden Jugendlichen durchgeführt. Nachdem für die Kostenübernahme durch den Sozialversicherungsverband eine genaue Evaluierung Voraussetzung war, haben wir einerseits Statistiken erstellt und andererseits die Wirkfaktoren der einzelnen Therapiephasen hinterfragt.

Wir wollen uns genauer mit der Desensibilisierungsphase beschäftigen. An sie wird der Anspruch gestellt, ruhig und gelassen Stottern zu lernen.

Dies wird in Übungen sowohl in sensu als auch in vivo erarbeitet. Nicht immer gelingt dieser Angstabbau. Im folgenden Beitrag soll zur Diskussion gestellt werden, was dabei gelingen bzw. misslingen kann.

Angst ist ein natürliches und wertvolles Gefühl, welches für unser Überleben von eminenter Bedeutung ist. Überschreitet die Angst ein sinnvolles Maß, überwiegen die Nachteile.

Da sich Angst auf vier Ebenen zeigt (physiologisch, kognitiv, emotional und auf der Verhaltensebene) müssen auch in der Therapie alle vier Ebenen berücksichtigt werden.

In der Stottertherapie besteht die Gefahr, dass Patienten während der Desensibilisierungsübungen das Gefühl der Angst nicht zulassen und damit eine Angstreduktion nicht nachhaltig stattfindet.

Anhand von Angstkurven soll nicht nur die Konfrontations- bzw. Erleichterungphase verdeutlicht werden, sondern dem Stotternden auf allen vier Angstebenen ein Zugang vermittelt werden. Wie gelingt es, alternative Bewältigungsreaktionen zu erlernen?

Zu dieser Frage haben wir eine Erklärung gefunden, andere sind noch unbeantwortet geblieben, wie. z.B:

Wie unterschiedlich werden Übungen wahrgenommen?

Wie verändern sich Zielsetzungen durch die Übung gemeinsam mit den Eltern?

Literatur

Morschitzky, H. ([4]2009). Angststörungen. Wien, New York: Springer

Stucki, Ch., Grawe. K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Psychotherapeut, 52, 16-23.

Van Riper, C. (1986). Die Behandlung des Stotterns. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer Selbsthilfe e.V.

Platz für Ihre Notizen:

In Fluss kommen 2

Gutbenberg-Saal 2
Donnerstag, 11. Juni
14.30 - 15.00 Uhr

Hartmut Zückner

Selbstwert von stotternden Jugendlichen – Einflüsse auf Therapie und Sprechverhalten

Einführung

In diesem Vortrag werden die Ergebnisse einer Studie vorgestellt, die anhand eines normierten Fragebogens zur Selbstwertmessung (ALS, Schauder 1995) bei 150 stotternden Jugendlichen (8 -15.11 Jahren) gewonnen wurden. Die Ergebnisse werden in Beziehung gesetzt zu den Ergebnissen von nichtstotternden Jugendlichen. Dabei werden auch die Daten zu Altersuntergruppen und den beiden Geschlechtergruppen dargestellt.

Neben der Untersuchung zum Selbstwert wurden Daten zur Therapie (Therapiedauer, Einsatz von Sprechtechniken) und zum Sprechverhalten (Selbsteinschätzung des Schweregrades, Nutzung von Sprechtechniken, Vermeideverhalten in Schule, Familie und Freizeit sowie zur Stärke des Störungsempfindens) erhoben. Die Studie strebt den Nachweis an, dass der Selbstwert von stotternden Jugendlichen einen Einfluss auf das Sprechverhalten und weitere Therapieparameter hat und diskutiert mögliche Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit.

Platz für Ihre Notizen:

Aussprachestörungen

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
8.30 - 9.00 Uhr

Marina Ruß

Der Einsatz Bildlicher Lautdarstellungen in der logopädischen Therapie

Einführung

Den Anstoß zur Entwicklung der Bildlichen Lautdarstellungen in Form von Lautbildern und Seitenanblicken gaben therapeutische Bedürfnisse bei der Arbeit mit Kindern im Kindergarten- und Schulalter. Es fehlten Arbeitsmittel, um Sprachlaute und deren pathologischen Veränderungen, Sprechbewegungen und Zungenstellungen kindgerecht darzustellen und um verbale Konzepte durch (innere) Bilder zu ergänzen.

Die Lautbilder oder Lautpiktogramme bestehen aus graphischen Details (Pikteme genannt), die für sich genommen einzelne Lautparameter wie Stimmhaftigkeit, Artikulationsort und Artikulationsart sichtbar machen, gemeinsam jedoch einen bestimmten Sprachlaut darstellen.

Für phonetische Anwendungen wird mit dem gesamten Bild gearbeitet, indem Lautpiktogramme der Ziellaute mit denen von artikulatorischen Fehlbildungen verglichen und Unterschiede herausgearbeitet werden. Im Seitenanblick werden Kiefer- und Zungenstellungen sichtbar gemacht und Lernende können Lautpositionen nachstellen und manipulieren, ohne die Laute artikulatorisch produzieren zu müssen.

Bei phonologischen Störungen, welche sich auf gesamte Lautklassen auswirken, arbeitet man eher mit einzelnen Piktemen.

Der Seitenanblick lässt sich auch für metasprachliche Reflexionen im Laut- oder Schriftspracherwerb nutzen. So werden z.B. Anlautbilder oder Buchstaben von Konsonanten den drei Artikulationsorten zugeordnet. Dies unterstützt das taktil-kinästhetische Spüren der Lautbildung und bereitet die Lernenden darauf vor, Geminaten (Konsonantenverdoppelungen) anhand der Lautbildungsphasen zu erkennen und zu markieren. Dieses Vorgehen ist Bestandteil des Lautbildungsansatzes (Russ 2008a), der die Artikulation verstärkt mit dem Erwerb des Schreibens und Rechtschreibens verknüpft.

Im Vortrag werden verschiedene therapeutische Einsatzmöglichkeiten zur Darstellung von normalen und abweichenden Lauten, von Lautklassen und von Lautprozessen vorgestellt. Auch in der DaZ- und Fremdsprachenpädagogik, bei der Arbeit mit Gehörlosen und bei Lese-/Rechtschreibstörungen finden sich Anwendungsbereiche für die Bilder.

Kursanfragen weisen auf den Bedarf solcher Darstellungen in der Sprachtherapie, Sprachförderung und Lehre hin und resultierten in meiner Dissertation zum Thema Bildliche Lautdarstellungen in Therapie, Unterricht und Lehre (Russ, 2008b), worin der Einsatz der Bildlichen Lautdarstellungen in ein weites Umfeld aktueller sprach-, kognitions- und erziehungswissenschaftlicher Theorien eingebettet und neben Einsatzmöglichkeiten im therapeutisch-pädagogischen Bereich auch auf deren Nutzen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Studierenden der Logopädie, der Sprach- sowie der Erziehungswissenschaften hinzeigt.

Literatur

Hacker, D.; Wilgermein, H. (1999). Aussprachestörungen bei Kindern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Ruß, M. (2001). Mundmotorik bei der Lautbildung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Ruß, M. (2003). Bildliche Lautdarstellungen als Stütze des Schreib- und Lautspracherwerbs. L.O.G.O.S Interdisziplinär, 11 (1), 23-34.

Ruß, M. (2008a). Was uns das Sprechen über das Schreiben sagen kann. In: Riehmann, C.; Dallmaier, M. (Hrsg.). Sprache als Brücke von Mensch zu Mensch. 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), 201-215.

Ruß, M. (2008b). Bildliche Lautdarstellung in Therapie, Unterricht und Lehre. Köln: ProLog Verlag.

Platz für Ihre Notizen:

Aussprachestörungen

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
9.00 - 9.30 Uhr

Carla Bauchmüller, Franka Schubert, Alexa Neubert, Jessie Lemmens, Figen Ünsal

Therapeutische Hausaufgaben in der Muttersprache Türkisch in Kombination mit deutschsprachiger Artikulationstherapie – Eine Effektstudie zur Artikulationsmappe „Laute üben Türkisch-Deutsch“

Einführung

Obwohl Mehrsprachigkeit in der Logopädie eine immer bedeutendere Rolle spielt, ist der Großteil des Diagnostik- und Therapiematerials auf monolinguale Patienten zugeschnitten. Die jeweilige Muttersprache wird dabei jedoch nur selten berücksichtigt.
Ziel der Studie war es zu untersuchen, welchen Einfluss eine bilinguale Intervention auf die Artikulationsfähigkeiten von türkisch-deutschen Kindern hat. Hierzu wurde die Artikulationstherapie nach van Riper (1984) mit der Artikulationsmappe „Laute üben Türkisch-Deutsch“ (Ünsal, 2007) kombiniert. Mithilfe der Eltern wurde die türkische Muttersprache in Form von Hausaufgaben in die logopädische Therapie integriert. Außerdem wurde die Meinung der Eltern bezüglich des Materials und der Therapie mithilfe von Evaluationsbögen deskriptiv ermittelt.

Insgesamt nahmen 13 türkisch-deutsche Kinder zwischen vier und sieben Jahren mit einem Sigmatismus oder Schetismus an der Studie teil. Die experimentelle Gruppe, die sich aus sieben Kindern zusammensetzte, erhielt neben der deutschsprachigen Artikulationstherapie türkischsprachige Hausaufgaben. Zur Kontrollgruppe gehörten sechs Kinder, denen entsprechende Hausaufgaben in deutscher Sprache mitgegeben wurden. Die Therapie bestand aus sechs Therapieeinheiten. Darüber hinaus wurde eine Vor- und Nachmessung zur Überprüfung der Aussprache im Türkischen und im Deutschen durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Messungen wurden sowohl innerhalb der einzelnen Gruppen (Within Subject Design) als auch zwischen beiden Gruppen (Between Subject Design) statistisch analysiert. Vergleicht man die Ergebnisse der Vor- und Nachmessung innerhalb der experimentellen Gruppe, zeigt sich eine signifikante Verbesserung in beiden Sprachen. Die Kinder der Kontrollgruppe verbesserten sich lediglich im Deutschen signifikant. Zwischen den Gruppen wurde bei der Nachmessung statistisch kein signifikanter Unterschied festgestellt, jedoch erreichte die experimentelle Gruppe deskriptiv betrachtet deutlich bessere Ergebnisse bei der Nachmessung als die Kontrollgruppe. Darüber hinaus zeigte sich anhand der Elternbefragungen, dass die Eltern der Muttersprache unterschiedliche Bedeutung beimessen.
Es ist daher wichtig, zu ermitteln, in welchem Maße der Wunsch besteht, die Muttersprache in die Therapie zu integrieren. Letztendlich wird es dem Logopäden durch diese Form der bilingualen Artikulationstherapie ermöglicht, den individuellen Wünschen zweisprachiger Patienten nachzukommen und somit einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Logopädie zu leisten.

Literatur

Triarchi-Hermann, V. (2006). Mehrsprachige Erziehung – Wie Sie Ihr Kind fördern. München: Ernst Reinhard Verlag.
Ünsal, F. (2007). Laute üben Türkisch-Deutsch – Elternbegleitmaterial für die Sprachtherapie. Schaffhausen: Schubi-Verlag.
Gutierrez-Clellen, V. (1999). Language Choice in Intervention With Bilingual Children. American Journal of Speech-Language Pathology, 8, 291-302.
Grosjean, F. (1992). Individual bilingualism. In R.E. Asher & M. J. Simpson (Eds.), Encyclopedia of Language and Linguistics (Volume 3). Oxford: Pergamon.
Holm, A. & Dodd, B. (1999b). An intervention case study of a bilingual child with phonological disorder. Child language teaching and therapy, 15, 139-158.

Platz für Ihre Notizen:

Aussprachestörungen

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
9.30 - 10.00 Uhr

Kerstin Schauß-Golecki, Prof. Annette V. Fox-Boyer, PhD

Untersuchung zur Effektivität der psycholinguistischen Intervention bei kindlichen Aussprachestörungen – eine Einzelfallstudie

Hintergrund
In den letzten Jahren zeigte sich, dass störungsspezifische Ansätze in der Behandlung von kindlichen Aussprachestörungen am Wirkungsvollsten sind. Dabei liegen für das Deutsche momentan ausschließlich Therapiekonzepte mit einer vorgegebenen und festgelegten Struktur vor. Dem Gegenüber entwickelten Stackhouse & Wells (1997, 2001) einen psycholinguistischen Ansatz für das Englische, bei dem die Intervention individuell auf das Profil der Stärken und Schwächen im Sprechverarbeitungsprozess des betroffenen Kindes abgestimmt wird.

Ziel
Ziel der vorliegenden Einzelfallstudie war ein Effektivitätsnachweis einer individuellen psycholinguistischen Intervention bei kindlichen Aussprachestörungen im Deutschen.

Hypothese
Untersuchungen englischsprachiger Kinder mit Aussprachestörungen haben die Effektivität einer individuell geplanten Intervention basierend auf einem Sprechverarbeitungsmodell aufgezeigt (Überwindung der phonologischen Prozesse, Zunahme des Phoneminventars; Pascoe, 2006). Da der Sprechverarbeitungsprozess sprachenunabhängig sein soll, wurde angenommen, dass eine solche Herangehensweise auch bei einem deutschsprachigen Kind zur Verbesserung des phonologischen Systems und des Sprechverarbeitungsprozesses führt.

Methode
Die Durchführung erfolgte anhand einer Einzelfallstudie mit einem monolingual deutschsprachigen Jungen im Alter von 4;2 Jahren. Er zeigte diagnostisch eine isolierte konsequente phonologische Störung nach Dodd (1995) und hatte im Vorwege keine logopädische Therapie erhalten. Die Planung der Intervention wurde auf Grundlage der Eingangsuntersuchung entworfen, die aus der Ermittlung des phonologischen Systems (PLAKSS, Fox 2005) und der Untersuchung der verschiedenen Ebenen im Sprechverarbeitungsprozess mittels einer Testbatterie für deutschsprachige Kinder (Teutsch, in Vorbereitung) bestand. Die Behandlung fand ein bis zwei Mal pro Woche statt und umfasste drei Therapiephasen à 10 Einheiten. Im Anschluss folgte eine dreimonatige Therapiepause. Die Veränderungen der Intervention wurden nach jeder Phase gemessen, indem die Verfahren der Eingangsuntersuchung wiederholt wurden.

Ergebnisse
Die Analyse der Daten zeigte eine beständige Abnahme der behandelten Prozesse unter der Intervention. In der Abschlussuntersuchung konnten drei der vier behandelten phonologischen Prozesse nicht mehr beobachtet werden, der verbleibende mit nur noch 5%. Insgesamt reduzierten sich die phonologischen Prozesse um 69%. Alle Veränderungen erwiesen sich als höchst signifikant. Darüber hinaus zeigte das Kind in der Testbatterie Verbesserungen auf allen Ebenen des Sprechverarbeitungsprozesses mit höchst signifikanten Werten bei fünf der neun Aufgaben.

Zusammenfassung & Schlussfolgerung
Die Fallstudie zeigt, dass eine individuell geplante Intervention auf der Grundlage der Stärken und Schwächen im Prozess der Sprechverarbeitung in der Behandlung von kindlichen Aussprachestörungen genauso wirksam ist wie ein strukturiertes Therapiekonzept. Allerdings könnte diese Herangehensweise noch effektiver sein, da die Schwächen im Sprechverarbeitungsprozess spezifisch geschult werden und damit eine präventive Wirkung auf mögliche spätere Schriftsprachprobleme erzielt werden kann. Dazu bedarf es allerdings weiterer Forschungen.

Literatur
Dodd, B. (1995). Differential diagnosis & treatment of children with speech disorders. London: Whurr

Fox, A.V. (2005). Kindliche Aussprachestörungen. Phonologischer Erwerb – Differenzialdiagnose – Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner.

Pascoe, M.; Stackhouse, J.; Wells, B. (2006). Persisting speech difficulties in children. Bd. 3: Children´s speech and literacy difficulties. London: Whurr.

Stackhouse, J.; Wells, B. (1997). Children's speech and literacy difficulties. Bd. 1: A psycholinguistic framework. London: Whurr.

Stackhouse J.; Wells, B. (2001). Children's speech and difficulties. Bd. 2: Identification and intervention. London: Whurr.

Stimmperspektiven

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
8.30 - 9.00 Uhr

Uwe Schürmann

Sprechtexte in Diagnostik und Therapie

Einführung

Zwischen den Schallformen des spontanen Sprechens und des Vorlesens von Texten bestehen erfahrungsgemäß und unzweifelhaft Unterschiede. Eine Rede vorzulesen oder – anhand von Stichworten – frei vorzutragen bewirkt ebenfalls eine gänzlich andere Wirkung. Die in den detaillierten, stimmlich-sprecherischen Parametern beschreibbaren Unterschiede betreffen insbesondere unterschiedliche mittlere Sprechstimmlagen, Tempi, Rhythmen und Akzentuierungen.

Wenn nun in Diagnostikprozessen Aussagen zur mittleren Sprechstimmlage nur aufgrund der Sprechweise eines vorgelesenen Textes gemacht werden, sagt das wenig über die Stimmlage beim spontanen Sprechen aus. Im schlimmsten Fall kann es sogar zu einer Fehldiagnose kommen. Und wenn im Laufe einer Stimmtherapie Texte zum Einsatz kommen, dienen sie nicht zwangsläufig einem Transfer der stimmlich-sprecherischen Modifikationen in die Spontansprache – denn was nutzt das Sprechen von Texten, wenn sie in Wortwahl und Stil fern von den alltäglichen Äußerungen des Patienten sind oder er zu allem Überfluss möglicherweise so gut wie nie vorliest?

Natürlich bietet das Sprechen von Texte auch Vorteile in der Stimmtherapie. Zum einen beschäftigen sich viele Patienten in ihrem privaten oder beruflichen Kontext zumindest zeitweise mit dem Vorlesen. In diesem Fall ist es im Sinne des Transfers sogar zwingend, die stimmlich-sprecherischen Modifikationen auch beim Vorlesen einzuüben. Aber auch dann, wenn die Patienten wenig vorlesen, können Texte dazu dienen, die stimmlich-sprecherischen Ergebnisse wegen des immer gleichen Wortlautes leichter miteinander vergleichen zu können. Auch lassen sich einzelne Artikulationsabläufe gezielter und häufiger trainieren. Die Patienten müssen auch nicht darüber nachdenken, was sie zu Übungszwecken sprechen könnten. Und macht der Umgang mit manchen Texten nicht auch einfach Spaß?! Sicher – doch gilt das nicht für jeden Patienten. Aber worin könnte dann die Alternative bestehen?
Der Vortrag stellt die Vor- und Nachteile des Einsatzes von Texten einander gegenüber, bietet Alternativen zum Texteinsatz und stellt die Grundzüge einer sinnvollen Erarbeitung von Texten beispielhaft dar.

Literatur

Aderhold, E. (1983). Sprecherziehung des Schauspielers, 2. Auflage. Wilhelmshaven: Heinrichshofen´s Verlag,

Geissner Hellmut (1986). Sprecherziehung – Didaktik und Methodik der mündlichen Kommunikation. Frankfurt/M.: Scriptor Verlag.

Panknin, H.; Schürmann, U. (2008). „Voice Coaching für Stimme und Ausdruck". München: Ernst Reinhardt Verlag.

Schürmann, U. (2007). mit sprechen bewegen. Stimme und Ausstrahlung verbessern mit atemrhythmisch angepasster Phonation. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wachtel, S. (1995). Sprechen und Moderieren in Hörfunk und Fernsehen. Konstanz: Verlag Ölschläger.

Platz für Ihre Notizen:

Stimmperspektiven

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
9.00 - 9.30 Uhr

Rainer Stückle

Ergebnisse akustischer Satzanalysen bei Stimmstörungen

Hintergrund
Über die Nützlichkeit und Notwendigkeit der computergestützten akustischen Stimm- und Sprechanalyse herrscht Einigkeit. Akustische Analysen werden u. a. in der AWMF-Leitlinie „Stimmstörung" der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie oder im ELS-Basisprotokoll der European Laryngolocical Society empfohlen. So beginnen Logopädinnen zunehmend dieses Werkzeug mittels kommerzieller Software anzuwenden um z.B. die „Funktion" der stimmlichen Behinderung (ICF) zu beschreiben. Ebenso können sie die gewonnenen Informationen zur Therapieplanung und Effektivitätsbeurteilung nutzen.
Messungen an ausgehaltene Vokalen sind ein gängiges und ökonomisches Verfahren (z.B. MacKenzie et al., 2001). Messungen an „running speech" werden empfohlen, um die Stimme und die Sprechweise des Patienten abzubilden. Der Unterschied besteht darin, dass sich die Variablen Intonation, Schalldruckpegel, Betonung, Resonanzen und Timbre einzuschätzen lassen. Es fehlen jedoch standardisierte deutsche Sätze für die Analyse.

Ziel
Die Anwendbarkeit der akustischen Analyse eines Modellsatzes soll diskutiert werden.

Fragestellung und Hypothese:
Kann mit der Satzanalyse ein Therapieeffekt gemessen werden?
Ho: Die Mittelwerte der o.g. Variablen unterscheiden sich nicht im Vorher-Nachher-Vergleich.

Methodik
33 Erwachsene mit fachärztlich diagnostizierten Stimmstörungen wurden an die Logopädiepraxis des Autors überwiesen. Sie gruppieren sich ätiologisch in 4 Einzelgruppen: Hypertone Dysphonien (n=8), Hypotone Dysphonien (n=8), Noduli (n=5) und Stimmlippenlähmungen (n=12). Die Probanden wurden vom Autor logopädisch diagnostiziert und akustisch analysiert. Sie erhielte vom Autor jeweils 10 Behandlungen mit der Akzentmethode (Smith & Thyme, 1980; Thyme-Frøkjaer & Frøkjær-Jensen, 2007). Die Behandlungsfrequenz betrug 1-2x / Woche, je 45 min. Die akustischen Aufnahmen erfolgten vor und nach der Behandlungsserie mit dem Testsatz „Auf einer Insel lag ein Schloss. Dort wohnten ein König und eine Königin." Die Messungen erfolgten mit dem CSL Computerized Speech Laboratory (Kay Elemetrics, 2001). Die Parameter Fo_VK (Maß für die Intonation), SPL_mean (Schalldruckpegel), SPL_SD (Maß für die Betonung), LTA_E1 (Resonanzgipfel 1), LTA_E2 (Resonanzgipfel 2), LTA_Diff (Stimmtimbre) wurden analysiert.

Ergebnisse
Die Mittelwerte der Parameter wurden im Vorher-Nachher-Design paarweise statistisch geprüft. Die Berechnungen erfolgten mit SPSS für das Signifikanzniveau $p<0,05$.
1. In der Gesamtgruppe (n=33): SPL_mean, SPL_SD und LTA_E2 unterscheiden sich signifikant.
2. In den 4 Einzelgruppen:
In der Gruppe „Hypertone Dysphonien"(n=8): keine signifikanten Veränderungen der Parameter.
In der Gruppe Hypotone Dysphonie (n=8): SPL_mean unterscheidet sich signifikant.
In der Gruppe „Knötchen" (n=5): keine signifikanten Veränderungen der Parameter.
In der Gruppe „Paresen" (n=12): LTA_E2 unterscheidet sich signifikant.

Diskussion
Der Intonationsparameter ist in der Gesamt- und den Einzelgruppen unverändert. Die Frage der Therapierelevanz muss an einer Vergleichsstichprobe von Normalstimmen gemessen werden.
Die Schalldruckparameter verändern sich in den hypotonen Stimmen signifikant. Die Stimmlippenlähmungen verändern ihr Timbre, was letztlich auf Veränderungen der Energiegipfel hinweist. Es scheint als seien Therapiefortschritte „schwacher Stimmen" mit Satzanalysen gut zu messen.
In den „starken Stimmen" finden sich keine signifikanten Veränderungen der Parameter. Wahrscheinlich sollten deren Fortschritte eher von Schwankungsmessungen (Jitter, Shimmer) und Geräuschparametern erfasst werden.
Die Studie zeigt v.a. Veränderungen der Schallenergie-Parameter in der Gesamtgruppe und in den schwachen Stimmen durch die Intervention „Akzentmethode". Für weitere Studien sollte die Zahl der Probanden in allen

Gruppen erhöht werde, um evtl. ß-Fehler in den anderen Gruppen (Power, Effekt nicht erkannt) zu verringern.
Akustische Satzanalysen scheinen für die logopädische Diagnostik nützlich mit Ausnahme der Intonationsmessung und der „starken Stimmen". Therapeuten anderer Therapierichtungen könnten Testsätze akustisch analysieren, um diese und ihre Ergebnisse zu evaluieren.

Literatur

Dejonckere, P.H.; Bradley, P.; Clemente, P.; Cornut, G.; Crevier-Buchman, L.; Friedrich, G.; Van De Heyning, P.; Remacle, M.; Woisard, V. (2001). A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficiacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. In: Eur Arch Otorhinolaryngol, Heft 258, 77-82.

Fex, B.; Fex, S.; Hirano, M.;Shiromoto, O. (1994). Acoustic analysis of functional dysphonia bevor and after voice therapy (Accent Method). In: Journal of voice, 8 (2), 163-167.

MacKenzie K.; Millar A.; Wilson J.A.; Sellars C.; Deary I.J. (2001). Is voice therapy an effective treatment for dysphonia? A randomised controlled trial. BMJ; 323(7314): 658-673.

Ruotsalainen J.H.; Sellman J.; Lehto L.; Jauhiainen M.; Verbeek J.H. (2008). Interventions for treating functional dysphonia in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2.

Thyme-Frøkjaer, K.; Frøkjær-Jensen, B. (^{2}2007). Die Akzentmethode in Theorie und Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner.

Platz für Ihre Notizen:

Stimmperspektiven

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
9.30 - 10.00 Uhr

Gabriele Münch

Die manuelle Stimmtherapie: Eine Therapie, die berührt

Einführung:
Die Manuelle Stimmtherapie ist eine von Gabriele Münch entwickelte Therapiemethode, die manuelle Techniken mit sprechwissenschaftlichen Erkenntnissen kombiniert.

Ziel ist es, durch eine gezielte Diagnostik funktionelle Störungen am Patienten zu erkennen und durch gezielte Handgriffe aus der Manuellen Medizin, Osteopathie und von Frau Münch selbst entwickelten Handgriffen zu therapieren.

Die Manuelle Stimmtherapie befasst sich mit den Körperbereichen des laryngealen, orofacialen, pulmonalen und faszialen Bereiches.

Die Störungsbilder der Dysphonien, Dysphagien, neurologischen Erkrankungen, myofunktionellen Störungen, der Atemflusserkrankungen sowie der Rhinolalien, Rhinopathien, der Fehlbisse und Veränderungen des harten Gaumens können mit den Manuellen Techniken behandelt und beeinflusst werden. Zielsetzung ist das Heilen bei funktionellen Dysphonien oder die Verbesserung der Gesamtlebenssituation bei schwersterkrankten Patienten.

Literatur:
Münch, G. (2003). Die Manuelle Stimmtherapie, eine Therapie, die „berührt". Idstein: Schulz-Kirchner.
Münch, G. (2009). Die erweiterte Manuelle Stimmtherapie mit neuen Techniken. Idstein: Schulz-Kirchner

Platz für Ihre Notizen:

Ist medizinische Versorgung Teamarbeit

Gutenberg-Saal 2
Freitag, 12. Juni
8.30 - 9.00 Uhr

Monika Rausch

Wer entscheidet? Kooperation und Verantwortung aus logopädischer Sicht

Ob medizinische Versorgung Teamarbeit sein kann, hängt von verschiedenen Faktoren ab, auch davon, welche Gesetze dabei gelten. Beispielsweise können ausgewählte Tätigkeiten der Versorgung durch gesetzliche Vorgaben bestimmten Berufsgruppen vorbehalten sein. Oder es kann gesetzlich vorgeschrieben sein, welche Qualifikation für welche Tätigkeit erforderlich ist. Aus Veränderungen in der Versorgungsrealität (z.B. Ärztemangel) können neue Fragen zu gesetzlichen Regelungen entstehen, die in politischen Diskussionen thematisiert werden, aber auch von den Gerichten geklärt werden.
Der Vortrag skizziert gesetzliche Grundlagen, aktuelle Urteile (der Physiotherapie) und politische Positionen von Ärzten, Pflege und Heilmittelerbringern zu den verschiedenen Aufgaben in der Versorgung. Dies bildet die Grundlage für die Erläuterung der aktuellen berufspolitischen Situation der Logopädie und der dbl-Position „Medizinische Versorgung ist Teamarbeit".

Kindersprache – Therapie

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
10.30 - 11.00 Uhr

Julia Siegmüller, Catherine Schröders, Ulrike Sandhop, Monika Otto & Carmen Herzog-Meinecke

Wirksamkeitsvergleiche von Inputspezifizierungen bei Kindern mit allgemeinen Entwicklungsstörungen und Kindern mit umschriebenem Late-Talker-Profil – Neues aus dem LST-LTS-Projekt

Im LST-LTS-Projekt (Lexikalische und syntaktische Therapie bei Kindern mit komplexen Störungsbildern im Late-Talker-Stadium) wird untersucht, ob eine Therapiemethode – Inputspezifizierung – bei Kindern mit allgemeinen Entwicklungsstörungen und Sprachentwicklungsauffälligkeiten genauso wirkt wie bei Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (SES). Die Therapie beginnt bei Kindern ab 2 Jahre, die noch Risikokinder für SES sind und setzt sich fort. Alle Kinder sind zum Zeitpunkt des Therapiestarts in der Einwortphase und weisen weniger als 50 Wörter im produktiven Wortschatz auf. Auf dem diesjährigen dbl-Kongress werden zum ersten Mal Daten präsentiert, in denen die Wirksamkeit der Inputspezifizierung bei den beschriebenen Kindergruppen verglichen wird. Ziel dieser Analyse ist es zu untersuchen, ob eine Therapiemethode, die für spezifische SES entwickelt wurde, bei Kindern mit eingebetteter Sprachstörung gleich wirksam ist. Darüber hinaus werden feinere störungsbildbezogene Analysen der Kindergruppe dargestellt.

Das LST-LTS-Projekt hat eine Homepage www.latetalker.de, wo sich Therapeuten und Praxen zur Teilnahme anmelden können. Ebenfalls können neue Kinder über diese Seiten angemeldet werden. Über Besuche auf unserer Homepage freuen wir uns sehr.

Kindersprache – Therapie

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
11.00 - 11.30 Uhr

Michelle Klingner, Katrin Keller, Petra Laven, Thomas Günther

Transfer in die Spontansprache bei Kindern mit einer phonetischen Aussprachestörung: Kindergartenkinder und Grundschüler im Vergleich

Einführung

Die Therapie von phonetischen Aussprachestörungen kann dank Verfahren wie dem Kontingenzmanagement (KM) oder dem Shared-Descision-Making (SDM) bei mehr als 80% der Kinder bereits nach 10 Therapien beendet werden (siehe Günther & Hautvast, in press für eine detaillierte Beschreibung des Programms). Ein Nachteil der meisten Effektivitätsstudien ist jedoch, dass ausschließlich durch einen Benenntest überprüft wird, inwieweit der therapierte Laut beherrscht wird. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes wird selten eine Spontansprachanalyse durchgeführt, um den Transfer des Erlernten in die Spontansprache zu evaluieren. Einige wenige Studien haben gezeigt, dass Kinder gegen Ende der Therapie häufig den Laut auf Satzebene beherrschen, aber ein Transfer in die Alltagssprache häufig nicht oder kaum stattfindet (z.B. Arthold & Hautvast, 2006). Das Automatisieren einer erlernten Fähigkeit koste Zeit und viel Übung. Diesbezüglich stellt sich daher die Frage, ob der Prozess der Automatisierung in der Sprachtherapie therapeutisch begleitet werden muss, oder ob sich ein Transfer in die Spontansprache nach einer ausreichenden Therapiepause automatisch zeigt. Ferner gibt es Hinweise darauf, dass ältere Kinder, bei denen eine fehlerhafte Sprechweise bereits längere Zeit vorliegt, einen höheren Therapiebedarf haben, um sich eine neue Sprechweise anzueignen und diese in die Spontansprache zu integrieren (Ritterfeld 2003). Ziel dieser Studie war es daher, den Transfer in die Spontansprache nach einer Therapiepause zu untersuchen. Zudem wurde überprüft, ob der Transfer in die Spontansprache bei Schulkindern anders verläuft als bei Kindergartenkindern.

Insgesamt nahmen 22 Kinder zwischen vier und acht Jahren mit einer phonetischen Aussprachestörung (/s/) an der Therapiestudie teil. Die Kinder wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe (n=11) bestand aus Kindergartenkindern im Alter von vier bis fünf Jahren (MW = 5,3 Jahre ±0,6), die zweite Gruppe aus Schulkindern zwischen sechs und acht Jahren (MW = 7,2 Jahre ±0,8). Beide Gruppen erhielten ein hoch strukturiertes Therapieprogramm basierend auf dem klassischen Therapiekonzept nach Charles van Riper (van Riper & Erickson, 1996), bei dem Therapieziele, Anzahl der Kontakte zwischen Therapeut und Patient bzw. Umgebung und Abläufe der einzelnen Sitzungen für alle Kinder identisch waren. Das Programm bestand aus acht Therapiesitzungen à 45 Minuten innerhalb von vier bis sechs Wochen (ein bis zwei Sitzungen pro Woche). Zudem wurde das Programm durch KM und SDM ergänzt. Alle Kinder nahmen an drei Messmomenten teil: eine Vormessung, die 1. Nachmessung nach Abschluss der acht Therapien und eine 2. Nachmessung nach einer vierwöchigen Therapiepause. Zu allen Messzeitpunkten wurde ein lautspezifischer Lautprüfbogen abgenommen. Um den Transfer des Erlernten in die Spontansprache zu erfassen, wurde der Percantage-of-Correct-Consonants (PCC; Shriberg et al., 1997) bei einem standardisierten Spontansprachsample berechnet. Beide Gruppen waren in Bezug auf Geschlechterverteilung, Art und Ausprägung der Störung vergleichbar.

Die Ergebnisse zeigen, dass das klassische Therapiekonzept nach van Riper in Kombination mit dem KM und SDM effektiv ist. Beide Testverfahren zeigten in jeder Gruppe signifikante Verbesserungen ($p < 0.001$). Beide Gruppen erreichten wie erwartet bereits in der 1. Nachmessung nahezu die maximale Punktzahl bei den Lautprüfbögen und zeigten somit eine korrekte Artikulation des therapierten Ziellautes auf Satzebene. In der Spontansprache (PCC) hingegen wiesen beide Gruppen noch Schwierigkeiten auf. Im Gegensatz zu den jüngeren Kindern verbesserten sich die Schulkinder in der 2. Nachmessung in der Spontansprache nicht mehr und ihr PCC blieb konstant im auffälligen Bereich. Die Kindergartenkinder hingegen verbesserten sich in ihrer Spontansprache nach einer vierwöchigen Pause noch deutlich ($p < 0.001$). Da der Transfer bei jüngeren Kindern demnach nach Abschluss der Therapie automatisch stattfindet, kann bei diesen die Therapie beendet werden, wenn der therapierte Laut auf Satzebene beherrscht wird. Der Transfer in die Spontansprache erscheint bei älteren Kindern jedoch schwieriger. Hier muss diskutiert werden, inwieweit der Transfer in die Spontansprache aktiver Bestandteil der Therapie sein muss.

Literatur

Arthold, J. & Hautvast, S. (2006). Einfluss einer einmonatigen Therapiepause auf die Therapieeffektivität bei Artikulationsstörungen. Hogeschool Zuyd – Opleiding Logopedie, Heerlen.

Günther, T. & Hautvast, S. (in press). Ergänzung der klassischen Artikulationstherapie durch Kontingenzmanagement und Shared-Descision-Making: eine Therapieeffektstudie. Sprache – Stimme – Gehör.

Ritterfeld, U. (2003). Beratung. In: Grohnfeld, M. (Ed.) Lehrbuch der Sprachheilpädagogik. Band 4 ed., pp. 25-41.

Shriberg, L.D.; Austin, D.; Lewis, B.A.; McSweeny, J.L. & Wilson, D.L. (1997). The Percentage of Consonants Correct (PCC) Metric: Extensions and Reliability Data. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40, 708-722

Van Riper, C. & Erickson, R. (1996). Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology. (9 ed.) New York: Prentice Hall Inc.

Kindersprache – Therapie

Kongress-Saal
Freitag, 12. Juni
11.30 - 12.00 Uhr

Thomas Günther

Aufmerksamkeitsstörungen in der Logopädie: Implikationen für die Diagnostik und Behandlung von Kindern

Einführung

Aufmerksamkeitsstörungen in Form eines Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) hat in der Bevölkerung bei Kindern eine Prävalenz zwischen 3 und 10% (Lehmkuhl et al., 2008). Im logopädischen Alltag ist die Anzahl der Kinder die zusätzlich zum sprachtherapeutischen Defizit ein ADHS haben jedoch erheblich höher. So haben beispielsweise ca. 15-40% der Kinder mit einer Legasthenie (Willcutt & Pennington, 2000) ein ADHS. Ferner haben bis zu 45% der Kinder mit einem ADHS eine sprachbezogene Störung (Tirosh & Cohen, 1998), wobei sich die Störungen auf allen sprachlichen Ebenen äußern (siehe Blankenstijn & Scheper (2003) für eine sehr gute Übersicht zu diesem Bereich). Diese erhöhte Komorbidität lässt sich bis dato nicht schlüssig erklären. Es ist jedoch offensichtlich, dass „single-deficit" Modelle als Erklärung diese Häufung von Komorbidität nicht erklären können (Pennington, 2006). Unabhängig von den Erklärungshypothesen stellt diese hohe Komorbidität eine besondere Anforderung an die Diagnostik und die Behandlung im logopädischen Alltag. Eine Integration von logopädischem und psychiatrischem Wissen ist essentiell um Kinder mit Sprachstörungen und komorbiden psychiatrischen Erkrankungen effektiv behandeln zu können. Im Rahmen des Vortrags wird daher kurz auf den Zusammenhang zwischen Sprachstörungen und AD(H)S eingegangen und Erklärungsmodelle vorgestellt. Beispielhaft soll anhand eines Vergleiches von Kindern mit ADHS, Legasthenie, ADHS+Legasthenie und gesunden Kontrollkindern dargestellt werden, dass Kinder mit einer Legasthenie und einem komorbiden ADHS anders behandelt werden müssen als Kinder mit Legasthenie ohne ADHS. Ferner wird in der Diskussion die Bedeutung der medikamentösen und interdisziplinären Behandlung für eine erfolgreiche Behandlung diskutiert.

Literatur

Blankenstijn, C. & Scheper, A. (2003). Language development in children with psychiatric impairment. Utrecht: LOT.

Lehmkuhl, G.; Konrad, K. & Döpfner, M. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Eds.), Entwicklungspsychiatrie: Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. (pp. 674-693). Stuttgart: Schattauer.

Pennington, B.F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. Cognition, 101(2), 385-413.

Tirosh, E. & Cohen, A. (1998). Language deficit with attention-deficit disorder: a prevalent comorbidity. Journal of Child Neurology, 13(10), 493-497.

Willcutt, E.G. & Pennigton, B.F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. Journal of Learning Disabilities, 33(2), 179-191.

Platz für Ihre Notizen:

Lehre zwischen Theorie und Praxis

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
10.30 - 11.00 Uhr

Ulla Beushausen

Evidenz-basierte Praxis in der Lehre

Einführung

Evidenz-basierte Praxis ist eine Wissensmanagementmethode, um Patienten möglichst optimal zu versorgen und stellt die Selbstverpflichtung einer Berufsgruppe auf hohe professionelle Standards dar (Dollaghan, 2007).

Dabei basiert der therapeutische Entscheidungsprozess der evidenz- basierten Praxis auf drei Grundpfeilern:
(1) dem Wissen und der Erfahrung des Therapeuten,
(2) der externen Evidenz als Wissen aus Studien und Forschung und
(3) den individuellen Erfahrungen und Präferenzen des Patienten.

Während der Erfahrungsschatz des Therapeuten in der Ausbildung von Sprachtherapeuten bereits traditionell in der Lehre verankert ist, stellt sich für Grundpfeiler 2 und 3 die Frage nach der praktischen Umsetzung im Lehr- und Ausbildungsprozess.

Im Vortrag wird deshalb auf die praktische Umsetzung von Evidenz-basierter Praxis in Unterricht und Lehre eingegangen: Der Einbezug externer Evidenz, aus Studien und Forschung wird in einem fünf-Schritte-Programm verdeutlicht und die partizipative Entscheidungsfindung mit den Klienten wird mittels Zielsetzungsstrategien (Arbeitsvertrag, SMART-Regeln, Zielereichungsskalen etc.) erläutert.

Die vorgestellten Entscheidungstools ermöglichen Auszubildenden und Lehrenden ein evidenz-basiertes therapeutisches Vorgehen (Beushausen, 2009, 2005).

Literatur

Beushausen, U. (2009). Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. München: Elsevier.
Beushausen, U. (2005). Evidenz-basierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität, Forum Logopädie, 3, 2-7.
Dollaghan, Chr. (2007). The Handbook for Evidenced-Based Practice in communication disorders. Baltimore: Paul H. Books Publishing.

Platz für Ihre Notizen:

Lehre zwischen Theorie und Praxis

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
11.00 - 11.30 Uhr

Claudia Bremer

E-Learning- und Blended Learning-Szenarien: Einführung zu Formen, Mehrwerten, Chancen und Risiken

Einführug

Welche Szenarien netzgestützten Lehrens und Lernens existieren und welche lassen diese sich im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sinnvoll einsetzen? Welche Mehrwerte entfalten die einzelnen Szenarien für Lernprozesse und die Organisation des Lehrens und welche Kombinationen von Online- und Selbstlernphasen und Präsenzsitzungen haben sich bewährt? Mit Hilfe des Einsatzes Neuer Medien in Bildungsprozessen können einerseits kognitive Lernprozesse verbessert und durch unterschiedliche Codierungsformen verschiedene Lerntypen berücksichtigt werden. Gleichzeitig kann die Organisation des Lernprozesses für Lehrende und Lernende unterstützt und vereinfacht werden.

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über Formen, Szenarien und Mehrwerte unterschiedlichster eLearning-Settings und gibt Antwort auf Fragen wie: Was genau steckt hinter dem Begriff „Blended Learning"? Wann ist welches Einsatzszenario sinnvoll und wie lassen sich die Potentiale des Medieneinsatzes in den verschiedenen Settings am besten realisieren? Dies wird anhand von Beispielen aus der Praxis verdeutlicht. Neben der Anreicherung vorhandener Lehrkonzepte geht es dabei auch um das Erschließen neuer Einsatzpotentiale und neuer didaktischer Möglichkeiten wie sie der Einsatz von Wikis und Weblogs und Tools wie Videokonferenzen und Virtual Classrooms ermöglichen. Anhand verschiedener Methoden in den online Phasen lässt sich die Eignung bestimmter Medien für Kommunikations- und Lernprozesse ableiten. Dabei wird auch der Blick auf den damit verbundenen Ressourcenaufwand für Vorbereitung und Betreuung geworfen und Hinweise gegeben, welche Kompetenzen und Voraussetzungen für Lehrende und Lernende vorhanden sein müssen, um den Erfolg zu garantieren.

Literatur

Bremer, C. (2004). Szenarien mediengestützten Lehrens und Lernens in der Hochschule In: Löhrmann; I. (Hrsg.), Alice im W.underland – E-Learning an deutschen Hochschulen. Vision und Wirklichkeit. Bielefeld. S. 40-53.

Bremer, C. (2005). Handlungsorientiertes Lernen mit Neuen Medien. In: Lehmann, B. und Bloh, E. (Hrsg.), Online-Pädagogik – Methodik und Content-Management. Hohengehren. 175-197.

Bremer, C.; Kohl, K. (Hrsg.) (2004). E-Learning Strategien – E-Learning Kompetenzen an Hochschulen. Bielefeld.

Bremer, C. (2008). Fit fürs Web 2.0? Ein Medienkompetenzzertifikat für (zukünftige) LehrerInnen. In: Zauchner, S.; Baumgartner, P.; Blaschitz, E.; Weissenbäck, A. (Hrsg.), Offener Bildungsraum Hochschule. Tagungsband der GMW-Tagung 2008. Münster. 134-144.

Bremer, C. (2004). Medienkompetenz von Hochschullehrenden im Kontext von Mediengestaltung und dem Erstellungsprozess netzgestützter Lehre. In: Bett, K.; Wedekind, Z.; Zentel, P. (Hrsg.), Medienkompetenz für die Hochschullehre. Münster. 197-214.

Platz für Ihre Notizen:

Lehre zwischen Theorie und Praxis

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
11.30 - 12.00 Uhr

Maria Geißler

Logopädie 2.0 – Möglichkeiten und Grenzen von E-Learning in der Aus- und Weiterbildung in der Logopädie

Einführung

E-Learning-Konzepte haben in den letzten Jahren gezeigt, dass sie sinnvoll in der Aus-und Weiterbildung einsetzbar sind (Mandl et al., 2006). Auch in der Logopädie wurden einzelne e-learning-Projekte erfolgreich durchgeführt (z.B. Lauer, 2005, Geißler, 2009). Trotzdem wird diese Möglichkeit des Fernlernens in der Logopädie noch relativ selten eingesetzt, obwohl e-learning- oder blended-learning-Modelle für Teile der Ausbildung und für Weiterbildungs- und Weiterqualifikationsmaßnahmen durchaus viel versprechend sind. So hat sich gezeigt, dass sich für Bildungsanbieter mit e-learning zwar, nicht wie ursprünglich erwartet, Personalkosten reduzieren lassen, die Teilnehmenden von Weiterbildungsmaßnahmen jedoch Reise- und Übernachtungskosten einsparen. Außerdem können die Teilnehmenden solcher Kurse ihren Lernprozess weitestgehend selbständig steuern, auf erweiterte Nachschlagemöglichkeiten zugreifen und trotzdem kooperativ lernen.

In einer Studie mit 37 Studierenden der Logopädie wurden an der Hochschule Fresenius die Lerneffekte für Fachinhalte und -kompetenzen zum Thema Dysphagie sowie für den Umgang mit elektronischen Medien untersucht. Hierzu wurden die Studierenden vor und nach dem Kurs befragt, und die fachlichen Inhalte wurden zusätzlich in einer e-learning-Hausarbeit getestet. Des Weiteren schätzten die Studierenden die Lernbedingungen, den Zeitaufwand und die Lernplattform ein, und der Aufwand für die Lehrenden wurde dokumentiert.
Insgesamt war die Akzeptanz von blended learning gut. Die Studierenden lernten in dieser Lernumgebung. Die empfundenen Fähigkeiten zur Mediennutzung verbesserten sich im Bereich der Officenutzung und der Nutzung von e-Mail und einem Chatprogramm. Die Fähigkeiten im Umgang mit dem Internet und der e-Moderation veränderten sich nicht. Die Studierenden verbrachten gleich viel oder weniger Zeit mit den e-learning-Anteilen als für reine Präsenzveranstaltungen kalkuliert wird. Die Betreuung im e-learning erforderte pro Woche 2,75 Zeitstunden, welche durch die Lehrkräfte zusätzlich zu den Präsenzlehrzeiten geleistet wurden (Geißler, 2009).

Ausgehend von dieser Untersuchung sollen Möglichkeiten und Grenzen für die Aus- und Weiterbildung im Bereich der Logopädie diskutiert werden. Hierbei soll insbesondere auf den Nutzen verschiedener Lernumgebungen für unterschiedliche Lernertypen und Lerninhalte eingegangen werden (vgl. auch Kaiser et al., 2007).

Literatur

Geißler, M. (2009 in Vorbereitung). Blended Learning in Ausbildung und Studium der Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner (online-Veröffentlichung).

Kaiser, A.; Kaiser, R.; Hohmann, R. (2007). Lernertypen – Lernumgebung – Lernerfolg. Erwachsene im Lernfeld. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.

Lauer, N. (2005). E-learning für LogopädInnen – Zukunftsvision oder Realität?, Forum Logopädie, 2 (19), 28-32.

Mandl, H. & Kopp, B. (2006). Blended Learning: Forschungsfragen und Perspektiven. FB 182. Department Psychologie, Institut für Pädagogische Psychologie. LMU München.

Platz für Ihre Notizen:

Bunte Blätter

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
14.00 - 14.30 Uhr

Sabine Corsten, Markus Mende, Jürgen Cholewa, Walter Huber

Theoriegeleitete Therapie der Sprechapraxie – Ein materialbasierter Ansatz

Zielsetzung

Im Vortrag wird ein theoriegeleitetes, störungsspezifisches, materialbasiertes Therapieverfahren für die Behandlung von Patienten mit Sprechapraxie vorgestellt. Als theoretischer Hintergrund der Studie wurde das serielle Sprachproduktionsmodell von Levelt, Roelofs und Meyer (1999) herangezogen. Innerhalb des Modells kann die Sprechapraxie auf der Ebene des phonetischen Enkodierens (Programmieren von Artikulationsgesten) verortet werden. Ein wirksamer Einflussparameter auf dieser Verarbeitungsebene ist die phonetische Komplexität. In dem entwickelten Therapieansatz soll ausgehend von der Methode des phonetischen Kontrastierens (Minimalpaartraining), welche ein gängiges Behandlungsverfahren bei mittelschwerer bis leichter Sprechapraxie darstellt, über systematisch kontrolliertes Material die zugrunde liegende Störung unmittelbar beeinflusst werden. Als Beschreibungsmaß für die phonetische Silbenkomplexität wurde die Sonoranztheorie nach Clements (1990) herangezogen. Anhand von Einzelfalluntersuchungen konnte die Wirksamkeit des Verfahrens demonstriert werden (siehe auch Corsten, Mende, Cholewa & Huber, 2005).

Methode

In der Therapie, die im Minimalpaarsetting stattfand, wurde Material mit systematisch zunehmender Silbenkomplexität angeboten. Dieses wurde kontrastiert mit Material mit gleich bleibender Komplexität. Weiterhin wurden die Position des phonematischen Kontrastes (Onset versus Coda) und die Lexikalität (Wort versus Pseudowort) systematisch variiert. Als Kontrollbedingung fungierte ein Training mit Wörtern ohne minimale phonematische Kontraste. Der experimentelle Aufbau der Studie bestand aus einem Multiple Baseline Design mit einer Therapiephase, die im „alternating treatments design" durchgeführt wurde. Pro Tag wurden zwei Therapiesitzungen á 30 Minuten durchgeführt (insgesamt 42).

Erwartungen

Es wurde erwartet, dass Patienten mit Sprechapraxie von dem Material mit zunehmender Komplexität am meisten profitieren würden. Da bei Sprechapraxie häufig Sprechinitiierungsprobleme auftreten, könnte das Onset-Training ebenfalls einen Therapieeffekt zeigen. Hinsichtlich eines differenziellen Effekts von Real- und Pseudowörtern lässt die Theorie keine Vorhersage zu. Aufgrund der stärkeren Vertrautheit wird jedoch mit einer leichten Überlegenheit von Realwörtern gerechnet. Wörter ohne phonematische Ähnlichkeiten sollten nur geringe Effekte zeigen.

Ergebnisse

Berichtet wird von zwei sprechapraktischen Patienten, die sich entsprechend der Hypothesen in der Bedingung mit steigender Komplexität verbesserten. Ein Patient zeigte zusätzliche Effekte beim Training mit Wörtern kontrastiert im Onset und in der Coda. In Kontrolltests, die vor, während und nach der Therapie abgenommen wurden, wurde für beide Patienten ein verbessertes phonetisches Verarbeiten von Pseudowörtern festgestellt. Diese Verbesserungen waren in einem Fall auch nach drei therapiefreien Monaten stabil.

Schlussfolgerungen

Der theoriegeleitete Ansatz, der sich auf das psycholinguistische Sprachproduktionsmodell von Levelt bezieht, erweist sich als besonders fruchtbar für die Entwicklung einer Therapie zur Behandlung der Sprechapraxie. Die davon ausgehende defizitorientierte Intervention mit nach Prinzipien der Sonoranz kontrolliertem und hierarchisiertem Material führte bei den besprochenen Patienten zu Leistungsverbesserungen. Der in dieser Studie lediglich experimentell erprobte Therapieansatz sollte im Sinne einer optimalen Intervention insbesondere bezüglich des methodischen Vorgehens modifiziert werden. Bei der Implementierung spezifischer Hilfen und Vermittlungstechniken kann wiederum logopädisches Erfahrungswissen genutzt werden.

Literatur

Clements, G.N. (1990). The role of the sonority cycle in core syllabification. In J. Kingston & M. Beckman (Eds.), Papers in laboratory phonology I. Between the grammar and physics of speech (pp. 283-332). Cambridge: MIT Press.

Corsten, S.; Mende, M.; Cholewa, J. & Huber, W. (2005). Model-based treatment of phonetic encoding impairments: Two cases of apraxia of speech. Brain and Language, 95(1), 176-177.

Levelt, W.J.M.; Roelofs, A. & Meyer, A.S. (1999). A theory of lexical access in speech production. Behavioral and Brain Sciences, 22, 1-75.

Bunte Blätter

Gutenberg-Saal 1
Freitag, 12. Juni
14.30 - 15.00 Uhr

Irene Ablinger, Kerstin Schumacher, Walter Huber

Blickbewegungsmessungen bei der Diagnose von Dyslexie

Einführung

Blickbewegungsmessungen stellen in der experimentellen Psychologie bereits eine gut etablierte Methode zur Untersuchung von Leseprozessen dar. Die Okulomotorik ist als Teil des „aktiven Sehens" (Findlay et al., 2003) Bestandteil der visuellen Informationsaufnahme und liefert gleichzeitig Hinweise für die kognitiven Prozesse der Verarbeitung geschriebener Sprache. Mit dem gegenwärtigen Stand der Messtechnik können Blickpositionen buchstabengenau mit einer zeitlichen Auflösung von 250 Hz und mehr erfasst werden.

Beim Lesen bewegen sich die Augen in ruckartigen Sprüngen (Sakkaden) über die Textzeile. Unterbrochen werden diese durch Ruhephasen der Augen (Fixationen), in denen Textinformationen aufgenommen werden. Ausschlaggebend dafür, wo die Augen im Wort landen, sind sowohl basal-visuelle Merkmale (z.B. Wortlänge) als auch kognitive Merkmale (z.B. orthographische Regularität am Wortanfang). Wesentlich ist, dass die Dauer und Anzahl der Fixationen auf einem Wort eng mit dem mentalen Aufwand zu seiner Verarbeitung zusammenhängen (Rayner, 1998; Radach & Kennedy, 2004).

Bislang finden Blickbewegungsmessungen in der Forschung zu erworbenen Dyslexien jedoch noch wenig Berücksichtigung. Am Universitätsklinikum in Aachen wurde ein theoriegeleitetes Diagnostikverfahren zur Untersuchung von erworbenen Lesestörungen und deren Blickverhalten entwickelt, welches derzeit evaluiert wird. Dabei werden Leistungsmerkmale der einzelnen Lesestörungen bezüglich zeitlich-räumlicher und linguistischer Parameter analysiert. U. a. soll geklärt werden, ob sich unterschiedliche Lesestrategien in jeweils charakteristischen Mustern des okulomotorischen Verhaltens niederschlagen.
Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass segmentales Lesen durch ein visuelles Abtasten der Zielwörter gekennzeichnet ist. Dies äußert sich anhand stark erhöhter erster Blickzeiten, einer damit verbundenen erhöhten Anzahl an Fixationen und kurzen progressiven Sakkadenamplituden. Die präferierte initiale Fixationsposition liegt, unabhängig von der Wortlänge, auf dem ersten Buchstaben eines Wortes. Bei einer pathologisch bevorzugten lexikalischen Lesestrategie hingegen zeigt sich keine signifikant erhöhte erste Blickzeit im Vergleich zu gesunden Lesern, jedoch steigen die Anzahl aller Blicke und die Gesamtlesezeit mit zunehmender Wortlänge.

Im Rahmen des Vortrags werden die nötigen Apparaturen sowie grundlegende Begriffe und Methoden vorgestellt. Anhand von Patientenbeispielen werden Blickbewegungsmuster verschiedener aphasischer Lesestörungen erläutert und differenziert. Dabei sollte vor allem auch die klinische Relevanz der Blickbewegungsmessungen zur Diagnostik und Spezifizierung zugrunde liegender Lesemechanismen bei erworbener Dyslexie thematisiert werden.

Literatur

Findlay, J. M.; & Gilchrist, I. D. (2003). Active Vision: The Psychology of Looking and Seeing. Oxford: Oxford University Press.

Radach, R. & Kennedy, A. (2004). Theoretical perspectives on eye movements in reading: past controversies, current deficits and an agenda for future research. European Journal of Cognitive Psychology, 16, 3-26.

Rayner, K. (1998). Eye movements in reading and information processing: 20 years of research. Psychological Bulletin, 124, 372-422.

Platz für Ihre Notizen:

EBP und Evaluationsforschung

Gutenberg-Saal 2
Freitag, 12. Juni
14.00 - 14.30 Uhr

Ulrike Witte

Systematische Implementierung evidenzbasierter Therapie

Einführung

Evidenzbasiertes Arbeiten bedeutet die Integration von Erkenntnissen aus der aktuellen Forschung sowie der klinischen Expertise in die Diagnostik und Behandlung von PatientInnen.

Im Rahmen der qualitätssichernden Massnahmen wurde in den Therapie-Diensten des Universitätsspitals Basel die systematische Implementierung evidenzbasierter Therapie (EBT) projektiert. Zielsetzung innerhalb dieses Projektes war eine Optimierung des Kosten-Wirkungsverhältnisses durch evidenzbasierte Selektionierung von Assessments und Therapieangeboten sowie die Optimierung von Indikationskriterien, Anschaffungskriterien für Infrastruktur, Personalfortbildung und die Etablierung von Behandlungspfaden.

Im Jahr 2002 wurde damit begonnen, die MitarbeiterInnen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie des Universitätsspitals Basel mittels regelmäßig stattfindender Fortbildungen zum Thema „Evidenzbasierte Therapie" zu schulen. In einem nächsten Schritt fand die Einführung eines interdisziplinären Journal Clubs mit TeilnehmerInnen aus den verschiedenen Therapieabteilungen statt, welcher monatlich abgehalten wurde. In den Journal Clubs werden aktuelle Studien kritisch diskutiert und die Besprechungen analog der „critically appraised topics" protokolliert.
Im Jahr 2004 erfolgte dann die Installierung der EBT-Fachgruppe, welche sich aus 5 Mitarbeiterinnen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie rekrutiert. Schwerpunkt der EBT-Fachgruppe war zunächst die Organisation und Moderation fachspezifischer Journal Clubs in den einzelnen Therapieabteilungen sowie die Unterstützung von KollegInnen bei der Formulierung von Fragestellungen, Suche nach Studien und dem Verfassen von Journal Club-Protokollen. Der aus den Studien gewonnene praktische Nutzen wird systematisch erfasst und implementiert. Die Journal Club Protokolle werden den Ärzten der entsprechenden Fachbereiche zugesandt, um den fachlichen Austausch anzuregen.
Inzwischen gehört zu den Hauptaufgaben der EBT-Fachgruppe die Erstellung eines Netzwerkes mit anderen, an Forschung interessierten Kliniken, die Bearbeitung EBT-relevanter Fragestellungen aus den verschiedenen Therapieabteilungen, das Verfassen publizistische Arbeiten sowie die Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Forschungsprojekten der Therapie-Dienste des Universitätsspitals Basel.

Das Projekt „Evidenzbasierte Therapie" am Universitätsspital Basel kann als Beispiel dienen, wie ein evidenzbasiertes Vorgehen systematisch eingeführt und in den therapeutischen Alltag integriert werden kann

Literatur

D.L. Sackett, S.W. Richardson, W. Rosenberg, R.B. Haynes. (2000). Evidence-Based Medicine; Second Edition, Churchill Livingstone.

Projektauftrag Expertenschulung EBT / Therapie-Dienste/ Medizinischer Querschnitt, Universitätsspital Basel.

Platz für Ihre Notizen:

EBP und Evaluationsforschung

Gutenberg-Saal 2
Freitag, 12. Juni
14.30 - 15.00 Uhr

Bettina Dölle, Ruth Ezeh, Aygüner Will, Alfons Welling

Die Therapie in der Gruppe als Herausforderung für die Entwicklung der Sprechkompetenz von stotternden Kindern – Stottertherapie und qualitative Evaluationsforschung

Evaluieren heißt soviel wie „auswerten", „bewerten", „empfehlen", „beraten", „unterstützen" – Tätigkeiten, die erfahrungsgemäß ebenso wie wissenschaftlich die tagtägliche Therapiearbeit durchziehen! Seit Jahren wird diese Arbeit in den Praxen für Logopädie in Hamburg-Harburg in einen besonderen Beobachtungsfokus gestellt (Praxen für Logopädie Dölle & Ezeh in Harburg, Goldrutenweg 35)[1]. Seit September 2007 wird wissenschaftlich im Rahmen von Einzelfallanalysen geprüft, welche Effekte im Feld der Stottertherapie bei Kindern im Schulalter (n = 8) erzielt werden und wie diese Effekte auf gerade jenes Konzept der Therapie als Gruppentherapie zurückzuführen sind.

In Hamburg-Harburg wird exemplarisch im Rahmen des Projektes Gruppentherapie von stotternden Schulkindern dieser Evaluationsaufgabe nachgegangen. Unser Beitrag zieht ein erstes Resümee aus dieser im Juni 2009 anderthalb jährigen Arbeitsphase der Therapeutinnen in diesen Praxen für Logopädie. Vorgestellt werden die Essentials des Therapiekonzepts (Prinzipien, Methoden und Techniken). Ebenso wird der wissenschaftliche Methodenplan der Evaluation zur Diskussion gestellt. Die Vortragsgruppe geht insbesondere der Frage nach den Möglichkeiten eines „kontrollierten Qualitätsmanagements" der Praxis der Stottertherapie als Sprechtherapie nach, worunter sie immer Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung versteht (Bode, Schröder & Waltersbacher 2008). In einem wissenschaftlichen Sinne ist diese Evaluationsforschung im Rahmen der Praxis für Logopädie bestrebt, den Praxiskontext der Planung, Durchführung und Auswertung, die allesamt miteinander verknüpft sind und ständig ineinander greifen, mit sozialwissenschaftlichen Methoden zu befragen und zu deuten (Bortz & Döring ²1995). Befragung, Beobachtung, Beschreibung, Interviews, Beratung u.a.m. wären solcherart wissenschaftlicher Methoden. Bei ihrer Anwendung im gegebenen Praxiszusammenhang der Gruppentherapie bei stotternden Schulkindern erhoffen wir uns ein besseres Verständnis von Prozessen („Was passiert?"), von Produkten bzw. Ergebnissen („Was ist herausgekommen?") und von der Struktur des Kontextes („Was sind die Rahmenbedingungen der Praxis, und wie können sie verbessert werden?"; Donabedian 1982).

Gemeinsam ist diesen verschiedenen Bereichen, dass es dabei immer um Beurteilungen und zumeist auch um Unterstützungen bei Änderungsprozessen geht, zu denen sich die Praktiker(innen) entschließen. Gemeinsam ist ihnen auch, dass qualitative Evaluation mehr als nur „Erfolgskontrolle" bedeutet. Sie bedeutet „entdecken", den verborgenen Wert eines Vorhabens, eines Programms, einer Methode, eines Konzeptes oder eines Lern- und Entwicklungsergebnisses" wahrnehmen". Evaluation bedeutet dann auch „benennen", das heißt aus der Vielzahl möglicher Eigenschaften oder Merkmale („Variablen") das Wesentliche hervortreten lassen und mit einem Namen versehen. Kurzum, wie Wesseler (1994) diesen Prozess zusammenfassend beschreibt: „Evaluation nimmt einen Wert wahr und gibt einem Wert Wirksamkeit. Evaluation beschreibt Qualität und erschafft Qualität. Evaluieren heißt registrieren und konstruieren" (Wesseler 1994, 671).

Literatur

Bode, H.; Schröder, H. & Waltersbacher A. (2008). Heilmittel-Report 2008. Stuttgart.

Bortz, J. & Döring, C. (²1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin.

Dell, C. (²1999). Therapie für das stotternde Schulkind (übersetzt und bearbeitet von S. Starke). Köln.

Donabedian, A. (1982). A exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbman, H. K./Überla, K.K. (Eds.), Quality assessment of medical care. Gerlingen, 69-92.

Wesseler, M. (1994). Evaluation und Evaluationsforschung. In: Tippelt, R. (Hrsg.), Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Opladen, 671-686.

1 Beteiligt an diesem Projekt sind zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Abstracts die Logopädinnen Bettina Dölle, Ruth Ezeh sowie Aygyner Will. Begleitet wird die Evaluationspraxis seitens der Universität Hamburg (Fakultät für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Psychologie und Bewegungswissenschaft) von Prof. Dr. Alfons Welling.

Früherkennung und Prognose

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
8.30 - 9.00 Uhr

Delia Möller, Jürgen Kasper, Olaf von dem Kneesebeck, Julia Kreis, Fülöp Scheibler, Michael Kulig, Stefan Lange

Früherkennung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen: Welchen Nutzen hat ein Sprachscreening?

Hintergrund

In der Logopädie und angrenzenden Disziplinen findet die Empfehlung einer möglichst frühzeitigen Intervention bei verzögerter Sprachentwicklung breiten Konsens. Insbesondere kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen, an denen in Deutschland mindestens 90% aller Kinder teilnehmen, werden für die flächendeckende Früherkennung eines sprachlichen Entwicklungsrisikos diskutiert.

Vor dessen Einführung steht die evidenzbasierte Bewertung des medizinischen Nutzens einer solchen Maßnahme. Dieser Nutzen hängt nicht nur davon ab, ob sprachentwicklungsgestörte Kinder im frühen Stadium der Störung sicher erkannt werden. Es ist auch die Frage zu beantworten, ob ein vorgezogener Behandlungsbeginn effektiver ist, und wie mögliche positive Auswirkungen im Verhältnis zu etwaigen unerwünschten Begleiterscheinungen einer Früherkennungsuntersuchung oder möglichen negativen Folgen einer frühen Intervention bewertet werden müssen.

Zur Beantwortung dieser Fragen bezogen auf die Gruppe der Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (UESS) wurde im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine systematische Bewertung der Literatur durchgeführt.

Auf Grundlage der analysierten Daten werden die Ergebnisse zum Nutzen und möglichen Schaden eines Sprachscreenings für umschriebene Sprachentwicklungsstörungen sowie Implikationen für die Forschung und Praxis präsentiert.

Methoden

Unter mehr als 4500 Treffern in nationalen und internationalen Datenbanken bzw. relevanten Fachzeitschriften wurden über 700 potenziell relevante Studien identifiziert. Diese Studien wurden durch unabhängige Gutachter nach definierten Kriterien in die anschließende Datenanalyse ein- bzw. ausgeschlossen. Um die Fragestellung nach dem Nutzen von Sprachscreenings beantworten zu können, wurden nach dem ‚linked evidence approach' auch Studien zur Validierung deutschsprachiger diagnostischer Verfahren, die Ergebnisse zur Treffsicherheit aufweisen, und international Studien zur Wirksamkeit von Therapie und zu potentiellen Vorteilen einer vorverlegten Aufnahme von Sprachtherapie gesucht.

Ergebnisse

Die Suche nach Studien, die Effekte eines Sprachscreenings von Vorschulkindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen untersuchen, blieb erfolglos, d.h. es konnten keine für die Nutzenbewertung relevanten Studien identifiziert werden. Der Nutzen eines Screenings bleibt damit unklar.

Ebenso erfolglos blieb die Suche nach deutschen diagnostischen Verfahren, die für umschrieben sprachentwicklungsgestörte Kinder ausreichend validiert sind. Zwar wurde eine Reihe von Tests identifiziert, die mit einem Referenztest verglichen wurden. Für keinen dieser Tests war aber eine vollständige Vierfeldertafel ableitbar, die die diagnostische Güte bezogen auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen hinreichend zuverlässig beschrieben hätte. Aussagen über die Eignung deutschsprachiger Tests zur Identifikation von UESS können auf Basis der bisher vorhandenen Evidenz nicht getroffen werden.

Zur Frage des Nutzens von Interventionen konnten immerhin 16 randomisierte Studien identifiziert werden. Die überwiegende Anzahl von Vergleichen zeigte eine Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber den nicht behandelten Gruppen. Positive Ergebnisse fanden sich auf allen linguistischen Ebenen und in allen vertretenen Altersgruppen. In keiner der Studien wurden unerwünschte Folgen der Behandlung für die betroffenen Kinder untersucht.

Keine Studie lieferte belastbare Daten zur Frage des Vorteils eines vorgezogenen Behandlungsbeginns.

Schlussfolgerungen

Derzeit fehlen in Deutschland die methodischen Grundlagen für ein Screening auf umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Forschungsbedarf gibt es zuerst für die Validierung eines Screeningtests (inklusive der weiteren Diagnostik). Auch für die Annahme, dass ein Sprachscreening Vorteile bringt, fehlt es noch an Evidenz.

Früherkennung und Prognose

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
9.00 - 9.30 Uhr

Sigrun Lang, Stefanie Lüders, Bernd J. Kröger, Patricia Sandrieser

Vorsprachliche Entwicklung bei früh cochlea-implantierten Kindern – Möglichkeiten der direkten Untersuchung

Einführung
Für den Bereich der vorsprachlichen Entwicklung bei früh cochlea-implantierten Kindern fehlt es in der deutschsprachigen Literatur derzeit an etablierten Untersuchungsverfahren. Die vorsprachliche Entwicklung von hochgradig schwerhörigen oder gehörlosen Kindern, die im Kleinkindalter mit Cochlea-Implantaten versorgt werden, wurde bisher wenig untersucht.

Ziele
Ziel der Studie war die Übertragung des Untersuchungsverfahrens „Stark Assessment of Early Vocal Development-Revised" (SAEVD-R; Nathani et al., 2006) ins Deutsche. Dieses Verfahren bildet die kindliche vorsprachliche Entwicklung in Form eines Stufenmodells ab und wurde in internationalen Studien bereits bei normalhörenden (Nathani, Ertmer & Stark, 2006) sowie implantierten Kindern (Ertmer, Young, Nathani, 2007) angewandt.

Methoden
Im Rahmen einer Einzelfallstudie wurde das SAEVD-R aus dem Englischen übersetzt und erstmalig bei einem deutschsprachigen Kind angewandt (Lang, Leistner, Sandrieser & Kröger, in Druck). Untersucht wurde der vorsprachliche Entwicklungsverlauf eines Mädchens, welches im Alter von knapp 9 Monaten bilateral mit Cochlea-Implantaten versorgt wurde. Die Datenerhebung erfolgte mittels monatlicher Videoaufnahmen natürlicher Mutter-Kind-Spielsituationen über einen Zeitraum von insgesamt 13 Monaten. Die Datenanalyse wurde mit Hilfe des SAEVD-R durchgeführt, welches zwischen 23 verschiedenen Vokalisationskategorien unterscheidet und diese 5 Entwicklungsstufen zuordnet. Die Kodierung der kindlichen Sprechdaten anhand dieses Verfahrens erfolgte durch zwei unabhängige Beurteiler und unter Verblindung gegenüber dem Höralter des Kindes.

Ergebnisse
Innerhalb des ersten Halbjahres mit Hörerfahrung zeigen sich bezogen auf den Status vor Aktivierung der Cochlea-Implantate nur minimale Veränderungen in den Vokalisationen des Kindes. Ab dem zweiten Halbjahr allerdings ist eine deutliche Abnahme der frühen Entwicklungsstufen 1-3 und eine kontinuierliche Zunahme von Vokalisationen der Entwicklungsstufen 4 und 5 beobachtbar. Ab dem achten Hörmonat äußerte das implantierte Kind transkribierbare Konsonant-Vokal-Silben und ab dem zehnten Hörmonat komplexere Formen, welche die Vorläufer erster Worte darstellen.
Interrater- und Intrarater-Übereinstimmung für die Anwendung des SAEVD-R waren zufriedenstellend.

Schlussfolgerungen
Da die Reife der Vokalisationen früh implantierter Kinder ähnlich wie bei normalhörenden Kindern sukzessive und über den kompletten Zeitraum des ersten Jahres mit Hörerfahrung zunimmt, ist die Untersuchung der vorsprachlichen Entwicklung in der Betreuung früh implantierter Kinder von besonderer Bedeutung. Die Verwendung des SAEVD-R bietet hier eine Möglichkeit, bereits den vorsprachlichen Entwicklungsverlauf direkt, sensibel und reliabel zu erfassen.

Im Vortrag wird ein Ausblick auf ein Folgeprojekt gegeben, bei dem mehrere Kinder untersucht und eine Datenbasis geschaffen werden sollen. Möglichkeiten das verwendete Untersuchungsverfahren weiterzuentwickeln und im klinischen Alltag zu nutzen werden im Vortrag diskutiert.

Literatur
Nathani, S.; Ertmer D.J. & Stark, R.E. (2006). Assessing vocal development in infants and toddlers. Clinical Linguistics & Phonetics, 20 (5), 351-369.

Ertmer, D.J.; Young, N.M.; Nathani, S. (2007). Profiles of vocal development in young cochlear implant recipients. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 50, 393-407.

Lang, S.; Lüders, S.; Sandrieser, P. & Kröger, B.J. (2008). Early vocal development in a normally hearing infant and a young cochlear implant recipient. Proceedings of the 8th International Seminar on Speech Production, 169-172.

Lang, S.; Leistner, S.; Sandrieser, P. & Kröger, B.J. (in Druck). Ein Untersuchungsverfahren zur Analyse der vorsprachlichen Entwicklung bei Kleinkindern mit Cochlea-Implantat. Laryngo-Rhino-Otologie.

Früherkennung und Prognose

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
9.30 - 10.00 Uhr

Andrea Dohmen, Shula Chiat, Caroline Newton

Soziokognitive Fähigkeiten bei 2-und 3-jährigen sprachunauffälligen und sprachauffälligen Kindern – eine Querschnittstudie

Einführung

Der Zusammenhang zwischen einer Bandbreite von soziokognitiven Fähigkeiten und Sprache wurde in zahlreichen Studien mit sprachunauffälligen Kindern sowie Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen untersucht. Die Ergebnisse belegen einerseits deutliche Assoziationen zwischen diesen frühen interpersonellen Fähigkeiten und zeitgleichen Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten; andererseits zeigen die Studien den prädikativen Wert soziokognitiver Fähigkeiten hinsichtlich späterer sprachlicher Fähigkeiten (u.a. Bates et al., 1979; Sigman & Ruskin, 1999; Toth et al., 2006). Der Zusammenhang zwischen soziokognitiven Fähigkeiten und Sprache bei Kindern mit spezifischen Auffälligkeiten der Sprache wurde hingegen kaum untersucht.

Das Hauptziel der hier vorgestellten Studie bestand in der Untersuchung ob, und in welchem Ausmaß, Unterschiede zwischen Gruppen von jungen sprachunauffälligen und sprachauffälligen Kindern hinsichtlich verschiedener soziokognitiver Fähigkeiten bestehen.
Die Teilnehmer waren 44 deutschsprachige Kinder, verteilt auf vier Gruppen, die anhand des Sprachstatus (sprachauffällig vs sprachunauffällig) und des Alters (2-jährige vs 3-jährige) unterschieden wurden. Alle Kinder wurden anhand einer Batterie von neuartigen Aufgaben zur Erfassung der folgenden soziokognitiven Fähigkeiten untersucht: soziale Zugewandtheit (social responsiveness), geteilte referenzielle Aufmerksamkeit (joint attention), Symbolverständnis (symbolic comprehension) sowie Imitation von Gesten (gesture imitation) und Nachahmung von Handlungen mit Objekten (emulation of actions on objects). Der individuelle Sprachentwicklungsstand der Kinder in den sprachauffälligen Gruppen wurde zudem mittels verschiedener Test- bzw. Elizitierungsverfahren auf unterschiedlichen linguistischen Ebenen erfasst.

Die Ergebnisse offenbarten soziokognitive Defizite in beiden sprachauffälligen Gruppen, deren Leistungen sich in nahezu allen Aufgaben signifikant von den sprachunauffälligen Altersgruppen unterschieden. Die aufgezeigten Defizite werden bezüglich ihrer Implikationen für den Erwerb von Sprache und Kommunikation diskutiert, insbesondere im Hinblick auf die Rolle der Fähigkeiten des Kopierens (copying).

Platz für Ihre Notizen:

Früherkennung und Prognose

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
10.00 - 10.30 Uhr

Petra Korntheuer, Carola D. Schnitzler

Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Sprachfertigkeiten im Kindergartenalter und dem Schriftspracherwerb in der Grundschule

Einführung

Zu Vorläuferfertigkeiten und Bedingungen eines erfolgreichen Schriftspracherwerbs liegen mittlerweile zahlreiche Studien vor, hierbei wird im deutschen Sprachraum häufig auf das Konzept der Phonologischen Bewusstheit zurückgegriffen (vgl. Landerl, 2003; Schnitzler, 2008), während im amerikanischen Sprachraum eher Konzepte zur „early literacy" favorisiert werden (vgl. Whitehurst & Lonigan, 2003). Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Sprachfertigkeiten im Kindergartenalter und Schriftspracherwerb in der Grundschule näher zu analysieren. Untersucht wird hierzu der prospektive Einfluss von Grammatikverständnis, Aussprache, Wortproduktion und phonologischem Arbeitsgedächtnis auf schriftsprachliche Fertigkeiten.

Die Daten stammen aus dem Idsteiner Kindergartenscreening und dem Idsteiner Schriftsprachscreening, wobei nur diejenigen Kinder berücksichtigt werden sollen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben (N ca. 130). Das Kindergartenscreening umfasst Einzeltestungen mit verschiedenen Verfahren wie dem TROG-D und der PLAKSS (Fox, 2005). Das Schriftsprachscreening als Gruppenuntersuchung erfasst als Indikatoren für Basiskompetenzen des erfolgreichen Schriftspracherwerbs das Verstehen gesprochener Sprache (TROG-D) und lautanalytische Fertigkeiten (z.B. PHB 1A; PBL 1+). Hinzu kommen je nach Klassenstufe eins oder zwei die Feststellung der eigentlichen Lese- (PLVS) und Rechtschreibfertigkeiten (PBL 1 bzw. 2).

Die statistischen Berechnungen erfolgen im Wesentlichen korrelativ resp. über Regressionsanalysen.

Die Ergebnisse sollen Aufschluss über die prognostische Validität verschiedener Aspekte des Spracherwerbs für den Schriftspracherwerb geben.

Diskutiert werden sollen die Ergebnisse sowohl im Hinblick auf Modellvorstellungen des Schriftspracherwerbs (vgl. Huneke, 2008) als auch im Hinblick auf die Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen aus dem angelsächsischen auf den deutschen Sprachraum (vgl. Landerl, 2003).

Literatur

Fox, A.V. (2005). PLAKKS. Frankfurt: Harcourt Test Service.

Huneke, H.W. (2008). Schriftkultur und früher Schrifterwerb in Bildungs- und Erziehungsplänen. In: B. Hofmann & R. Valtin (Hrsg.), Checkpoint Literacy, Bd. 1 (S. 90-109). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben.

Landerl, K. (2003). Dyslexia in German-speaking children. In: N. Goulandris (Ed.), Dyslexia in different languages. Cross-linguistic comparisons (pp. 15-32). London: Whurr.

Schnitzler, C.D. (2008). Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. Stuttgart: Thieme.

Whitehurst; G.J. & Lonigan, Ch.J. (2003). Emergent Literacy: Development from Prereaders to Readers. In: S.B. Neuman & D.K. Dickinson (Eds.), Handbook of early literacy research (pp. 11-29). New York: Guilford.

Platz für Ihre Notizen:

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 1

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
9.00 - 9.30 Uhr

Kathrin Schulz

Ist Logopädie eine Praxis?

Einführung

Die Begriffe Theorie und Praxis haben ihren Ursprung in aristotelischer Philosophie. Dort wurden Praxis und Theorie weder als einander gegenüberstehend oder einander ausschließend noch als sich gegenseitig ergänzend begriffen. Sondern im Gegenteil als Einheit: Theorie ist Praxis.

Keine Praxis hingegen ist „Poiesis": Das „herstellende Handeln". Der Praxis steht also nicht die Theorie sondern die Poiesis gegenüber. So ist z.B. das Bauen eines Hauses „Poiesis", das Wohnen darin eine „Praxis". Das Herstellen eines Musikinstrumentes ist „Poiesis", das Musizieren aber Praxis. Nicht das produzierende Herstellen von Etwas ist Praxis, sondern nur dasjenige Tun, dass um des Handelns selbst willen getan wird: So ist „Sprechen" z.B. eine Praxis, wenn es ein „vernünftiges" Sprechen ist. Vernünftig ist das Sprechen, wenn es mit dem „Logos" – der Einsicht in das Gute – verbunden ist. Und exakt um diese Einsichtnahme in das Gute, das zugleich das höchste menschenmögliche Glück anzeigt ist es den alten Griechen zu tun, wenn von „Theoria" die Rede ist. Des Menschen Glück und das Gute haben viel mit Theorie und Praxis zu tun.

Die Logopädie gerät nach diesem Verständnis von Praxis und Theorie in eine interessante und ethisch durchaus brisante Position: Versteht die Institution Logopädie ihre Therapie als eine „poietische" Dienstleistung zum wiederherstellen, erhalten oder erlangen der sprech-, sprachlichen-, und stimmlichen Funktionstüchtigkeit der Patienten, so betreibt die Logopädin weder Praxis noch Theorie. Vielmehr gilt es definierte Therapieziele mit „evidenzbasierten" Techniken effektiv und effizient zu erreichen. Um Missverständnissen vorzubeugen: Selbstverständlich beinhaltet logopädische Therapie auch das Anwenden evidenzgeprüfter und nützlicher Methoden und sollten logopädische Sprachtherapeuten die mit Evidenz ausgezeichneten Therapiemethoden kennen. Dennoch ist logopädische Therapie unter dieser Ausrichtung weder Praxis noch Theorie! Auch das Durchführen wissenschaftlicher Studien z.B. bezüglich der Wirksamkeit bestimmter therapeutischer Settings ist „Technik" und „Herstellen" und keine Theorie. Erst im Moment dialogisch inspirierter Sprachtherapie, im Vergessen aller Evidenzen und Effizienzen, im sprach-lust-igen, spielerischen und lebendigen „Zwischen – Zweien" – der Therapeutin und dem Patienten – offenbart sich vollendete Praxis. In den an die Therapiestunde anschließenden kritischen (Selbst-) reflexionen des Therapeuten verwirklicht sich Theoria. Theorie ist nämlich zuallererst Reflexion, d. h. dass wirkliche Praxis organisch und untrennbar mit Theorie (Logos) verbunden ist – sonst ist sie keine Praxis. Die Trennung von Theorie und Praxis dient also gerade nicht der Entwicklung der Logopädie als eigenständige Disziplin und mit dem Anspruch sich auch als Leitdisziplin im Feld der anderen sprachtherapeutischen Disziplinen zu positionieren. Die Aufteilung in „Forscherinnen" und „Praktikerinnen" – die sich „gegenseitig befruchten" sollen – täuscht darüber hinweg, dass Praxis und Theorie hier durchaus getrennt werden. Diese Trennung fordert auf dem Gebiet der Sprachtherapie ihren Preis: Den Verlust therapeutischer Identität als logopädischer Sprachtherapeut. Keineswegs ist die Trennung von Theorie und Praxis notwendige Folge der Professionalisierung und Akademisierung, aber sie ist immer die Folge eines unreflektierten, bedenkenlosen und begrüßten Beteiligens an der Medikalisierung und Ver(natur)wissenschaftlichung der logopädischen Profession.

Eine mögliche Form gelingender logopädischer Identitätsbildung könnte in der ebenso differenzierten wie gründlich reflektierten Aufarbeitung der ureigenen professionellen logopädischen Handlungskompetenzen liegen: Eine Erkenntnis könnte beispielsweise darin bestehen, dass nämlich die besondere Excellenz logopädischen Könnens – sich aus der wunderbaren Fähigkeit der Therapeutin begründet, die unvollständige Sprache, das beschädigte Sprechen und die nicht-klingende Stimme der Patienten in dialogischen Gesprächen mit wirklicher bedeutungsvollen Sprache und Sprechen zu therapieren. Wirkliche Praxis und wirkliche Theorie zu vollbringen. Logopädische Therapie darf sich so als ein begründeter Beitrag zum Guten und damit zum Glück der Patientinnen verstehen.

Der Vortrag wird den anskizzierten Gedankengang ausführlich und mit Beispielen aus der logopädischen Arbeit darstellen. Ziel ist es, ein Bewusstsein für die sehr weiten auch identitätsbildenden Möglichkeiten zukünftiger Logopädie zu entwickeln; und das jenseits von Medizin, Pädagogik oder Psychologie.

Literatur

Held, K. (1995). Treffpunkt Platon. Stuttgart: Reclam.

Gigon, O. (2004). Aristoteles. Nikomachische Ethik. München: dtv.

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 1

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
9.30 - 10.00 Uhr

Andrea Dehn-Hindenberg

Kommunikation im logopädischen Behandlungsprozess – Analyse und Gestaltungsvorschläge für die Interaktion mit Patienten

Zweck/Ziele

Die Entwicklung und Durchführung einer an den Patientenbedürfnissen orientierten logopädischen und sprachtherapeutischen Behandlung erfordert eine Vielfalt komplexer Handlungsschritte. Eingebettet in den Behandlungsprozess sind eine fachtherapeutische Diagnostik, bedarfsgerechte und für den Patienten verständliche Informationen über das Störungsbild und dessen Auswirkungen und eine gemeinsame Festlegung der Therapieziele. Danach erfolgt die Behandlungsplanung, die Durchführung sowie die Evaluation und Zielkontrolle.

Jede dieser einzelnen Behandlungsphasen beinhaltet ein dynamisches Zusammenwirken von TherapeutIn und Patient.

Dabei müssen seitens der Patienten das individuelle Erleben des Störungsbildes sowie die erwarteten Behandlungsergebnisse kommuniziert werden.

Die TherapeutIn steht vor der Aufgabe durch die Analyse von Hintergrundinformationen die Erkrankung/das Störungsbild zu diagnostizieren und gemeinsam mit den Patienten ein individuell auf die Bedürfnisse ausgerichtetes Therapieprogramm zu erstellen. Die Durchführung der Übungen erfordert, neben der Übungsanleitung, eine motivationsfördernde Kommunikation, um die Weiterführung der Übungen im Alltag zu gewährleisten.

Zum Abschluss der Therapie muss das Ergebnis evaluiert und ggf. über weitere Therapiemaßnahmen entschieden werden.

Diese vielfältigen Interaktionsphasen und Handlungsschritte im Behandlungsprozess erfordern ein Wissen über die Wirkung von Kommunikation und die Sicherheit situations- und personenrelevant zu agieren.

Methodik

An dieser Stelle setzt die hier vorgestellte Untersuchung des Behandlungsprozesses an, indem zum Einen der Frage nachgegangen wurde, welche Kommunikationsformen im logopädischen Behandlungskontext tatsächlich angewendet werden. Dazu wurden Interviews mit Patienten, Experteninterviews und Therapieaufzeichnungen systematisch ausgewertet. Zum Anderen wurden diese Interaktionsschritte mit denen in einer vorab evaluierten Studie über Patientenbedürfnisse (1, 2) verglichen, um dar
aus handlungsrelevante Aussagen über notwendige Fähigkeiten seitens der Therapeuten treffen zu können.

Ergebnisse

Daraus leiten sich zentrale psycho-emotionale und kommunikative Kompetenzen ab, die neben den fachtherapeutischen Fähigkeiten für LogopädInnen im Behandlungsprozess bedeutsam für einen erfolgreichen Therapieabschluss sind.

In diesem Vortrag werden diese wichtigen Kompetenzen und die Anwendung im Berufsalltag vorgestellt. Diese umfassen die verschiedenen Möglichkeiten der Erfragung der Patientenperspektive, der Informationsweitergabe, der gemeinsamen Entscheidungsfindung und die Übungsanleitung.

Schlussfolgerungen

Der Schlüssel diese vielfältigen Handlungsschritte individuell den jeweiligen Patientenbedürfnissen anzupassen und gleichzeitig den Therapieprozess zu strukturieren, liegt darin, sich der Möglichkeiten in der Interaktionsgestaltung und dem komplexen Zusammenwirken bio-psycho-sozialer Faktoren bewusst zu werden und einen individuellen Handlungstypus zu entwickeln.

Das Gelingen der einzelnen Interaktionsphasen ist für den Behandlungsverlauf von zentraler Bedeutung und bestimmt maßgeblich die Zufriedenheit der Patienten und den Therapieerfolg.

Literatur

Dehn-Hindenberg, A. (2008). Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner.

Dehn-Hindenberg, A. (2007). Patientenbedürfnisse in der Logopädie. Die Qualität bestimmt die Therapiebewertung. In: Forum Logopädie, 4 (21), 26-33

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 1

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
10.00 - 10.30 Uhr

Vera Wanetschka

Keine Psychotherapie, keine Pädagogik und was dann – was verstehen wir unter therapeutischer Identität in der Logopädie und ist sie vermittelbar?

Einleitung

In der Studie von Dehn-Hindenberg (2008) wird als bedeutsames Kriterium für die positive Therapiebewertung durch Patienten u.a. das Gefühl beschrieben, von der Therapeutin verstanden worden zu sein. Eine diesbezüglich erfolgreiche Therapeut-Patient-Interaktion setzt voraus, den Patienten mit seinen Symptomen, seinen „Deutungsmustern", seiner damit verbundenen „Hilflosigkeit" und seinen Ressourcen ernst zu nehmen und förderlich zu reagieren. Der Vortrag setzt sich damit auseinander, wie die Logopädin eine eigene Standortbestimmung als Therapeutin im Spannungsfeld zwischen Psychotherapeutin und Pädagogin suchen und einnehmen kann. Die These wird aufgestellt, dass die Entwicklung der therapeutischen Identität die Entscheidungsprozesse in der Therapie mitbestimmt.

Methode

Mithilfe qualitativ erhobener Studienergebnisse und Praxisbeispiel sollen folgende Fragen präzisiert werden:
Was verstehen wir unter Identität und was könnte die therapeutische Identität der Logopädin sein?
Welche Identitätsstufen durchlaufen Studierende im Ausbildungsprozess?
Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen im psychotherapeutischen, logopädischen und pädagogischen Angebot?
Wie kann Lehrenden und Studierenden die Annäherung an therapeutische Identität im Ausbildungsprozess ermöglicht werden?
Wozu benötigen Logopädinnen erfolgreiche Kompetenzen zur Lösung von Problemen und Krisen?

Schlussfolgerung

Therapeutische Identität in der Logopädie lässt sich weder erzeugen noch vermitteln. Sie ist im Gegenteil ein Prozess, den Studierende selbstreferentiell im Rahmen ihrer vorhandenen Deutungsmuster und Perspektiven im Studienprozess entwickeln und an vorhandene Identität anpassen. Ausbildung und Studium können den Rahmen anbieten, in dem der Aufbau therapeutischer Identität gefördert wird.
Merkmal für einen gelungenen Ausbildungsprozess ist die Fähigkeit, Probleme und Krisen in Bezug auf den Ausbildungs- und Therapiekontext als gemäße Prozesse zu betrachten und Lösungsstrategien entwickeln zu können oder zu unterstützen.

Literatur

Arnold, R. (2007). Ich lerne, also bin ich. Heidelberg: Auer.
Bürmann, J. (1992). Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
Dehn-Hindenberg, A. (2008). Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner.
Erikson, E.H. (2007). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.
McAllister, L.; Lincoln, M. (2005). Clinical Education in Speech-Language Pathology. London Philadelphia: Whurr Publisher
Roth, G. (2003) Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt: Suhrkamp.

Platz für Ihre Notizen:

Von der Neurolinguistik zur Logopädie

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
9.00 - 9.30 Uhr

Tanja Grewe

Wieso, weshalb, warum – und wo? Neurolinguistik im Kontext der Logopädie

Einführung

Inwieweit sagt der Ort einer Läsion etwas über die damit einhergehende sprachliche Symptomatik aus? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen einzelnen kortikalen Arealen und der Sprachverarbeitung? Kann der Einsatz bildgebender Verfahren zu einer besseren Einschätzung solcher Fragen beitragen?

Während der Kommunikation spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Allein das Satzverstehen findet in vielen Schritten statt und setzt eine sequentielle Verarbeitung einzelner Satzteile voraus, die u.a. durch Satzlänge und –komplexität beeinflusst werden kann. Bereits in den 70er Jahren beobachteten Caramazza & Zurif (1976) bei Menschen mit Agrammatismus einen Einfluss der Wortstellung im Satz auf das Satzverständnis. Während sich in der Regel wenig Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von Sätzen mit einer kanonischen Reihenfolge zeigten (z.B. Dies ist der Polizist, der den Mann beobachtet hat), traten vor allem bei Sätzen mit einer veränderten Wortstellung Verständnisprobleme auf (Dies ist der Mann, den der Polizist beobachtet hat). In seiner Trace-Deletion Hypothese (TDH) nimmt Grodzinsky (2000) an, dass jedes bewegte Element über eine unsichtbare Spur (trace) mit seiner Ausgangsposition in Verbindung steht und über diese aktive Verbindung u.a. auch seine thematische Rolle (z.B. Agens oder Patiens) erhält. Die Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von Sätzen mit veränderter Wortstellung führten Grodzinsky zu der Annahme, dass die sog. Spuren syntaktischer Repräsentationen bei Menschen mit Agrammatismus nicht mehr erhalten sind. Da bei diesen zumeist eine Läsion im Broca-Areal vorlag, wird die funktionelle Rolle dieser kortikalen Region oftmals vornehmlich mit einem erhöhten Verarbeitungsaufwand aufgrund syntaktischer Umstellungsoperationen assoziiert.

In einer Reihe von Experimenten wurde die funktionelle Bildgebung zur Untersuchung von Satzverarbeitungsprozessen bei gesunden Probanden eingesetzt (Grewe et al., 2005, 2006; Grewe et al. 2007). Vorgestellt werden Ergebnisse, die zeigen, dass eine zunehmende syntaktische Komplexität zu einer Aktivierungserhöhung im Broca Areal führt. Die direkte Assoziation zwischen dem Broca-Areal und der syntaktischen Verarbeitung wird somit zunächst gestützt. Allerdings zeigen die Studien auch, dass die Mehraktivierung in dieser kortikalen Region während der Satzverarbeitung nicht nur durch rein syntaktische sondern auch durch andere linguistische Domänen (z.B. Phonologie, Semantik) beeinflusst werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist eine rein syntaktische Interpretation der Funktion des Broca-Areals im Sinne einer Verarbeitung syntaktischer Umstellungsoperationen nicht haltbar. Untersuchungen an gesunden Probanden ermöglichen uns einen tieferen Einblick in Prozesse, die der Sprachverarbeitung zugrunde liegen. So kann das Wissen über den Ort einer Läsion bei einer logopädischen Diagnose zwar unterstützend wirken, sollte jedoch keineswegs als Hauptindikator für eine bestimmte sprachliche Symptomatik betrachtet werden. Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, schließt eine umschriebene Läsion im Broca-Areal weder Schwierigkeiten im Sprachverständnis aus, noch lässt ein solcher medizinischer Befund sichere Vorhersagen über die Beeinträchtigung auf einer bestimmten linguistischen Ebene zu. Grundlegend für das therapeutische Vorgehen ist daher eine fundierte logopädische Diagnostik zusammen mit der Formulierung eines Therapieziels, welches der Betroffene selbst erreichen möchte.

Literatur

Caramazza, A. & Zurif, E. (1976). Dissociation of algorithmic and heuristic processes in language comprehension: Evidence from aphasia. Brain and Language, 3, 572-582.

Grewe, T.; Bornkessel, I.; Zysset, S.; Wiese, R.; von Cramon, D. Y. & Schlesewsky, M. (2005). The emergence of the unmarked: A new perspective on the language-specific function of Broca's area. Human Brain Mapping, 26, 178-190.

Grewe, T.; Bornkessel, I.; Zysset, S.; Wiese, R.; von Cramon, D. Y. & Schlesewsky, M. (2006). Linguistic prominence and Broca's area: The influence of animacy as a linearization principle. NeuroImage, 32, 1395-1402.

Grewe, T.; Bornkessel-Schlesewsky, I.; Zysset, S.; Wiese, R.; von Cramon, D. Y. & Schlesewsky, M. (2007). The role of the posterior superior temporal sulcus in the processing of unmarked transitivity. NeuroImage, 35, 343-352.

Grodzinsky, Y. (2000). The neurology of syntax: Language use without Broca's area. Behavioral and Brain Sciences, 23, 1-71.

Von der Neurolinguistik zur Logopädie

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
9.30 - 10.00 Uhr

Dorothee Kümmerer, Irina Mader, Cornelius Weiller, Dorothee Saur

Mechanismen der Spracherholung nach Schlaganfall – Eine longitudinale Bildgebungsstudie

Ziele

Sprachfunktionen sind im gesunden menschlichen Gehirn in einem links-lateralisierten fronto-temporalen Netzwerk organisiert. Störungen dieses Netzwerkes, z.B. durch einen Schlaganfall im linken Mediaterritorium, äußern sich in aphasischen Symptomen, die sich im klinischen Verlauf über ein Jahr hinweg häufig gut bessern.Zum besseren Verständnis des zeitlichen Ablaufs der sprachlichen Reorganisation ist eine wiederholte Untersuchung aphasischer Patienten in allen Phasen der Erholung sinnvoll. Um die sprachliche Aktivierung jedes Messzeitpunktes mit dem jeweiligen sprachlichen Leistungsstand korrelieren zu können, sollte zeitgleich zur funktionellen Bildgebungs-Untersuchung (fMRT) eine breite sprachliche Testung erfolgen.
In dieser Studie wurden Patienten mit Aphasie in einem longitudinalen Setting von der akuten bis in die chronische Phase nach dem Schlaganfall mit fMRT untersucht. Ziel war es die Dynamik der Reorganisationsprozesse innerhalb der fronto-temporalen Netzwerke in Abhängigkeit vom Läsionsort und dem klinischen Störungsbild zu beschreiben.

Hintergrund

Patienten: 14 Patienten mit Aphasie, verursacht durch einen ersten embolischen Infarkt in unterschiedlichen Arealen des linken Mediaterritoriums, wurden wiederholt (bis zu 6x über ein Jahr) von der akuten bis zur chronischen Phase untersucht.
Untersuchungen: Sechs aufeinander folgende Untersuchungen wurden 1-2, 5-7, 10-12 Tage und 3, 6 und 12 Monate nach dem Schlaganfall durchgeführt. Zu jedem Untersuchungszeitpunkt wurden die Patienten mit einer Aphasietestbatterie und fMRT untersucht.
Sprachtestung: Aus den Werten einer Aphasietestbatterie (AAT, AABT, CETI, Token Test, Spontansprachanalyse) wurde zu jedem Untersuchungszeitpunkt ein allgemeiner Spracherholungs-Score (LRS), sowie Scores für das Sprachverständnis (COMP) und Nachsprechen (REP) ermittelt. Die Scores wurden normalisiert auf Werte zwischen 0–1.
fMRT-Experimente: (i) Im Sprachverständis-Experiment hörten die Patienten jeweils 90 Sätze normaler Sprache, Pseudosprache und Rückwärtssprache. (ii) Im Nachsprech-Experiment wurden insgesamt 60 Wörter und Pseudowörter nachgesprochen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen in der akuten Phase reduzierte Aktivierung intakt gebliebener Sprachareale überwiegend linkshemisphäriell, bei insgesamt verminderter Aktivierbarkeit des Sprachsystems. In der subakuten Phase sieht man eine massive Hochregulierung des gesamten Systems, wobei ein direkter Vergleich der subakuten mit der akuten Phase die stärkste Aktivierungszunahme im Broca-Homolog nachwies. Diese frühe Rekrutierung des Broca-Homologs korrelierte zudem in hohem Maße mit der Verbesserung der sprachlichen Leistung. In der chronischen Phase wiederum stellte sich eine Konsolidierung des Netzwerkes mit einer allgemeinen Aktivierungsnormalisierung ein. Dabei zeigte sich, dass sich Sprachverständnis und Nachsprachen z.T. unterschiedlich über die Zeit entwickelten.

Diskussion

Die Ergebnisse unserer longitudinalen fMRT-Experimente zeigen dynamische Prozesse der Reorganisation im Sprachsystem von der akuten bis zur chronischen Phase. Dabei sieht man in den unterschiedlichen Phasen nach dem Schlaganfall unterschiedliche Mechanismen der geschädigten linken und der gesunden rechten Hemisphäre, die zur Spracherholung bei aphasischen Patienten beitragen. Zum tieferen Verständnis, welche sprachlichen Defizite bei der Beeinträchtigung bestimmter Netzwerke ausfallen, sind weitere Analysen zur funktionellen Interaktion zwischen den einzelnen Netzwerkkomponenten in Verbindung mit genaueren sprachlichen Untersuchungen, sowie Untersuchungen zur Integrität der strukturellen Verbindungen des Netzwerkes nötig. Das Wissen um diese Prozesse stellt die Grundlage für die Entwicklung moderner, störungsspezifischer Sprachtherapien in den verschiedenen Phasen der Erholung vom Schlaganfall dar.

Literatur

Saur D, Lange R, Baumgaertner A, Schraknepper V, Willmes K, Rijntjes M & Weiller C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. Brain, 129: 1371-84.

Saur D, Kreher BW, Schnell S, Kümmerer D, Kellmeyer P, Vry MS, Umarova R, Musso MC, Glauche V, Abel S, Huber W, Rijntjes M, Henning J & Weiller C (in press). A ventral and a dorsal pathway for language. PNAS (2008).

Von der Neurolinguistik zur Logopädie

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
10.00 - 10.30 Uhr

Niklas Alka, Juliane Klann, Mario Staedtgen, Ingo Meister, Walter Huber

Aktivierung des Spiegelneuronsystems in der Therapie von Aphasie – eine Benennstudie

Einleitung

Die Studie evaluiert eine neue Benenntherapie für aphasische Patienten. Die Therapie beruht auf der Theorie des sogenannten Spiegelneuronensystems (mirror neuron system = MNS), welche eine enge funktionale Verknüpfung zwischen präfrontalen kortikalen Sprachareale und handmotorischen Arealen in der dominanten Hemisphäre postuliert (Tokimura et al., 1996). Diese Annahme wird gestützt von der Beobachtung, dass die Erregbarkeit des linken Handareals bei verbalen Aufgaben ohne motorische Anforderung erhöht ist (Meister, 2003). Darüber hinaus konnte ein fazilitierender Effekt der aphasischen Benennleistung durch gleichzeitiges Ausführen einer pantomimischen Handbewegung beobachtet werden. Die vorliegende Studie versucht, diesen Effekt auch für Patienten nutzbar zu machen, deren expressive Gestik in Folge des Schlaganfalls beeinträchtigt ist. Basierend auf der Beobachtung, dass Spiegelneurone bei Produktion und Rezeption einer objektbezogenen Handbewegung gleichermaßen feuern (Iacoboni et al., 2003)] wurde eine Therapiemethode entwickelt, bei der die motorischen Cues rezeptiv angeboten werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es also, einen möglichen fazilitierenden Effekt rezeptiv dargebotener dynamischer Cues auf die Benennleistung bei Aphasie zu überprüfen.

Patienten

Die Therapie wurde mit acht rechtshändigen aphasischen Schlaganfallpatienten vaskulärer Genese durchgeführt (6 männlich, 2 weiblich; Alter von 38 bis 65 Jahren). Es wurden nur Patienten in die Studie aufgenommen, deren Benennleistung im Aachener Aphasie Test mit einem Prozentrang < 40 schwer beeinträchtigt war. Die Dauer der Aphasie variierte zum Therapiezeitpunkt zwischen 7 und 30 Monaten nach Ereignis.

Methode

Für die Studie entwickelten wir ein spezielles Benenntraining. 48 manipulierbare Objekte wurden in vier verschiedenen Bedingungen angeboten. Zwei Bedingungen (Bed. 2+4) wurden so konstruiert, dass sie nach der Voraussage der MNS-Theorie das Benennen fazilitieren müssten. Hier wurden rezeptive und expressive motorische Cues als Therapiematerial verwendet. Als Kontrolle sollten statische Fotos benannt werden (Bed.1). Zusätzlich nahmen wir eine Bedingung in die Studie auf, die der Untersuchung diente, ob auch nicht-objektbezogene dynamische Cues (Videos mit inkongruenter Handbewegung) das Benennen fazilitieren (Bed. 3). Jede Bedingung setzte sich aus zwölf Items zusammen, die in jeder Sitzung viermal mit „decreasing cues" wiederholt wurden, um fehlerfreies Lernen zu gewährleisten (errorless learning) (Abel et al.,, 2005). Die Patienten wurden über einen Zeitraum von zwölf Tagen zweimal pro Tag therapiert. Insgesamt wurde jede Bedingung in einer systematischen Reihenfolge sechsmal trainiert. Auf Grundlage der MNS-Theorie erwarteten wir signifikant verbesserte Benennleistung in den Bedingungen 2 und 4 im Vergleich zu 1 und 3.

Ergebnisse

Alle Patienten verbesserten sich signifikant im Benennen. Wie erwartet wurde in Bedingung 2 eine verbesserte Benennleistung erzielt. Im Gegensatz dazu zeigte Bedingung 4 nicht den erwarteten Effekt. Dies führen wir auf die rechtsseitige Hemiparese in vielen der Patienten zurück. Bei zwei Patienten konnten spezifische Therapieeffekte in den kritischen Bedingungen im Vergleich zur statischen Bedingung 1 nachgewiesen werden. Numerisch zeigt sich Bedingung 3 mit den sinnfreien Videos als beste Bedingung in den meisten Patienten. Eine mögliche Erklärung hierfür kann in lernpsychologischen Theorien gefunden werden, die postulieren, dass die Verarbeitung inkongruenter Information, wie in unserer Therapiebedingung 3, zu einer tieferen Perzeption und Erinnerbarkeit führt (Schmidt et al., 1991).

Literatur

Abel, S.; Schultz, A.; Radermacher I.; Willmes, K.; Huber, W. (2005). Decreasing and increasing cues in naming therapy for aphasia. Aphasiology 19(9):831-848.

Iacoboni, M.; Woods, R.P.; Brass, M.; Bekkering, H.; Mazziotta, J.C.; Rizzolatti, G. (1999). Cortical mechanisms of human imitation. Science 286:2526-28.

Meister, I.G.; Boroojerdi, B.; Folty,s H.; Sparing, R.; Huber, W.; Töpper, R. (2003). Motor cortex hand area and speech: implications fort the development of language. Neuropsychologia 41:401-06.

Schmidt, S.R. (1991). Can we have a distinctive theory of memory? Memory&Cognition 19:523-542.

Tokimura, H.; Tokimura, Y.; Oliviero, A.; Asakura, T.; Rothwell, J.C. (1996). Speech-induced changes in corticospinal excitability. Annals of Neurology 40:628-34.

Kinder/Lexikon

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
11.00 - 11.30 Uhr

Kathrin Rieker, Paul Andres

Junge Kinder und Unterstützte Kommunikation: Modelling von Kernwortschatz in Anlehnung an die normale Sprachentwicklung

Einführung

Das internationale Fachgebiet AAC (Augmentative and Alternative Communication) wird im deutschsprachigen Raum als UK (Unterstützte Kommunikation) bezeichnet. In den letzten Jahren wurde AAC besonders durch das Engagement von ASHA (American Speech-Language and Hearing Association) in den Vereinigten Staaten zu einem etablierten und institutionalisierten Werkzeug im sprachtherapeutischen Repertoire (1). Ziel ist es, die Sprachentwicklung von jungen unterstützt kommunizierenden Kindern so nah wie möglich an der normalen Sprachentwicklung anzulehnen.

Da ein Kommunikationssystem nur so gut ist wie die darin enthaltenen Wörter, ist die Frage der Wortschatzauswahl international ein Schwerpunkt der Forschung (2). Auch in Deutschland wurde der Wortschatz von jungen Kindern in diesem Hinblick untersucht (3).

Eine umfangreiche Studie über den tatsächlich gesprochenen Wortschatz von jungen behinderten und nicht behinderten Kindern stellt die lange Zeit angenommene Nomenpräferenz, die häufig in Kommunikationshilfen wiedergegeben wird, in Frage. Diese Studie bietet notwendige Informationen, um einen deutschen Zielwortschatz für die UK zu erstellen.

Die Referenten beziehen sich auf die Ergebnisse dieser Studie, die die Existenz eines Kernwortschatzes im Mittelpunkt des Lexikons nachweisen und leiten davon das Konzept eines Zielwortschatzes als therapeutischen Maßstab ab. Gedanken zur Darstellung und Organisation von Wörtern in Kommunikationshilfen werden besprochen.

Indem mit einem „natürlichen" Wortschatz gearbeitet wird, übernimmt die logopädische Methode des Modellings eine zentrale Stellung in der Arbeit mit jungen nicht sprechenden Kindern, und die Logopädie wird um UK spezifische Ansätze erweitert. Insbesondere wird der Ansatz „Beschreiben statt Benennen", auch als Bestandteil der logopädischen Therapie, vorgestellt.

Der Schwerpunkt des Vortrags liegt bei jungen Kindern mit stark eingeschränkten lautsprachlichen Fähigkeiten aufgrund einer Cerebralparese.

Literatur

Sevcik, R.; Romski, M. AAC: More Than Three Decades of Growth and Development. Online im Internet: http://www.asha.org/public/speech/disorders/AACThreeDecades.htm [Stand: 14.10.2008].

Soto, G. et al. (2008). Effectiveness of Multifaceted Narrative Intervention on the Stories Told by a 12-Year-Old Girl who uses AAC. In: Augmentative and Alternative Communication, VOL.24 (1). 76-87.

Boenisch, J. et al. (2007). Die Bedeutung des Vokabulars für den Spracherwerb und Konsequenzen für die Gestaltung von Kommunikationsoberflächen. In: Sachse, S.;Birngruber, C.; Arendes, S. (Hrsg.), Lernen und Lehren in der Unterstützten Kommunikation. Karlsruhe. 355-371.

Platz für Ihre Notizen:

Kinder/Lexikon

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
11.30 - 12.00 Uhr

Reinhild Glanemann, K Reichmuth, A. Fiori, A. am Zehnhoff-Dinnesen, C. Dobel

Computerbasiertes Verblernen bei Kindern mit Cochlea Implantat (Pilotstudie)

Einleitung

Kinder mit Cochlea Implantat (CI) erwerben Sprache unterschiedlich schnell. Im besten Fall zeigen sie einen akzelerierten Entwicklungsverlauf und erreichen zwei bis drei Jahre nach der Implantation einen altersentsprechenden Sprachentwicklungsstand. Allerdings bleiben viele CI-Kinder aus weitgehend noch unbekannten Gründen weit hinter diesem optimalen Verlauf zurück, was sich u. a. in eingeschränkten semantisch-lexikalischen Sprachleistungen zeigt (z. B. Szagun, 2001; Geers, 2006). In der vorliegenden Pilotstudie nahmen sechs CI-Kinder an einem 5-tägigen computerbasierten Heim-Training des passiven Verben-Wortschatzes teil. Dazu wurde das Paradigma des statistisch-assoziativen Lernens verwendet, das sich bereits in diversen Studien mit erwachsenen Probanden als erfolgreich herausgestellt hat (z. B. Breitenstein et al., 2007).

Material

Die 40 ausgewählten Verben lagen sowohl als Fotosets als auch als Audiodateien mit der jeweiligen Infinitiv-Form vor. Von den vier verschiedenen Abbildungen einer Handlung wurde eine in den Prä- und Posttests, die anderen drei im Training eingesetzt. Das Training wurde für jedes Kind auf einem Laptop installiert, so dass das Kind das Training zu Hause alleine durchführen konnte.

Methode

Sechs CI-Kinder (5;1 -14;10) mit eingeschränktem Wortschatz bei altersgerechtem nonverbalem Entwicklungsstand nahmen an der Studie teil. Alle Kinder waren prälingual ertaubt, das Implantationsalter variierte zwischen 1;1 und 4;8 Jahren. Vor Trainingsbeginn wurden bei allen Kindern aktuelle Befunde des Sprachentwicklungsstands, der auditiven Merkfähigkeit und Differenzierung, der non-verbalen Intelligenz sowie ein Sprachaudiogramm erhoben. Zudem wurden der passive und aktive Wortschatz bezüglich der 40 Trainingsverben überprüft. Für drei Kinder begann das Training sofort, für die anderen drei eine Woche später nach erneuter Prüfung der 40 Verben (doppelte Baseline). In dem Training werden pro Trial jeweils gleichzeitig ein Verb (Lautsprecher) und ein Handlungsfoto (Bildschirm) dargeboten. Das Kind entscheidet per Tastendruck, ob Wort und Bild übereinstimmen oder nicht. Über das gesamte Training beträgt für jede Handlung das Verhältnis von richtigen zu jeder falschen Bild-Wort-Kombinationen 15:1. Das Training findet an fünf aufeinanderfolgenden Tagen statt, wobei die erste Trainingseinheit supervidiert in der Klinik durchgeführt wird, die weiteren Einheiten zu Hause. Jede Einheit dauert ca. 30–45 min. Der erste Posttest erfolgte direkt nach Trainingsende, zwei Follow-ups nach einer und vier Wochen.

Ergebnisse

Der Lernfortschritt im Computertraining vom ersten zum fünften Trainingstag betrug im Mittel 25 %. Der individuelle Verben- Wortschatz erweiterte sich sowohl passiv als auch aktiv signifikant (mittlerer Zuwachs: 22 % bzw. 132 %). Dabei war der Trainingseffekt des aktiven Wortschatzes für Gruppe 1 signifikant größer als der Effekt durch die wiederholte Testung (doppelte Baseline) für Gruppe 2. Zwei Kinder zeigten zudem einen Generalisierungseffekt für Verben im AWST-R (Kiese-Himmel, 2006).

Diskussion

Das computerbasierte und selbstapplizierte Verbentraining hat sich als erfolgreich herausgestellt. Obwohl nur der passive Wortschatz trainiert wurde, zeigte sich auch ein deutlicher Zuwachs des aktiven Wortschatzes. Der Lernerfolg blieb auch nach vier Wochen stabil. Das Training ist leicht anwendbar und sehr zeit- und kostenökonomisch. Es ist als Ergänzung zu anderen sprachtherapeutischen Maßnahmen zu sehen.

Literatur

Breitenstein, C.; Zwitserlood, P.; De Vries, M.H.; Feldhues, C.; Knecht, S.; Dobel, C. (2007). Five days versus a lifetime: Intense associative vocabulary training generates lexically integrated words. Restorative Neurology and Neuroscience, 25(5-6):493-500.

Geers, A.E. (2006). Factors influencing spoken language outcomes in children following early cochlear implantation. Advances in Oto-Rhino-Laryngology, 64:50-65.

Kiese-Himmel, C. (2006). AWST-R: Aktiver Wortschatztest für 3-5-jährige Kinder. Göttingen: Beltz Test Hogrefe Verlagsgruppe.

Szagun, G. (2001). Wie Sprache entsteht – Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören. Weinheim: Beltz-Verlag.

Kinder/Lexikon

Kongress-Saal
Samstag, 13. Juni
12.00 - 12.30 Uhr

Naomi Katharina Zens, Gail Gillon

Therapiestudie zur Förderung des Worterwerbs bei Kindern mit Spezifischer Sprachentwicklungsstoerung (SSES)

Motivation/Zweck

Diese Interventionsstudie erforscht die Effektivität von phonologischer und semantischer Therapie um die Worterwerbsfähigkeiten von Kindern mit Spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) zu fördern. Kinder mit SSES weisen oft Wortschatzdefizite auf, die sich häufig bis zum Erwachsenenalter hin aufrecht erhalten. Schwierigkeiten im Worterwerb ist die Hauptursache für diese Defizite, da Kinder mit SSES erschwert neue Wörter herausfiltern, verstehen, effizient speichern und wieder abrufen können (Brackenbury & Pye, 2005). Forschungen bezüglich des Worterwerbs von Kindern weisen darauf hin, dass diese Schwierigkeiten eingeschränkten semantischen oder phonologischen Fähigkeiten unterliegen können, wobei aktuelle Studien darauf hindeuten, dass beide Faktoren im Worterwerb eine wesentliche Rolle tragen (Nash & Donaldson, 2005). Darauf aufbauend kann die Hypothese aufgestellt werden, dass eine Intervention, die sowohl phonologische als auch semantische Schwerpunkte beinhaltet, zur Verbesserung des Worterwerbs von Kindern mit SSES beitragen sollte. Diese Studie untersucht, ob eine Kombination aus phonologischer und semantischer Therapie den Worterwerb von Kindern mit SSES fördern kann. Im Speziellen wird dabei erforscht, ob die Reihenfolge der Therapieinhalte zur Effektivität beiträgt und welche Abfolge effektiver ist.

Methode

Für diese Studie wurden 19 englischsprachige Kinder mit SSES im Alter von 6,2 bis 8,3 Jahren rekrutiert. Aufnahmekriterien hierfür waren 1) nonverbaler IQ zwischen 85 und 115 im Test of Nonverbal Intelligence 3rd Edition (TONI-3; Brown, Sherbenou, & Johnsen, 1997), 2) Sprachfähigkeiten 1,25 Standardabweichungen unter dem Durchschnitt im Clinical Evaluation of Language Fundamentals 4th Edition (CELF-4; Semel, Secord, & Wiig, 2006) und 3) keine visuellen, auditiven oder neurologischen Einschränkungen. Diese Kinder wurden dann nach Zufall dem Therapieprogramm A (12 Stunden phonologische Therapie gefolgt von 12 Stunden semantischer Therapie) oder B (gleiche Therapien in umgekehrter Reihenfolge) zugeordnet. Unmittelbar vor, zwischen und nach der Therapie wurden die Worterwerbsfähigkeiten der Teilnehmer getestet, um die Therapieeffekte zu evaluieren. Basierend auf einem Worterwerbsmodell von Gray (2005), wurden dabei den Kindern neun unbekannte Wörter beigebracht. Für 5 Tage wurde die Lernfähigkeit der Kinder untersucht, diese neuen Wörter zu erlernen wobei zwischen rezeptivem und expressivem Lernen unterschieden wurde.

Ergebnisse

Eine Reihe von Varianzanalysen mit wiederholten Messungen wurde durchgeführt, um Gruppenunterschiede und Veränderungen zu evaluieren. Vor Therapiebeginn gab es keine maßgeblichen Unterschiede zwischen den Kindern im Therapieprogramm A (Gruppe A) und B (Gruppe B). Nach der ersten und nach der zweiten Therapiephase verbesserten die Kinder in beiden Gruppen ihre Leistungen im expressiven Worterwerb bedingt signifikant ($p < 0,05$). Dabei gab es unterschiedliche Ergebnisse für jede Gruppe. Diese werden im Vortrag ausführlich vorgetragen und diskutiert. Bezüglich der rezeptiven Worterwerbsfähigkeiten konnten keine aussagekräftigen Verbesserungen festgestellt werden ($p > 0,05$).

Schlussfolgerungen

Im Vergleich zu Kindern mit typischer Sprachentwicklung weisen Kinder mit SSES signifikante Defizite im Bereich des Worterwerbs auf. Diese Defizite konnten durch gezielte Therapien nur bedingt verbessert werden. Aus den unterschiedlichen Ergebnissen für beide Gruppen lässt sich schlussfolgern, dass die Reihenfolge der Behandlungsinhalte eine wichtige Rolle spielt, um die expressiven Worterwerbsfähigkeiten von Kindern mit SSES zu verbessern. Desweiteren werden die Effekte der einzelnen Therapieinhalte auf die Sprach- und Sprechentwickung von Kindern mit SSES erläutert und deren Auswirkungen auf die Anwendung in der Praxis diskutiert.

Literatur

Brackenbury, T. & Pye, C. (2005). Semantic deficits in children with language impairments: Issues for clinical assessment. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 36(1), 5-16.

Brown, L.; Sherbenou, R. & Johnsen, S. (1997). Test of Nonverbal Intelligence 3rd Edition. Austin, TX: Pro-Ed.

Gray, S. (2005). Word learning by preschoolers with specific language impairment: Effect of phonological or semantic cues. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48(6), 1452-1467.

Nash, M. & Donaldson, M.L. (2005). Word learning in children with vocabulary deficits. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48(2), 439-458.

Semel, E.M.; Secord, W. & Wiig, E.H. (2006). Clinical evaluation of language fundamentals 4th Australian Edition: Marrickville, NSW: Harcourt Assessment.

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 2

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
11.00 - 11.30 Uhr

Andrea Commer

Motivierende Gesprächsführung – Gelungene Kommunikation als Grundlage für Therapiemotivation

Zweck/Ziel

Logopädische Arbeit bedeutet, Kinder und Erwachsene zu Veränderung zu motivieren.
Auf diesem Weg gilt es mit Stagnation im Therapieverlauf, mit Frustration und Entmutigung der PatientInnen sowie Resignation oder Überforderung der PatientInneneltern fertig zu werden.
Wie können Menschen zum Lernen motiviert und für Veränderung gewonnen werden, z.B. zu einer Verbesserung ihres sprachlichen Vermögens? Kurz: wie motiviert man unmotivierte PatientInnen?
Motivierende Gesprächsführung ist ein von W. Miller und S. Rollnick entwickeltes, klientenzentriertes und direktives Beratungskonzept, das PatientInnen darin unterstützen soll,

1. die positiven und negativen Seiten ihres (Problem-)Verhaltens deutlich zu erleben und gegeneinander abzuwägen (Ambivalenz erkunden),
2. konkrete Änderungsziele zu formulieren und
3. das konkrete Vorgehen zur Zielerreichung zu planen.

Die Motivation zur Veränderung geht vom Patienten aus und wird ihm/ihr nicht von außen auferlegt.

Methoden

Dazu bedarf es neben den basics der Kommunikation wie offene Fragen stellen, empathisch und aktiv zuzuhören, würdigendes und wertschätzendes Verhalten, vor allem eines geschmeidigen Umgangs mit aufkommendem Widerstand.

Ergebnisse

Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung ist in der Suchtbehandlung, aus dessen Praxis heraus er entwickelt wurde, weit verbreitet. Die Aufgabe „Wie motiviere ich jemanden nachhaltig" ist jedoch auch in vielen anderen Arbeitsfeldern zentral. Die Anwendungsgebiete von MI reichen mittlerweile in das gesamte Gesundheitssystem hinein und sind zentraler Baustein vor und in der Therapie.

Schlussfolgerung

Veränderung erfolgt in Phasen, die jeweils angemessene Interventionen erfordern. MI ist ein evidenzbasiertes Verfahren, das insbesondere für aggressive, unwillige, widerständige PatientInnen geeignet ist. Es ist effektiv, hilft Kraft und Nerven sparen und schützt auf diese Weise vor Burnout.

Literatur

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing (2nd ed.). New York: Guilford.
Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: eine Übersicht. Suchttherapie, 4, 115-124.

Platz für Ihre Notizen:

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 2

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
11.30 - 12.00 Uhr

Hilke Hansen

Arbeitstypen der Therapiearbeit – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung der Arbeit von PatientInnen, LogopädInnen und Angehörigen in logopädischen Therapieprozessen

Ziele

Zentrales Ziel des Forschungsprojektes ist eine empirisch fundierte Analyse der Arbeit, die PatientInnen, Angehörige und LogopädInnen im Verlauf logopädischer Therapien leisten. Die grundlegende theoretische Orientierung bildet das in einer Forschungsgruppe um den US-amerikanischen Medizinsoziologen Anselm Strauss entwickelte Konzept des Arbeitstyps. In einer Studie zur Arbeit im technologisierten Krankenhaus hat die Forschungsgruppe zentrale Arbeitstypen – wie z.B. Maschinenarbeit, Sicherheitsarbeit und Gefühlsarbeit – unterschieden und in ihren Bedingungen und Konsequenzen untersucht (Strauss et al. 1985). Arbeitstypen fassen dabei die Aktivitäten der beteiligten Akteure unter dem Gesichtspunkt arbeitslogischer Gemeinsamkeiten in der Orientierung an einem spezifischen Arbeitsziel zusammen. Das Forschungsprojekt zielt darauf ab, die für die Arbeit an der Erweiterung und Sicherung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen charakteristischen Arbeitstypen zu identifizieren. Im Zentrum steht dabei nicht nur die Arbeit der LogopädInnen, sondern auch die der PatientInnen und ihrer am Therapieprozess beteiligten Angehörigen.

Methoden

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Feldforschungs-Design gewählt. Im Rahmen eines fünfmonatigen Aufenthalts in einer ambulanten logopädischen Praxis hatte die Autorin die Gelegenheit, ausgewählte Therapieprozesse als teilnehmende Beobachterin zu begleiten sowie Gespräche und Leitfaden-Interviews mit LogopädInnen, PatientInnen und Angehörigen zu führen. Darüber hinaus wurden Therapiesituationen auf Video und Tonband aufgezeichnet und z.T. von den behandelnden TherapeutInnen kommentiert. Die Auswertung des umfangreichen Datenmaterials erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (vgl. Strauss/Corbin 1996). Dieses Verfahren der qualitativen Sozialforschung unterstützt eine im empirischen Material verankerte Entwicklung theoretischer Konzepte und Aussagen.

Ergebnisse

Ergebnis der Datenauswertung ist die Identifikation von vier zentralen Arbeitstypen und ihren jeweiligen Aufgabenkonstellationen (Arbeitsprozesse):

- Kontaktarbeit (Kontakt beobachten und bewerten – Kontakt entwickeln und regulieren – Kontakt aufrechterhalten und sichern)
- Ausrichtungsarbeit (Ausrichtung beobachten und bewerten – Ausrichtung entwickeln und regulieren – Ausrichtung aufrechterhalten und sichern)
- Kooperationsarbeit (Kooperation beobachten und bewerten – Kooperation entwickeln und regulieren – Kooperation aufrechterhalten und sichern)
- Veränderungsarbeit (Veränderung beobachten und bewerten – Veränderung entwickeln und regulieren – Veränderung aufrechterhalten und sichern)

In ihrer Gesamtheit bilden diese vier Arbeitstypen die grundlegenden Dimensionen der Therapiearbeit von LogopädInnen, PatientInnen und TherapeutInnen. In der logopädischen Handlungspraxis werden die Arbeitstypen in spezifischen Mustern realisiert, die als Arbeitsmuster bezeichnet werden. Beispielweise umfasst der Arbeitstyp der Kooperationsarbeit die Arbeitsmuster der Erfolgsarbeit, Verpackungsarbeit, Balancearbeit, Haltungsarbeit und Aktivierungsarbeit.

Schlussfolgerungen

Im Zentrum des Vortrags steht nach einer einleitenden knappen Zusammenfassung des methodischen Vorgehens und der zentralen Ergebnisse des Projekts, die Darstellung des Arbeitstyps der Kooperationsarbeit und seiner Arbeitsprozesse. Anhand zahlreicher Materialbeispiele wird anschließend eines der Arbeitsmuster dieses Arbeitstyps vorgestellt. Die Diskussion der Forschungsergebnisse konzentriert sich abschließend auf die Frage nach den Implikationen für die therapeutische Ausbildung und Praxis.

Literatur

Strauss, A.L.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C. (1985). Social Organization of Medical Work. Chicago: The University of Chicago Press.

Strauss, A.L.; Corbin, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Therapeutische Interaktion und Entscheidungsprozesse 2

Gutenberg-Saal 1
Samstag, 13. Juni
12.00 - 12.30 Uhr

Susanne Schewior-Popp

Vom Wissen zum Handeln – Merkmale und Bedingungen der Entwicklung beruflicher Handlungsexpertise

Einführung

Eine der zentralen Fragestellung im Kontext beruflichen Lernens in Aus- und Weiterbildung ist die nach den hinreichenden und förderlichen Merkmalen und Bedingungen der Entwicklung beruflicher Handlungsexpertise. Inhaltlich hochkomplexe Begrifflichkeiten wie Handlungs- oder Kompetenzorientierung, Lernfeldkonzept, Transfer, Theorie-Praxis-Vernetzung und sogar der eigentlich schlicht erscheinende Wissensbegriff werden oftmals in verwirrender Vielfalt verwendet, um entsprechende Prozesse zu beschreiben – die Resultate sind daher vielfach nur bedingt praxistauglich.

In den Gesundheitsberufen und damit speziell auch für die Logopädie ergibt sich in der Perspektive gelingender Therapiegestaltung unmittelbar der Bedarf einer wissenschaftlich-fachlich fundierten Grundlegung von Lehr-Lernprozessen in Aus- und Fortbildung, aber in letzter Konsequenz auch für die Therapie selbst. In pädagogisch-didaktischer Sicht geht es dabei sowohl um das Identifizieren und verstehende Nachverfolgen von (empirisch) beschriebenen „erfolgreichen" Vermittlungs- und Aneignungskonzepten als auch um die Gestaltung geeigneter Lehr-Lern Arrangements. Fachdidaktisch-curriculare Konsequenzen sind mit Blick auf die Wirksamkeit dieser Erkenntnisse unumgänglich und sollten unmittelbaren Eingang in entsprechende Innovationsvorhaben auf allen Ebenen logopädischer Bildung finden.

Literatur

Bröckel, M. (2005). Logopädie – durch Kommunikation zur Wissenschaft. Idstein: Schulz-Kirchner.

Neuweg, G. H. (2001). Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster: Waxmann.

Schewior-Popp, S. (2005). Lernsituationen planen und gestalten. Handlungsorientierter Unterricht im Lernfeldkonzept. Stuttgart: Thieme.

Schmid, Ch. (2006). Lernen und Transfer: Kritik der didaktischen Steuerung. Bern: h. e. p.

Platz für Ihre Notizen:

Aphasie – mehr als Sprache

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
11.00 - 11.30 Uhr

Holger Grötzbach

Aphasietherapie: Wie weit reicht der Auftrag?

Einleitung

Nach dem Willen des Gesetzgebers hat Rehabilitation die Aufgabe, Patienten eine „gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" zu ermöglichen (vgl. SGB IX, § 1). Für Patienten mit einer Aphasie bedeutet dies, dass sie sich (wieder) unterhalten, die Zeitung lesen oder telefonieren können. Um das zu erreichen, werden in der Aphasietherapie vor allem funktionell orientierte Therapieverfahren eingesetzt (Tesak, 1999; Grötzbach & Wehmeyer, 2006). Hinter der Dominanz der funktionellen Therapie steht die Annahme, dass sich die Teilhabe durch eine Reduktion sprachlicher Symptome verbessern lässt. Sowohl anekdotische als auch experimentelle Befunde deuten jedoch darauf hin, dass diese Annahme zu simpel ist. Zu den anekdotischen Befunden gehört beispielsweise die Beobachtung, dass einige Patienten erlernte Strategien im Alltag nicht anwenden. Dadurch bleiben sprachliche Fortschritte auf die Therapiesituation beschränkt. Experimentelle Befunde zeigen außerdem, dass es keinen systematischen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad aphasischer Symptome und der Teilhabe am Berufsleben gibt. Die Rückkehr in den Beruf hängt vielmehr von „adaptiven" Fähigkeiten ab, die über das sprachliche Wissen hinausgehen (Fries & Wendel, 2005). Zu den weiteren Faktoren, die eine gleichberechtigte Teilhabe verhindern, zählen

- Angst, Scham und Depression,
- unrealistische Therapieziele,
- eine Überforderung durch die Erwartung anderer,
- eine veränderte Selbstsicht in Kombination mit geminderten Selbstwertgefühlen (vgl. Fries & Wendel, 2005).

Methoden und Ergebnisse

Um diejenigen Fähigkeiten zu bestimmen, die zu einer Verbesserung der Teilhabe beitragen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. In die Recherche gingen alle Artikel ein, die mit Hilfe von medizinischen Suchmaschinen unter Verwendung des Suchbegriffs „Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung" ermittelt werden konnten. Die Auswertung der Artikel führte zur Identifikation der folgenden fünf Fähigkeiten:

- realistische Selbsteinschätzung („self-awareness"),
- Meisterungs-Einstellung („self-efficiacy"),
- Fähigkeit, um Hilfe zu bitten („malleability"),
- Fähigkeit zur Teamarbeit („collaborative learning"),
- emotionale Selbstkontrolle („neurobehavioral control").

Während eine Förderung der ersten drei Fähigkeiten vor allem für Patienten mit einem Schlaganfall besonders wichtig ist, sollten die letzten beiden Fähigkeiten insbesondere bei Patienten mit einem Schädel-Hirn-Trauma im Vordergrund stehen. Ein weiteres Ergebnis der Recherche ist, dass

- Willenskraft: Härte gegen sich selbst („relentlessness")
- Beweglichkeit: nicht aufgeben, neue und herausfordernde Ziele stecken („restlessness")
- Mut: sich etwas Neues zutrauen, eine schwierige Aufgabe meistern („risk taking") und
- Resilienz: sich nicht entmutigen lassen („resilience")

als persönliche Eigenschaften dabei helfen, die Krise Aphasie zu bewältigen.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Literaturrecherche weisen darauf hin, dass ergänzend zur Sprachtherapie sowohl eine Förderung von weiteren (kognitiven) Fähigkeiten als auch von persönlichen Eigenschaften notwendig ist, um die gesetzlich definierte Aufgabe der Teilhabe zu erfüllen. Der Auftrag an die Logopädie geht damit über die bloße Vermittlung sprachlichen Wissens hinaus. Mit dem erweiterten Auftrag nimmt die Aphasietherapie einen ganzheitlichen (holistischen) Charakter an, dessen Bedeutung im Krankheitsverlauf zunimmt. Er sollte daher ein fester Bestandteil der Therapie sein.

Literatur

Fries, W. & Wendel, C. (2005). Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben nach Hirnschädigung: neue Beiträge zur Prognose und Therapie. In Dettmers, C. & Weiller, C. (Hrsg.), Update Neurologische Rehabilitation. Hippocampus: Bad Honnef, 101-112.

Tesak, J. (1999). Grundzüge der Aphasietherapie. Idstein: Schulz-Kirchner.

Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2006). Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel. Heidelberg: Springer.

Aphasie – mehr als Sprache

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
11.30 - 12.00 Uhr

Lena Spitzer

Von der Therapie in den Alltag: Exekutivfunktionen als ein wichtiger Baustein in der Aphasiebehandlung

Einführung

Nach dem Willen des Gesetzgebers hat Rehabilitation die Aufgabe, eine „gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" zu fördern (vgl. SGB IX, § 1). Für Patienten mit einer Aphasie bedeutet dies, sich (wieder) unterhalten, die Zeitung lesen oder telefonieren zu können. Dazu werden nicht nur sprachsystematische Fähigkeiten, sondern auch andere kognitive Leistungen benötigt (vgl. Martin & Allen, 2008; Fridriksson et al., 2006; Purdy, 2002). Zu den anderen kognitiven Fähigkeiten zählen die Exekutivfunktionen, mit deren Hilfe Handlungen im Alltag flexibel geplant und dabei auftretende Probleme gelöst werden. Amerikanische Studien (Fridriksson et al., 2006; Purdy, 2002) bei Patienten mit einer Aphasie deuten darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen gestörten Exekutivfunktionen und beeinträchtigten sprachlichen Leistungen im Alltag gibt. Dabei spielt insbesondere die Umstellungsfähigkeit, ein Teilbereich der Exekutivfunktionen, eine besondere Rolle. Unter der Umstellungsfähigkeit wird die Leistung verstanden, „neue, vorher nicht geübte Lösungswege entwickeln zu können und sie im Alltag auch zu nutzen und einzusetzen" (Fries et al., 2007, S. 25). Eine Einschränkung der Umstellungsfähigkeit kann Schwierigkeiten in einer Unterhaltung zur Folge haben, die unabhängig vom sprachlichen Wissen auf den verschiedenen linguistischen Ebenen auftreten. Ergebnisse einer Studie von Grötzbach et al. (2003) deuten ebenfalls darauf hin, dass subjektiv empfundene Wortfindungsstörungen auf eine beeinträchtigte Umstellungsfähigkeit zurückzuführen sind.

Die klassische Aphasietherapie orientiert sich jedoch weniger an der gestörten Umstellungsfähigkeit als vielmehr an den sprachsystematischen Einschränkungen. Das Hauptgewicht der Therapie liegt üblicherweise auf einer Reduktion der aphasischen Symptome. Die Relevanz der Exekutivfunktionen und Umstellungsfähigkeit in Gesprächen zeigt jedoch, dass es unabdingbar ist, diese nicht-sprachlichen Funktionen zu berücksichtigen. Denn eine Verbesserung der Teilhabe, wie vom Gesetzgeber gewünscht, kann nur dann erreicht werden, wenn gleichermaßen sprachliche und nicht-sprachliche Fähigkeiten therapeutisch aufgegriffen werden.

Literatur

Fridriksson, J.; Nettles C.; Davis, M.; Morrow, L. & Montgomery, A. (2006). functional communication in executive function in aphasia. Clinical Linguistic & Phonetics, 20 (2), 401-410.

Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation In: Fries, W.; Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (Hrsg.), Teilhaben! Neue Konzepte der Neurorehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart u. a.: Springer. 7-16

Grötzbach, H.; Schubert, A. & Landstorfer K. (2003). Zur Diagnose der Restaphasie. Vortrag auf der Tagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und-behandlung in Leipzig.

Martin, R. C. & Allen, C. M. (2008). A Disorder of Executive Function and Its Role in Language Processing. Seminars in Speech and Language, 29 (3), 201-209.

Purdy, M. (2002). Executive function ability in persons with aphasia. Aphasiology, 16 (4-6), S. 549-557.

Platz für Ihre Notizen:

Aphasie – mehr als Sprache

Gutenberg-Saal 2
Samstag, 13. Juni
12.00 - 12.30 Uhr

Martina Hielscher-Fastabend, Petra Jaecks

Kommunikation von Emotionen bei Patienten mit Aphasie

Einführung

Gesprächspartner tauschen in der alltäglichen Kommunikation nicht immer nur reine Informationen aus; zumeist übermitteln sie auch Emotionen über das diskutierte Thema. Wir nehmen an, dass erfolgreiche Kommunikation (mit einem von allen Teilnehmern akzeptierten Ergebnis) auch auf dem „Alignment" (Pickering & Garrod, 2004) der Gesprächspartner bezüglich ihrer Bewertungen und emotionalen Ausdrücke basiert.
Breitenstein und Kollegen (1996) sowie Hielscher (2001) haben in ihren Experimenten nachweisen können, dass oft bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen auch Kanäle, die eigentlich nicht betroffen sind, Defizite in der emotionalen Verarbeitung zeigen. So wird beispielsweise bei Patienten mit Aphasie von Einschränkungen bei der Verarbeitung von mimisch oder prosodisch übermittelten Emotionen berichtet. Zusätzlich zeigt sich besonders bei leichter sprachlich eingeschränkten Patienten eine große Leistungsstreuung, die nicht ohne weiteres zu erklären ist (vgl. Jaecks, 2006) und möglicherweise ebenfalls mit einem eingeschränkten emotionalen „Alignment" zusammenhängt.

Um interpersonelle „Alignment"-Sequenzen in emotionalen Äußerungen zu untersuchten, haben wir die Sprachproduktion von Patienten mit neurologischen Erkrankungen sowie von gesunden Sprechern untersucht. Alle Studienteilnehmer wurden zusätzlich mit der TAB (Tübinger Affekt Batterie; Breitenstein et al., 1996) getestet; weiterhin erfolgte eine Einschätzung anhand verschiedener Fragebögen, wie beispielsweise der Emotional Contagion Scale (vgl. Doherty, 1997). Die konversationelle Analyse umfasst folgende Aspekte: Linguistische Parameter (z.B. Abtönpartikel, Interjektionen, etc.), konversationelle Elemente (z.B. Diskursorganisation, Themenorganisation, etc.), prosodische Variablen (z.B. Sprechgeschwindigkeit, Pausen, Verständlichkeit, Stimmqualität, Lautstärke, etc.), Mimik (z.B. Lächeln, Bewegung der Augenbrauen, etc.) und Körpersprache (z.B. Gestik, Blickkontakt, etc.).

Es ist bekannt, dass zumindest einige Patienten mit neurologischen Erkrankungen Probleme haben, emotionale Inhalte zu verstehen und zu produzieren. Dies zeigt sich sowohl in der TAB als auch im Gespräch. Daher nehmen wir an, dass die Kommunikationsfähigkeit dieser Menschen durch ein reduziertes emotionales „Alignment" gestört ist. In unserem Vortrag werden wir Variablen und Aspekte beschreiben, die besonders relevant sind für Personen mit Aphasie.

Literatur

Breitenstein, C.; Daum, I.; Ackermann, H.; Lütgehetmann, R. & Müller, E. (1996). Erfassung der Emotionswahrnehmung bei zentralnervösen Läsionen und Erkrankungen: Psychometrische Gütekriterien der „Tübinger Affekt Batterie". In: Neurologie und Rehabilitation, 2, 93-101.

Doherty, R.W. (1997). The emotional Contagion Scale: A measure of individual differences. In: Journal of Nonverbal Behavior 21, 2, 131-154.

Hielscher-Fastabend, M. (2001). Emotionskonzepte und Prozesse emotionaler Sprachverarbeitung. Habilitationsschrift. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Jaecks, P. (2006). Restaphasie – Eine empirische Untersuchung von linguistischer Symptomatik, Gesprächsverhalten, Differentialdiagnose und Ursache minimal aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Universität Bielefeld: Dissertation.

Pickering, M.J. & Garrod, S. (2004). Toward a mechanistic psychology of dialogue. In: Behavioral and Brain Sciences 27, 169-225.

Anmerkung:
Die vorgestellte Studie ist Teil des Sonderforschungsbereichs 673, gefördert durch die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG). Projektleiterin ist HD Dr. M. Hielscher-Fastabend.

Platz für Ihre Notizen:

Institut zur Rehabilitation Tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen

Besuchen Sie uns am Stand 12!

ITF - Wer ist das?
Seit September 2007 arbeitet das Fachteam für tumorbedingte Stimm- und Funktionsstörungen, das 15 Jahre lang das I.R.L. repräsentiert hat, unter neuem Namen.

ITF - Was bieten wir Ihnen?
- insgesamt 100 Jahre Kompetenz und Erfahrung
- LE - Therapie im Umkreis von 150 km um Köln
- bundes- und europaweite Schulungen rund um das Thema Laryngektomie / Tracheotomie
- kompletter LE-Unterricht oder Ergänzung Ihres Unterrichts
- Praktikumsplätze
- Intensivschulung in einem einwöchigen Stimmrehaseminar unter Supervision

TheraNet - ein deutschlandweites Netzwerk von Fachtherapeuten
- telefonische Beratung für Therapeuten und Patienten
- Unterstützung beim therapeutischen Einsatz medizinischer Hilfsmittel

Erfahren Sie mehr unter: www.itf-institut.de

ITF - Institut zur Rehabilitation Tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen
Hameler Weg 37 • 51109 Köln • Tel.: 0221 - 9 84 23 64 • E-Mail: info@itf-institut.de • Webseite: www.itf-institut.de

CALL FOR PAPERS

Das Schwerpunktthema des 39. Jahreskongresses in Hannover vom 3. – 5. Juni 2010 heißt:

„Im Dialog“

Logopädie und andere Gesundheitsfachberufe

In den Gesundheitsfachberufen führen verschiedene Formen **interdisziplinären therapeutischen Handelns** vermehrt zu einem differenzierten Angebot von Diagnostik und Therapie für hilfesuchende Menschen. Insbesondere für die Hinführung der Patienten zu angemessener Aktivität und Teilhabe gemäß der ICF ist die Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitsberufe von großer Bedeutung.
Dabei ist es die Aufgabe aller Professionen, eine gemeinsame Sprache zu finden, ihre Arbeit untereinander abzustimmen, spezifische Schwerpunkte zu setzen und den Patienten in die Aufstellung der Zielsetzungen mit einzubeziehen. Solche Bezugsrahmen entwickeln nicht nur Teams in klinischen Einrichtungen, auch ambulant tätige LogopädInnen binden sich zum Wohle des Patienten vermehrt in **fachliche Netzwerke** ein. In dieser Zusammenarbeit ist es dann wichtig, einerseits gemeinsame Vorgehensweisen – ob ganzheitliche oder symptomorientierte Therapieansätze – zu thematisieren, und andererseits logopädiespezifische Therapie abzugrenzen und hervorzuheben.

Auch in der berufspolitischen Diskussion (z.B. Spezialisten vs. allgemeine FachtherapeutInnen) sowie in Ausbildung und Lehre (z.B. gemeinsame Studienanteile mit anderen Gesundheitsfachberufen vs. Spezialisierung) ist das Thema „Interdisziplinarität“ aktuell.

Der **dbl** lädt Fachleute aus Logopädie und angrenzenden Gesundheitsfachberufen sowie aus Linguistik, Medizin, Psychologie, Soziologie und verwandten Bereichen ein, aktuelle Beiträge zu allen logopädischen Themenfeldern (Sprache, Sprechen, Stimme, Hören und Schlucken) sowie zu Ausbildung und Lehre zu präsentieren. Außerdem lädt der **dbl** ein, darüber zu diskutieren, welche Gemeinsamkeiten die Logopädie mit anderen therapeutischen Berufen hat bzw. welche Besonderheiten sie auszeichnen.

Erbeten werden wissenschaftliche Vorträge oder Falldarstellungen. Diese können sich auf spezifische Themen oder auch auf Therapiemethoden beziehen, die für aktuelle logopädische oder logopädie-relevante Fragestellungen von Interesse sind.

Zur **Anmeldung** senden Sie bitte eine **Kurzfassung** des Vortrags mit den folgenden Angaben: Vortragstitel, Autor(en) inkl. Titel/Berufsbezeichnung, Institution mit Anschrift und E-Mail-Adresse, Text (bis 500 Wörter), benötigte Medien und gewünschte Rubrik. Das Abstract sollte über das Ziel der Studie bzw. Therapiemethode, die Methode bzw. das Therapieverfahren sowie über wesentliche Ergebnisse, Diskussionsaspekte und Literaturquellen zum Thema Auskunft geben.

Einreichtermin: bis spätestens 15.10.2009
Eine Verständigung über die Annahme erfolgt voraussichtlich bis 31.12.2009. Bitte senden Sie Ihre Beiträge an:

dbl Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Geschäftsstelle: **dbl**, Augustinusstr. 11a, 50226 Frechen,
Telefon: 0 22 34.3 79 53-29, Telefax: 0 22 34.3 79 53-13,
E-Mail: fobi@dbl-ev.de, Internet: http://www.dbl-ev.de

Kennwort: Kongress 2010-Call for papers

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Avramidou Eleftheria, Xatzidimitriou Xristina, Abatzoglou Grigoris

Kombinierte Sprach-Psycho-Therapie

Einführung:
Aus der Forschungsliteratur und in der klinischen Arbeit zeigt sich, dass die Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten multifaktoriell bedingt und untereinander verflochten und immer die Folge einer Reihe von Zuständen / Missgeschicken sind, die ursprünglich untereinander zusammenhangslos auftraten aber sehr schnell miteinander in Resonanz traten, sich wechselseitig bedingten und ein unauflösliches Knäuel, einen Teufelskreis bildeten, der mit der persönlichen Geschichte eines jeden Kindes und der Geschichte seiner Familie verbunden ist.

Ziel:
Zum Thema der Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten wird der Ansatz vorgestellt, der seitens des interdisziplinären pädopsychiatrischen Team der Dienstelle für Kinder und Jugendliche der 3. Psychiatrischen Universitätsklinik des Allgemeinen Universitätskrankenhauses AHEPA adoptiert worden ist. Einige der Kinder, die sich an unsere Dienststelle wendeten, haben ihre frühreife Entwicklungsphase als traumatisch erlebt und manifestieren eine Vielfalt von Schwierigkeiten und Symptomen, die von der Dysphasie über Störungen im Autismus-Spektrum bis hin zur vollständigen Sprachlosigkeit reicht, wodurch ihre Kommunikation mit anderen maßgeblich beeinflusst wird. Methode: Der interdisziplinäre pädopsychiatrische Team der Dienstelle für Kinder und Jugendliche der 3. Psychiatrischen Universitätsklinik des AHEPA-Krankenhauses adoptiert einen Ansatz, der nicht auf die Diagnose als solche zentriert ist, sondern die aufmerksame klinische Beobachtung des Kindes sowie die ausführliche und mit Einfühlungsvermögen rezeptierte Entwicklungs- und Familiengeschichte des Kindes und die gemeinsame Diskussion der Mitglieder der interdisziplinären Gruppe vorschlägt. Im Rahmen des therapeutischen Verfahrens wird folgendes Schema vorgeschlagen: a) wöchentliche gemeinsame Treffen des Kindes mit einer klinischen Psychologin und einer Sprachtherapeutin (reguläre monatliche Supervision mit dem verantwortlichen Pädopsychiater), b) alle 14 Tage Treffen der Eltern mit der klinischen Psychologin und seltenere, jedoch systematische Treffen der Eltern mit dem Pädopsychiater. Hauptziel der gemeinsamen Treffen des Kindes mit der klinischen Psychologin und der Sprachtherapeutin ist die Bildung eines Milieus, welches dem Kind erlaubt, sich frei zu bewegen und zu äußern, wobei das Hauptausdrucksmittel das Spiel ist. Auf psychologische Interpretationen wird weitgehend verzichtet. Der Ansatz beruht auf den Prinzipien des entwicklungsproximalen Ansatzes und der Kontexoptimierung.

Ergebnisse:
Die regulären monatlichen Supervision mit dem verantwortlichen Pädopsychiater erlauben es uns, die erscheinungsmäßig nicht miteinander zusammenhängenden Verhaltensweisen der Kinder zu erkennen und miteinander zu verbinden, sowie den retrograden Erkenntnissen des therapeutischen Verfahrens Sinn zu geben und etwas davon sowohl den Kindern, als auch ihren Familien, zu vermitteln. Als Folge beginnen die Kinder dann, parallel zu den fortbestehenden Schwierigkeiten, in ihren unverständlichen Reden erstmals klare Wörter zu artikulieren, Wörter von pragmatischer Bedeutung, die sie auf geeignete Weise einsetzen. Sie beginnen, öfters Kontakt zu uns herzustellen, sie beteiligen sich, wenn auch nicht immer, an den von uns initiierten Spielen und äußern das Bedürfnis zu spielen und Geschichten zu konstruieren.

Schlussfolgerung:
Dieser Ansatz erlaubt eine frühzeitige Intervention, welche die vorhandenen Möglichkeiten des Kindes -wie unbedeutend diese auf den ersten Blick auch immer erscheinen mögen- nicht verdrängt, behindert und fixiert, sondern zu seiner Entwicklung und zu seinem Wachstum beiträgt. Durch die frühzeitige Intervention wird folglich das Kind in die Lage versetzt, seine Gefühle auszudrücken, sowie seine Bedürfnisse zu äußern, zu seiner Umwelt Bindungen herzustellen sowie die Wirklichkeit in sein Selbst aufzubauen.

Literatur

Axiline, V. M. (2002). Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. 10. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Dannenbauer, F.M. (2002). Grammatik. In: Baumgartner, S.; Füssenich, I. (Hrsg.), Sprachtherapie mit Kindern. 5. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt. 105-161.

Danon Boileau, L. (2002). les enfants sans langage. Odile Jacob Ed.

Milner, M. (1955). The Rolle of Illusion in Symbol Formatio. In: Klein, M. (ed.), New Directions in Psycho-Analysis. London: Maresfield Reprints.

Motsch, H.J. (2006). Kontextoptimierung. Förderung grammatischer Fähigkeiten in Therapie und Unterricht. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Anke Blech, Luise Springer, Klaus Willmes, Bernd Kröger

Untersuchung zur Kernsymptomatik bei Kindern mit Verdacht auf eine kindliche Sprechapraxie im Alter von 4-7Jahren

Zielsetzung

Ziel der Studie ist das Benennen von Kernsymptomen zur Abgrenzung sprechapraktischer Kinder von der angrenzenden Phonologischen Aussprachestörung. Darüber hinaus soll festgestellt werden, ob es Indizien für die sprechmotorische Programmierungseinheit der „Silbe" nach Levelt (1999) gibt.

Hintergrund

Das Störungsbild der kindlichen Sprechapraxie ist wenig erforscht und wird kontrovers diskutiert bzgl. der Ätiologie, Definition und vor allem bzgl. der Differentialdiagnostik. Allgemein gültige Kriterien zur Abgrenzung der kindlichen Sprechapraxie fehlen. Die Notwendigkeit von vergleichenden Studien mit Kindern anderer Aussprachestörungen, hinsichtlich der Symptomatik, bleibt bestehen (siehe auch ASHA, 2007).
International und national wurden die Vokale bzw. Vokalfehler sprechapraktischer Probanden untersucht (Hall et al., 1991; Pollock et al., 1993; Franz et al., 2006; Blech 2006), deren inkonsequentes Auftreten als ein Merkmal der Störung betrachtet wird.

Methodik

An dieser Studie nehmen 28 Kinder, 8 Kinder mit Verdacht auf eine kindliche Sprechapraxie im Alter zwischen 4-7 Jahren, teil, die betreffend der Vokal- und Konsonantenproduktionen mit jeweils 10 Kindern mit einer phonologischen Störung und mit 10 Kindern unauffälliger Sprach- und Sprechentwicklung verglichen werden. Alle Probanden werden auf ihre non verbale Intelligenz (CPM), Sprachverständnis (HSET), Artikulation (PLAKSS), auditiven Merkspanne (PET), phonologischer Bewusstheit (BISC), auditiven Diskrimination (Minimalpaare nach Nickisch), Diadochokinese (Thoonen et. al, 1996) und auf eine kindliche Sprechapraxie (Screening nach Birner-Janusch, 2007) getestet. Für den Einschluss einer kindlichen Sprechapraxie muss die phonologische Planung, die artikulatorisch-motorischen Bewegungen und die phonetische Programmierung defizitär sein (Ozanne, 2005).
Das Messinstrument zur Untersuchung der Vokal- und Konsonantenproduktionen besteht aus 116 Real-, 64 Pseudowörtern und 107 Silben, die jeweils in die Kategorien hochfrequent und niedrigfrequent, sowie CV und CC-Struktur , als auch nach Wortlänge eingeteilt werden.
Die Wortproduktionen werden durch eine Bildbenennung evoziert und mittels eines Headsets und einem Laptop aufgenommen. Die Pseudowörter und Silben sollen nach dem Vorbild des Untersuchers nachgesprochen werden.
Es werden perzeptive und akustische Analysen der Vokalproduktionen durchgeführt. Die perzeptive Analyse umfasst die Beurteilung der Vokalproduktionen der Probanden durch insgesamt 84 Beurteiler. Anhand der Beurteilungen werden die drei Untersuchungsgruppen statistisch miteinander verglichen. Die Beurteilerübereinstimmung wird zusätzlich statistisch überprüft.
Alle Vokalproduktionen werden ebenfalls akustisch analysiert. Es werden die Formantverläufe (Frequenz, Steigung und Kurvigkeit) des ersten und zweiten Formanten berechnet und zwischen den Untersuchungsgruppen verglichen.
Darüber hinaus werden die Konsonantenfehler zwischen den Probandengruppen verglichen.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse liegen Ende 2008 vor.

Literatur

Blech, A. (2006). Perzeptive und akustische Vokalanalysen bei Kindern mit Verdacht auf eine verbale Entwicklungsdyspraxie, RWTH Aachen, unveröffentlichte Diplomarbeit.

Franz, E. (2006). Akustische und perzeptive Analysen von Vokalen bei verbaler Entwicklungsdyspraxie: Eine Einzelfallstudie, RWTH Aachen, unveröffentlichte Diplomarbeit.

Levelt, W.J.M.; Roelofs, A.; Meyer, A.S. (1999). A theory of lexical access in speech production. In: Behavioral and Brain Sciences, 1-75.

Pollock, K.; Hall, P. (1991). An analysis of the vowel misarticulations of five children with developmental apraxia of speech. In: Clinical Linguistics and Phonetics, 5.

Walton, J.; Pollack, K. (1993). Acoustic validation of vowel error patterns in developmental apraxia of speech. In: Clinical Linguistics and Phonetics, 7.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Carmen Herzog-Meinecke

Inputspezifizierung bei sprachlich unauffälligen Kindern vor dem Wortschatzspurt

Einführung

Für den Aufbau des Wortschatzes werden im sprachtherapeutischen Alltag unterschiedliche Methoden genutzt, deren Wirksamkeit derzeit hauptsächlich anhand des gesamten therapeutischen Erfolgs, der mit einen einzelnen Kind erzielt wurde, bewertet wird. Eine verallgemeinernde Aussage über die Effektivität einer bestimmten Methode kann noch nicht vorgenommen werden.

Vor diesem Hintergrund soll in dem 2. Beitrag dieser Arbeitsgruppe anhand einer Gruppe sprachunauffälliger Kinder die Frage beantwortet werden, ob die Inputspezifizierung generell als Methode geeignet ist, das Wortlernen zu initiieren und zu unterstützen.

Der Mittelpunkt dieser Untersuchung bezieht sich auf die Frage, ab welcher Inputfrequenz der Wortlerneffekt einsetzt und diese Methode prinzipiell als wirksame Methode in Bezug auf das Wortlernen betrachtet werden kann. Durch die Kontrolle der Inputstärke im Rahmen von Inputspezifizierungen wird die möglich, die Stärke des Alltagsinputs als Basis für den verstärkten Input in der therapeutischen Situation zu ermitteln.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Nari Huwe, Ernst G. de Langen, Gerd Kegel

Eine psycholinguistische Analyse der Sprachproduktion bei Schizophrenie

Hintergrund

Obwohl es eine große Anzahl von Publikationen über die Sprache Schizophrener gibt, findet man keine vollständige Interpretation anhand von psycholinguistischen, modelltheoretischen Annahmen zur Sprachproduktion. Auch die Modelle, zum Beispiel von Dell oder Levelt, basieren klassischerweise auf Versprechern, der Untersuchung der zeitlichen Struktur von Sprache oder aphasischer, jedoch nicht auf schizophrener Sprache.

Ziel war es, die sprachlichen Auffälligkeiten von Schizophrenen im Rahmen von psycholinguistischen Theorien zu analysieren, um die modelltheoretischen Annahmen hinsichtlich ihrer Aussagekraft bei dieser Patientengruppe zu überprüfen. Außerdem war von Interesse, ob die analysierten Sprachauffälligkeiten neue Erkenntnisse hinsichtlich des Sprachproduktionsprozesses liefern können.

Materialien und Methoden

Es wurden die in der deutsch- und englischsprachigen Literatur aufgezeichneten Äußerungen schizophrener Patienten seit ca. 1900 gesammelt und in homogene Sets aufgeteilt und modelltheoretisch diskutiert. Ein besonderer Fokus der psycholinguistischen Interpretation lag auf der Organisation des Mentalen Lexikons und dem Zugriff darauf.

Ergebnis

Die analysierten Äußerungen konnten anhand der aktuellen theoretischen Modelle erklärt werden. Die meisten Auffälligkeiten lassen sich anhand einer Störung entweder im Zugriff auf das Mentale Lexikon oder in der Organisation der dort gespeicherten Information erklären. Außerdem konnte gefolgert werden, dass Störungen auf diesem Level den Prozess der Konzeptualisation beeinflussen, was als Beweis für das von Dell angenommene „backward spreading" von späteren zu früheren Ebenen im Sprachproduktionprozess gelten kann. Diese Ergebnisse sprechen für die kontrovers diskutierte Annahme Dells zum backward spreading als eine notwendige Komponente bei der Sprachproduktion.

Literatur

Dell, G.S. (1986). A spreading activation theory of retrieval in sentence production. Psychological Review (93), 283-321.
Levelt, W.J.M. (1989). Speaking. From intention to articulation. Cambridge.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Claudia Jenny

Sprachauffälligkeiten bei Zweisprachigkeit: Neue Ursachen – Neue Behandlungsmethoden

Einführung

Zweisprachige Kinder entwickeln häufiger und schwerere Formen von Sprachauffälligkeiten als einsprachige. Mit diesem Thema habe ich mich viele Jahre beschäftigt, denn aus meiner eigenen Erfahrung, die sich mit wissenschaftlichen Forschungsergebnissen deckt, kann jedes Kind, das eine Sprache erwerben kann, auch problemlos eine weitere Sprache erlernen.

Jahrelang habe ich mich auf die Elternarbeit konzentriert, um die Eltern zum Gebrauch der Muttersprache nach dem Sprachmodell „eine Person, eine Sprache" zu ermuntern. Insgesamt war jedoch weiterhin der logopädisch-therapeutische Erfolg bei diesem Störungsbild unbefriedigend.

Erst vor wenigen Jahren konnte ich aus allen mir vorliegenden Daten eine schlüssige Ursache für das Phänomen der Sprachauffälligkeiten bei zweisprachigen Kindern erkennen: Sprechen Eltern mit ihren Kindern in zwei Sprachen, kommt es bei den Kindern zu Sprachauffälligkeiten, die bestimmten Regeln folgen. Die dabei entstehende Sprache folgt bestimmten Strategien, wie sie aus den Pidgin-Sprachen bekannt sind: Reduktion von grammatikalischen Morphemen, Akzent, Gebrauch von Universalien und Umschreibungen und einen stark eingeschränkten Wortschatz / Wortfindung.

Das Erkennen einer Strategie hinter den Sprachauffälligkeiten führte mich zu einem neuen Therapieansatz, der zum Ziel hat, diese Erwerbsstrategie rückgängig zu machen um einen regulären Spracherwerb zu ermöglichen.

Im neuen Therapieansatz wird zur Aufhebung der Reduktionstendenz der Artikel verwendet. Der Artikel ist auf der untersten Ebene lediglich ein Teil eines Wortes, hat also nur eine semantische Funktion. Danach werden die grammatikalischen Funktionen des Artikels wie der Akkusativ und der Dativ erarbeitet. Im Gegensatz zur herkömmlichen Therapie, die meist eine Erweiterung des Wortschatzes anstrebt, wird hier nur ein kleiner Wörterpool von 4-10 Wörtern verwendet. Das Kind soll seine Strategie, die Artikel zu eliminieren oder willkürlich zu verwenden aufgeben.

Zur Erkennung von Kindern mit einer Reduktionsstrategie wurde ein zweisprachiger Lautbefund durchgeführt, das auditive Kurzzeitgedächtnis mit dem Mottiertest geproft und die Ableitungsfähigkeit der Kinder mit den Untertests AM und AD beurteilt. Zur Dokumentation des Therapiefortschrittes wurde der Untertest „Imitation grammatischer Strukturformen" aus dem HSET verwendet.

Insgesamt wurden bei den Kindern, deren Eltern ihr Sprachverhalten ändern konnten, sehr gute Ergebnisse bei den Therapie erzielt. Die Therapien (Altergrenze) verlaufen mit wenigen individuellen Abweichungen nach Plan und erbringen die beabsichtigten sprachlichen Fortschritte.

Die Elternarbeit zur Verwendung der Muttersprache gestaltet sich im Klima der vermehrten Deutschförderung der Kinder immer schwieriger. Die Ratschläge der Fachperson zur Verwendung der deutschen Sprache fördern die Entstehung der Sprachmischung bei den Eltern und erhöhen die Zahl der sprachauffälligen zweisprachigen Kinder. Um die Sprachkompetenzen der zweisprachig aufwachsenden Kinder nachhaltig zu verbessern, bedarf es eines gesellschaftlichen Klimas, das die Verwendung der Muttersprache fördert und propagiert und über Folgen von Sprachmischung aufklärt.

Literatur

Kielhöfer, B.; Jonekeit, S. (1995). Zweisprachige Erziehung. Tübingen: Stauffenburg Verlag

Genese, F., Paradis, J.; Crago, M.B. (2004). Dual Language Development & Disorders. Paul H. Brookes Publishing Co.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Meja Kölliker Funk

Änderungen der Bildungslandschaft in der Schweiz – Auswirkungen auf die Logopädie

1. Logopädie näher an die Schule: neue Arbeitsformen

Die Bildungsreform hin zu den geleiteten Schuleinheiten verändert das Arbeitsfeld und die Aufgaben der LogopädInnen. Sie sind in einer geleiteten Schule für die logopädische Versorgung aller Schulkinder von 4-16 Jahren verantwortlich und 20% ihrer Anstellung betreffen Beratung und Prävention. Logopädische Therapie in privaten Praxen wird seit dem Rückzug der Invalidenversicherung für Schulkinder in der Stadt Zürich nicht mehr bezahlt. Die Logopädinnen (55 Vollzeitstellen) werden von der Stadt angestellt. Die Stadt Zürich hat 25.000 Schulkinder, davon werden 2.500 jährlich in der logopädischen Statistik erfasst. In den geleiteten Schulen wird im Schulischen Standortgespräch von Lehrperson, Eltern, Sonderpädagogin und Logopädin die Notwendigkeit und Art einer logopädischen Intervention bestimmt. Es werden die realisierten Formen schulnaher Logopädie vorgestellt und die Ergebnisse einer Zufriedenheitsstudie dargestellt, die mit den LogopädInnen der Stadt Zürich in diesem Veränderungsprozess gegenwärtig durchgeführt wird.

2. BA in Logopädie – MA in Sonderpädagogik: Herausforderung für die Weiterbildung

Im Rahmen der Umsetzung der Bologna Reform im Hoch- und Fachhochschulbereich wurden die Zugangsbedingungen zu den Studiengängen in Sonderpädagogik (BA einer Pädagogischen Hochschule) und Logopädie (Matura) sowie das Abschlussniveau angepasst. Bisher waren die Abschlüsse in Logopädie und Sonderpädagogik gleichwertig, was sich in gleichen Anstellungsbedingungen und Funktionen im schulischen Alltag zeigte. Nach der neuen Regelung ist die Sonderpädagogin beauftragt das schulische Standortgespräch einzuberufen und zu leiten und die Logopädin bei Bedarf einzuladen. Gemäss ihrem Master Abschluss verdient sie mehr wie LogopädInnen mit einem BA Abschluss. Von den LogopädInnen, die bisher oft generalistisch bei sonderpädagogischen Fragen zugezogen wurden, wird jetzt das spezifische logopädische Fachwissen erwartet. Sie sind für die Beratung von Lehrpersonen, das logopädische Arbeiten im Schulzimmer während des Unterrichts und das Durchführen von Massnahmen zur Prävention von Lese- Rechtschreibschwäche zuständig. Zusätzlich müssen LogopädInnen an Regelschulen nun die logopädische Betreuung von Kindern mit äusserst komplexen Spracherwerbsproblemen leisten, da diese nun hauptsächlich integriert geschult werden. Zum Schuljahresbeginn 2009 löst die Stadt Zürich 80% ihrer Klein- und Sonderklassen auf und schult alle Kinder in den Regelklassen. Dieses veränderte Tätigkeitsprofil verlangt ein vertieftes logopädisches Fachwissen sowie erweiterte Kompetenzen in der Reflexion, Dokumentation und Kommunikation von logopädischen Interventionen. Dies wird einerseits in der dreijährigen Bologna kompatiblen Bachelor Ausbildung gelehrt, welche grundständige wissenschaftliche Arbeitstechniken und Reflexionsfähigkeiten vermittelt. Trotzdem kann eine befriedigende Fülle an Fachwissen nicht in allen logopädischen Schwerpunkten durch die dreijährige BA Ausbildung abgedeckt werden. Zusätzlich ist eine qualifizierende Weiterbildung im Spezialgebiet des logopädischen Wissens für LogopädInnen ohne Bologna konforme Ausbildung erforderlich. Die pädagogische Hochschule der FHNW bietet in Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich einen Weiterbildungsmaster an, der aktuelle Erkenntnisse für alle logopädischen Bereiche mit Fokus auf qualitätssichernde Verfahren für das Einführen und Evaluieren von den veränderten Arbeitsbedingungen angepassten Arbeits- und Interventionsformen beinhaltet.Das Profil dieses MAS SLP und die zu erwerbenden Kompetenzen werden im Kontext der Logopädie als eigenständige Wissenschaft detailliert dargestellt und diskutiert.

3. Diagnose nach ICF: neue Beschreibungsmodelle

Die Bildungsreform in der Schweiz verlangt ein einheitliches Diagnosesystem, das nach den Grundlagen der ICF erarbeitet wird. Ein Pilotprojekt dieser Darstellungsart und diagnostischen Beschreibung wird vorgestellt und als Beispiel ein Schulisches Standortgespräch mit Anwendung dieser Beschreibungskategorien nach ICF gegeben.

Literatur

Bildungsdirektion Kanton Zürich (2008). Rahmenkonzept Integrierte Sonderschulung für die Übergangszeit 2008-2010 www:3970_0_080121_integriertesonderschulungrahmenkonzept_web.pdf.

Bröckel, M. (2005). Logopädie – durch Kommunikation zur Wissenschaft. Idstein: Schulz-Kirchner.

Hollenweger, J.; Lienhard, P. (2007). Schulische Standortgespräche inkl. CD ROM. Bildungsdirektion des Kanons Zürich. Lehrmittelverlag Zürich.

Kölliker Funk, M. (2008). Diagnostik sprachlicher Fähigkeiten nach der International Classification of Functions (ICF) – Wem nützt die verbesserte Kommunikation? In: Giel, B./Maihack, V. (Hrsg.), Sprachtherapie & „Mehrfachbehinderung". Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Chance. Köln: PROLOG. 81-94.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Veronika Breunig, Maureen Kaiser, Stefan Krüger, Melanie Müller, Andreas Schramm, Rebecca Werner

Wie wirksam ist die „CIAT" im klinischen Alltag? Eine vergleichende Therapiestudie

Themenstellung

Es gibt starke Hinweise auf einen engen Zusammenhang von Behandlungsintensität und Erfolg von Aphasietherapie. Auch um die Frequenz der Therapie zu erhöhen,werden Gruppentherapien verstärkt bei der Behandlung der Aphasie eingesetzt, allerdings nicht immer mir klarer Indikation, dem Einsatz überprüfter Behandlungsmethoden und einer Evaluation. Größere Aufmerksamkeit haben in jüngerer Zeit die Studien zur „Constraint-induced Aphasia Therapy (CIAT)" ausgelöst. Die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit dieses Gruppentherapie-Konzeptes wurde innerhalb des klinischen Alltags einer Behandlungseinrichtung überprüft und mit den Ergebnissen der ursprünglichen Studie verglichen.

Material und Methode

Insgesamt nahmen an der Studie 13 Aphasiepatienten teil. Bei 12 Patienten lag das Ereignis mehr als 12 Monate zurück, bei einer Patientin 8 Monate. Anders als in der ursprünglichen Studie von Neininger (2002) wurden auch Personen mit „Globaler Aphasie" und Sprechapraxie behandelt, allen gemeinsam war eine Anomie als Leitsymptom. Ausgeschlossen wurden wie bei Neininger „amnestische" und „Rest"-Aphasien.
Der in dieser Studie angewandte Therapieansatz entspricht der in Pulvermüller et al. (2001) beschriebenen Constraint-induced Aphasia Therapy (CIAT):

- an 10 aufeinander folgenden Tagen täglich 3 Zeitstunden Therapie
- zwei oder drei Patienten pro Gruppe mit Therapeut und Co-Therapeut
- ausschließliche Verwendung sprachlicher Mittel („constraints")
- individuelle und kontinuierliche Steigerung der Anforderungen an die sprachlichen Äußerungen („shaping")
- Schwierigkeitssteigerung durch das verwendete Bildmaterial (hohe / niedrige Wortfrequenz, Minimalpaare, Farbadjektive, Zahlwörter, Verben / Sätze)

Vor und nach der Studie wurden mit den Teilnehmern Teile aus dem AAT (TT, NS, BEN, SV) durchgeführt. Zur Erfassung der kommunikativen Kompetenzen im Alltag erhielten die Angehörigen zur Beurteilung vor und nach der Behandlung den Communicative Effectiveness Index, CETI, (Schlenck und Schlenck, 1994).

Ergebnisse

Die Gruppe der Patienten verbesserte sich in der Testung nach der CIAT signifikant im AAT (p= .023; T= -2,351). Dabei wurde in Testung 1 ein durchschnittlicher T-Wert von 53,0 erreicht, während sich in Testung 2 der durchschnittliche T-Wert auf 54,1 erhöht hat. Vergleicht man die 4 Untertests des AAT getrennt voneinander, ist festzuhalten, dass die Patienten in 2 der 4 Untertests signifikante Verbesserungen aufweisen. Diese beiden Untertests sind „Nachsprechen" (p= .015; T= -2,872) und „Benennen" (p= .025, T= -2,590).
Insgesamt zeigen 6 der 12 Patienten in 6 von 48 Untertests (2x Nachsprechen, 2x Benennen und 2x Sprachverständnis) signifikante Verbesserungen (kritische T-Wert Differenzen, siehe Poeck et al., 1989).
Im Vergleich dazu verbesserten sich die Patienten der CIAT-Studie von Neininger (2002) im AAT von einem durchschnittlichen T-Wert von 53,6 in Testung 1 auf einen T-Wert von 55,6 in Testung 2. Weiter stellt Neininger signifikante Verbesserungen der Patienten in 3 der 4 Untertests fest. Diese Untertests sind „Token Test", „Benennen" und „Sprachverständnis".
Bei der zweiten Leistungseinschätzung mit dem CETI (vorgenommen durch 6 der 12 Angehörigen) stuften 13,6 % der Befragten die kommunikativen Fähigkeiten ihres Angehörigen nach der CIAT als besser ein. Dies entspricht einer signifikant höheren Leistungseinschätzung (p= .027; Z= -2, 201).

Literatur

Eberle, S.; Bruckmann, L.; Tesak, J. (2006). Gruppentherapie in der Aphasie: Ein Statusbericht. Vortrag bei der 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung, Hamburg.

Grötzbach, H. (2004). Zur Effektivität von Aphasietherapie. Neurol Rehabil 10 (1):1-5.

Neininger, B. (2002). Sprachverarbeitung außerhalb der klasssischen Sprachzentren. Dissertation Universität Konstanz. http://www.ub.unikonstanz.de/kops/volltexte/2002/879/.

Poeck, K.; Huber, W.; Willmes, K. (1989). Outcome of intensive language treatment in aphasia. J Speech Hear Disord 54: 471-479.

Pulvermüller, F.; Neininger, B.; Elbert, T. et al. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke 32: 1621-1626.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Andrea Meyer, Stephanie Kreis

Qualität der Silbensegmentierung schriftsprachunkundiger, deutschsprachiger Vorschulkinder

Ziele

Das Ziel der Studie war es, Erkenntnisse über die Qualität des Silbensegmentierens schriftsprachunkundiger, deutschsprachiger Vorschulkinder zu gewinnen. Von besonderem Interesse waren hierbei Wörter, bei denen die phonologische und orthographische Silbengrenze unterschiedlich ausfällt. Im Hinblick auf den Schriftspracherwerb ist die Frage nach der Qualität der Silbensegmentierung schriftsprachunkundiger Vorschulkinder von großer Bedeutung, da diese phonologische Fähigkeit zur Basis für den erfolgreichen Schriftspracherwerb gezählt werden kann. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen einen Beitrag zur evidenzbasierten Therapie bei Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) leisten.

Methoden

In der vorliegenden Studie wurden Daten zum Silbensegmentieren mit einer selbst erstellten Aufgabe bei 40 schriftsprachunkundigen, deutschsprachigen Vorschulkindern erhoben. Die Aufgabe umfasste 45 zweisilbige Prüfwörter, die nach bestimmten phonologischen und orthographischen Kriterien zusammengestellt wurden. Außerdem wurden die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und die Buchstabenkenntnis der Kinder kontrolliert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass schriftsprachunkundige Vorschulkinder Wörter, deren phonologische Segmentierung dem orthographischen Prinzip nicht entspricht (wie bei Onsetmaximierung, /ng/ an der Silbengrenze, silbeninitialem-<h> oder Affrikaten an der Silbengrenze) erwartungsgemäß eher nach dem phonologischen Prinzip trennen. Auffallend war jedoch, dass bei Wörtern mit ungespanntem Vokal und folgendem ambisilbischen Phonem (in der Orthographie: Doppelkonsonanten) durchaus auch orthographische Silbifizierungen beobachtet werden konnten, die nicht dem phonologischen Prinzip entsprechen. Dieses für schriftsprachunkundige Kinder überraschende Ergebnis hing deutlich von der Art des ambisilbischen Phonems ab.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass bei einem silbischen Vorgehen, das in der therapeutischen Schriftsprachinstruktion häufig gewählt wird, zunächst die Wörter bearbeitet werden sollten, deren phonologische Silbensegmentierung mit der orthographischen übereinstimmt. Bei solchen Wörtern ist anzunehmen, dass die korrekte schriftliche Umsetzung sich für die Kinder leichter vollzieht, da sie intuitiv über die notwendige phonologische Basis zur Operationalisierung von Silben in der Schriftsprache verfügen. Die Arbeit mit Wörtern, deren orthographische Silbensegmentierung von der intuitiv-phonologischen Segmentierung abweicht, sollte hingegen nachgeordnet erfolgen und auf der o.g. Basis im Sinne einer Analogiebildung aufbauen. Dies gilt insbesondere für den Erwerb der orthographischen Regeln zur Vokallängenmarkierung durch Doppelkonsonanten, der für viele Kinder eine Hürde im erfolgreichen Schriftspracherwerb darstellen kann.

Literatur

Eisenberg, P. (2004). Grundriß der deutschen Grammatik. 1. Das Wort. 2., überarb. und aktualisierte Auflage. Stuttgart; Weimar: Metzler.

Landerl, K.; Wimmer, H. (1998). Lesenlernen bei deutsch- und englischsprachigen Kindern. Normaler und gestörter Leseerwerb. In: Weingarten, R.; Günther, H. (Hrsg.). Schriftspracherwerb. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren. 82-97.

Röber-Siekmeyer, C.; Tophinke, D. (Hrsg.). Schrifterwerbskonzepte zwischen Sprachwissenschaft und Pädagogik. Band 9. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Tophinke, D.; Röber-Siekmeyer, C. (Hrsg.). Schärfungsschreibung im Fokus. Zur schriftlichen Repräsentation sprachlicher Strukturen im Spannungsfeld von Sprachwissenschaft und Didaktik. Band 10. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Weingarten, R. (2004). Die Silbe im Schreibprozess und im Schriftspracherwerb. In: Bredel, U. et al. (Hrsg.), Schriftspracherwerb und Orthographie. Baltmannsweiler: Schneider. 6-21.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Ines Ponten, Kerstin Schumacher, Irene Ablinger, Ralph Radach, Klaus Willmes-von Hinckeldey, Walter Huber

Erweiterung des Sichtwortschatzes bei Entwicklungsdyslexie – Eine kontrollierte Einzelfallstudie durch Blickbewegungsmessungen

Problemstellung

Für die frühzeitige und konsequente Förderung und Behandlung von Kindern mit Lese-Rechtschreib-Störungen stehen bereits zahlreiche Verfahren zur Verfügung (von Suchodoletz, 2007). Hingegen scheint die Entwicklung und Evaluation von Therapiemethoden und -materialien für Jugendliche mit bereits manifestierten entwicklungsbedingten Lesestörungen jedoch vernachlässigt. Ziel dieser kontrollierten Studie war die Evaluierung einer spezifisch entwickelten Therapiemethode zur Erweiterung des Sichtwortschatzes anhand von Blickbewegungsmessungen. Blickbewegungsmessungen stellen dabei eine gut etablierte und sensitive Methode zur Untersuchung von Leseprozessen dar (Radach & Kennedy, 2004).

Methode

Wir berichten von Blickbewegungsaufzeichnungen beim Lesen von Wort- und Textmaterial der Patientin CH mit entwicklungsbedingter Oberflächendyslexie und ihren Drillingsgeschwistern CA und LA sowie einer Kontrollgruppe (n=34). CH zeigte bevorzugt segmentales Lesen, eine verlangsamte Lesegeschwindigkeit und erhebliche Schwierigkeiten im Lese-Sinn-Verständnis.
Die Durchführung der hochfrequenten Therapie zur Erweiterung des Sichtwortschatzes erfolgte in 15 Therapieeinheiten mit zusätzlichem Eigentraining. Die Drillingsgeschwister erhielten keine Therapie.
Zur Therapieevaluation wurden vor und nach der Therapiephase die Blickbewegungen beim Lesen von Wörtern mit unterschiedlicher Länge sowie von Pseudowörtern und Texten aufgezeichnet und analysiert. Mögliche Langzeiteffekte wurden zusätzlich anhand einer Follow-up-Untersuchung drei Monate nach Therapieende geprüft.
Die Darbietung des Lesematerials erfolgte am PC. Während des Lesens wurden die Blickbewegungen des rechten Auges mittels eines zeitlich und räumlich hoch auflösenden Messsystems (EyeLinkII) aufgezeichnet.

Ergebnisse

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Blickbewegungsmessung für CH deutliche Therapie- und Langzeiteffekte. Ingesamt reduziert sich die Gesamtlesezeit pro Wort in allen Wortlängen ($p < .001$) sowie für Pseudowörter ($p < .002$). Hinsichtlich der räumlichen Parameter zeigen sich ebenfalls Veränderungen. Während CH vor Therapiebeginn eine präferierte initiale Fixationsposition am Wortanfang aufweist, verlagert sich diese nach Beendigung der Therapie nach rechts in Richtung der Wortmitte und ist daher vergleichbar mit jener der Kontrollgruppe. Auch die vor der Therapiephase abweichende Verteilung von unterschiedlichen Sakkadentypen beim Textlesen nähert sich im Therapieverlauf der Kontrollgruppe an. Die Drillingsgeschwister weisen keine Veränderungen der untersuchten Parameter auf.

Diskussion

Die angewandte Therapiemethode erweist sich als geeignet den Sichtwortschatz zu erweitern und somit ganzheitliches Lesen zu stimulieren. Die Messung von Blickbewegungen stellt somit ein sensitives und geeignetes Medium der Therapieevaluation dar. Es können signifikant kürzere Gesamtlesezeiten im Therapieverlauf belegt werden. Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Veränderung des okulomotorischen Fixationsverhaltens der Patientin. CH zeigt vor der Therapie eine präferierte initiale Fixationsposition am Wortanfang bzw. auf der Leerstelle davor, was das segmentale Leseverhalten widerspiegelt. Nach Beendigung der Therapie, sowie in der Follow-up-Untersuchung, zeigt CH hingegen ein der Kontrollgruppe angeglichenes Fixationsverhalten. Wörter werden initial häufiger links der Wortmitte fixiert, was als Voraussetzung für eine rasche, lexikalische Verarbeitung gilt. Dies wiederum kann als ein Grund für die Verbesserungen der Lesegeschwindigkeit pro Wort interpretiert werden. Zudem treten beim Lesen von Textpassagen deutlich weniger regressive Refixationen im ersten Lesedurchgang eines Wortes auf. CH gelingt somit eine bessere Verarbeitung beim Lesen bereits im ersten Blick eines Wortes.

Literatur

von Suchodoletz, W. (2007). Welche Behandlung ist bei Legasthenie wirksam? Kinderheilkunde (4), 351-356.

Radach, R. & Kennedy, A. (2004). Theoretical perspectives on eye movements in reading: past controversies, current issues, and an agenda for future research. European Journal of Cognitive Psychology, 16 (1/2), 3-26.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Tina Schlett, Anette Frank, Thomas Günther

Vergleich von vier Diagnostikvarianten bei kindlichen Aussprachestörungen

Einführung

Spontansprachanalysen sind bei der Diagnostik kindlicher Aussprachestörungen zur Therapieplanung und Evaluation ein häufig verwendetes Instrument (Shriberg et al., 1997). Diese Verfahren unterstützen Therapeuten das Störungsbild des Patienten umfassend darzustellen sowie Therapieverläufe zu analysieren. Dazu werden unterschiedlichste Methoden verwendet. Die Ansichten über die Anwendbarkeit und Praktikabilität dieser variieren jedoch stark. Bisherige Studien zeigen, dass die Aussage der Diagnostik von der Erhebungsmethode sowie der Durchführung und Auswertung abhängig sei (Sprödefeld, 2007, Shriberg et al., 1997). Folglich wird vermutet, dass sich das Ergebnis der Diagnostik durch diese Variablen verändert. Diese Studie hatte zum Ziel, den Einfluss verschiedener spontansprachlicher Erhebungsmethoden auf die Ausprägung einer kindlichen Aussprachestörung zu untersuchen.

Es wurden 22 Kinder zwischen 4 und 6 Jahren mit einer phonetischen, phonologischen und kombiniert phonetisch-phonologischen Aussprachestörung untersucht. Die Diagnostik erfolgte über vier Spontansprachvarianten: die Nacherzählung eines Märchens, die Beschreibung einer Bildergeschichte, ein Rollenspiel und einen Benenntest. Jeder Proband wurde einmalig in einer, je Variante, 10 Minuten dauernden Sequenz überprüft. Zur Ermittlung des Schweregrades der Aussprachestörungen wurde der „Prozentsatz korrekter Konsonanten" (PCC) je Variante errechnet (Shriberg et al., 1982). Zudem wurden die Sprachsamples mit Hilfe der Aachener Sprachanalyse (ASPA; Huber et al., 2005) bezüglich linguistischer Basisparameter beurteilt. Die Daten wurden mit Hilfe einer ANOVAR analysiert und anschließend in den Posthoc-Analysen paarweise miteinander verglichen.

Die Analyse der Sprachsamples zeigt, dass sich die vier Methoden in Bezug auf ihre linguistischen Basisparameter deutlich voneinander unterscheiden (ASPA). Die Unterschiede in Bezug auf den PCC sind weniger differenziert. Tendenziell war die Fehlerquote im Benenntest am Höchsten. Die Ergebnisse der paarweisen Vergleiche zeigen jedoch lediglich einen marginal signifikanten Unterschied des PCC zwischen der Bildergeschichte und dem Benenntest (p=.089). Der Benenntest bildet die spontane Sprache nur bedingt ab (ASPA), da aufgrund der Konzeption eine Konversation in vollständigen Äußerungen nicht verlangt wird.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die Erhebungsmethode die Aussage über die Ausprägung einer Aussprachestörung kaum beeinflusst. Die gefundenen Unterschiede sind minimal und klinisch unbedeutend. Zur Eingangsdiagnostik eignet sich der Benenntest am Besten, da er den kompletten Umfang der zu untersuchenden Laute standardisiert misst. Die Verwendung anderer Erhebungsmethoden erscheint in der Diagnostik aufgrund von zwingend erforderlichen Testgütekriterien und ökonomischen Erwägungen nicht sinnvoll. Mit den erhobenen Daten kann jedoch nicht die Frage beantwortet werden, inwieweit ein Benenntest dazu geeignet ist Therapien zu evaluieren und den Transfer in den Alltag zu überprüfen. Eine valide Abbildung dessen muss kritisch diskutiert werden.

Literatur

Huber, W.; Grande, M.; Springer, L. (2005). Aachener Sprachanalyse (ASPA). Handanweisung. Version 1.0 November 2005. Aachen: Delta Systems.

Shriberg, L.D.; Kwiatkowski, J. (1982). Phonological Disorders III: A Procedure for Assessing Severity of Involvement. Journal of Speech and Hearing Disorders, 47, 256-270.

Shriberg, L.D.; Austin, D.; Lewis, B.A.; McSweeny, J.L.; Wilson, D.L. (1997). The Percentage of Consonants Correct (PCC) – Extension and Reliability Data. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 40, 708-722.

Sprödefeld, A. (2007). Der Einfluss der Erhebungsmethode auf die spontansprachliche Leistung bei Aphasie. Diplomarbeit der RWTH Aachen.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Thomas Schöbinger

Eine Alltagspraktische Therapieform (APT) zur Integration: Eine ganzheitliche Projektmethode mittels individueller Zielvereinbarung

Einführung

Aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Lage wird für Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung die Verweildauer in Akutkrankenhäusern und den Reha-Zentren immer kürzer; folglich muss eine immer intensivere Übernahme dieser Menschen, im Sinne einer qualitativen Anschlussversorgung, seitens ambulanter Einrichtungen und Praxen erfolgen.
Hier richten sich jedoch die Therapieziele oft nicht an den individuellen Anliegen und praktischen Bedürfnisse jeder betroffenen Menschen; häufig wird innerhalb der Therapien Alltag ausreichend genug abgebildet, der gesamte Therapieerfolg wird zeitweise verhindert.

Unabhängig davon sind für eine erfolgreiche Bewältigung des Alltags klare und eindeutige Ziele nötig. Erfolgslosigkeit bzw. Scheitern im Alltag bedeutet oft, keine oder falsche Ziele zu haben.
Eindeutig klare Ziele sowie eine definierte Problemlösung sind der Schlüssel für die nötige Energie zu Lösungsstrategien und prozess-optimierende Alternativen. Nur aufgrund einer intrinsischen Motivation können ziel- und lösungsorientierte Lebenspläne entwickelt werden.

Im vorliegenden Poster wird eine Alltagspraktische Therapieform (APT) aufgezeigt, die durch eine individuelle, ganzheitliche Zielvereinbarung die Integration von Menschen mit einer neurologischen Sprachstörung steuert:
Diese vorgestellte ganzheitliche Projektmethode orientiert sich an individuellen Bedürfnissen jeder Menschen. In Interaktion werden alltagspraktische Ziele ermittelt, ausgewählt und fixiert. Eine aus dem Zeitmanagement abgewandelte Methode erlaubt, diese gesammelten Ziele nach Dringlichkeit und Wichtigkeit zu sortieren und die praktische Umsetzung dieser zu regeln.
Ein – mit dem betroffenen Menschen individuell entwickelter – Wochenplan erlaubt, den Therapieprozess zu überwachen und weitere Schritte zu steuern.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Tonia Seglias, Marina Ruß

ZISD – Zürcher Interventionsstudie bei Dyslexie

Einführung

Angeregt durch Forschungen von Shaywitz (2003), welche zeigen, dass eine phonologisch basierte Therapie im Setting von 4 wöchentlichen Therapieeinheiten plus Hausaufgaben zu im fMRI (functional Magnetic Resonance Imagery) nachweisbaren Verbesserungen im Lesen führen, initiierte die Fachstelle Logopädische Therapie der Stadt Zürich in Ko-operation mit der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR) und dem Institut für neuropsychologische Diagnostik und Bildgebung (INDB) im Jahre 2005 eine Verlaufsstudie zum Thema Leseentwicklung.

Im Schuljahr 2006/07 wurde die Wirksamkeit von Therapieinhalten und Therapiehäufigkeit bei vier Gruppen von insgesamt 48 Zweitklässlern untersucht. Zwei Gruppen arbeiteten mit vorgegebenen Therapieinhalten (standardisiert), zwei arbeiteten gemäß Therapie-programmen ihrer Logopädin (individualisiert). Etwa die Hälfte der Kinder pro Gruppe er-hielt jeweils entweder 10 Wochen mit drei Therapieeinheiten (hochfrequent) oder 30 Wochen mit einer Therapieeinheit (niederfrequent).

Vorbereitend erstellte die Projektgruppe für das standardisierte Therapieprogramm vier auf-einander aufbauende Therapiemodule, von denen jedes eine thematische Einheit bildete (Fahrzeuge, Zoo, Alltag, Detektive). Inhaltlich verknüpfte die Therapie phonologische und semantische Ansätze, welche in spielerisch-natürlichen Handlungssequenzen integriert an-geboten wurden (vgl. z.B. Hartmann&Dolenc, 2005; Ruß, 2008). Jedes Kind der standardisierten Gruppe hatte drei dieser Module zu durchlaufen. Der Einstieg erfolgte ge-mäß seiner Kompetenzen entweder in Modul 1 oder in Modul 2.

Die Lese-/Rechtschreibkompetenzen der Kinder aller Gruppen wurden zu drei Messzeit-punkten mit standardisierten Verfahren erhoben. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl ergab die Auswertung der Testergebnisse keine statistische Relevanz, doch zeigten sich trotz der dadurch eingeschränkten Aussagekraft der Daten deutliche Tendenzen.

Alle Kinder machten Fortschritte, unabhängig davon, ob sie mit dem speziell konzipierten, standardisierten Programm arbeiteten oder ob in der Therapie individuell auf die kindlichen Bedürfnisse eingegangen wurde. Logopädinnen empfanden das standardisierte Programm als hilfreich, vermissten aber inhaltliche und zeitliche Freiräume, um auf die spezifischen Anliegen des Kindes einzugehen. Dies zeigt, dass eine therapeutische Intervention nicht primär von einem Förderprogramm, sondern vom Bedarf des Kindes bestimmt werden sollte.

Bei der Therapiefrequenz zeigten sich bezüglich der Fortschritte keine signifikanten Unter-schiede zwischen den Gruppen. Logopädinnen, Lehrpersonen und Eltern empfanden jedoch die intensive Zusammenarbeit über den kürzeren Zeitraum hinweg mehrheitlich als positiv. Der Umstand, dass beide Gruppen vergleichbare Fortschritte erzielten, könnte in Zukunft dazu führen, persönliche und schulische Bedürfnisse und Möglichkeiten bei der zeitlichen Therapieplanung verstärkt zu berücksichtigen. Beispielsweise könnten intensivere Therapiephasen in kritischen Übergangsphasen wie Schuleintritt und Stufenwechsel erfolgen. Die Kinder könnten früher auf das erworbene Wissen zurückgreifen und die Lehr-personen könnten von der intensiven Zusammenarbeit profitieren und ihr Wissen der ganzen Klasse zukommen lassen.

Literatur

Hartmann, E.; Dolenc, R. (2005). Olli, der Ohrendetektiv. Test und Förderverfahren zur phonologischen Bewusstheit in Vorschule und Schule. Donauwörth: Auer

Ruß, M. (2008). Was uns das Sprechen über das Schreiben sagen kann. In: Riehmann, C.; Dallmaier, M. (Hrsg.), Sprache als Brücke von Mensch zu Mensch. 28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs), 201-215.

Shaywitz, S. (2001). Overcoming Dyslexia: A New and Complete Science-Based Program for Reading Problems at any Level. New York: Alfred A. Knopf.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Julia Siegmüller

Variationen der Inputstärke zur Optimierung des Wortelements über den Therapieverlauf von 20 Sitzungen

Einführung

Im bisherigen Therapiealltag wird allgemein davon ausgegangen, dass sich die Verstärkung des kindgerichteten Inputs an sich eignet, um Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen das Sprachverarbeiten wieder zugänglich zu machen bzw. generell zu erleichtern (s.o.). Diese Annahmen beruhen für den deutschen Sprachraum ursprünglich auf interaktionistischen Gedankengängen (Dannenbauer 1994) und wurden in emergenzmodell-orientierte Ansätze (Siegmüller & Kauschke 2006) übernommen. Jedoch wird auch in generativ ausgerichteten Betrachtungen der Grammatiktherapie von spezifisch sprachentwicklungsgestörten Kindern davon gesprochen, dass Input der maßgebliche Faktor für das Vorantreiben des Spracherwerbs ist (Penner & Kölliker Funk 1998, Hansen 1996). Der Grund dafür ist in Chomskys Prinzipien- und Parametermodell zu suchen, nach dem die im Kind innewohnenden Prinzipien für den Erwerb jeglicher Sprache zur Verfügung stehen, jedoch der sprachspezifische Input die einzelnen syntaktischen Parameter einstellt, nach denen sich die grammatische Struktur der Muttersprache richtet (Chomsky 1988).

Input ist also ein natürlicher Faktor im Spracherwerb, der auch von unauffälligen Kindern verwendet wird, um ihre sprachlichen Fähigkeiten der Zielsprache anzugleichen. Die Frage, die hinsichtlich des Inputs in der therapeutischen Intervention zu klären ist, lautet: wie muss sich Input verändern, um einem Kind mit Sprachentwicklungsstörungen zu helfen. Die angenommene Ursache für die Sprachentwicklungsstörung im emergenzmodell-theoretischen Rahmen ist, dass der Alltagsinput zu schwach ist, um mit den unterentwickelten Sprachverarbeitungsfähigkeiten des Kindes zu interagieren (Evans 2001, Siegmüller & Kauschke 2006, Kauschke 2007). Die logische Folge wäre die Verstärkung des Inputs, um die schwachen Verarbeitungsfähigkeiten im Kind auf diese Weise auszugleichen.

In diesem Teilprojekt werden die Inputstärken kontrolliert verändert, um die oben gestellte Fragestellung zu überprüfen. Auf der Basisannahme, dass Inputverstärkung Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen generell gut tut, wird folgende Hypothese verfolgt: Zu Beginn einer Therapie benötigt das Kind sehr starken Input, der sich im Laufe der Therapiedauer in Richtung des Alltagsinputs abschwächen kann, da es dem Kind zunehmend gelingt, auch schwächeren Input zu verarbeiten.

Ziel ist es, den Input am Ende der Therapiephase wieder so abzuschwächen, dass er dem Alltagsinput ähnelt und die Kinder so sicher auf einem Verarbeitungsniveau entlassen werden, auf dem sie ohne ein verstärktes Sprachmodell die Sprachentwicklung eigenständig bewältigen können.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Jacqueline Stark, Christiane Pons

Zur vielfältigen Rolle des Zeichnens in der Sprachtherapie

Einführung

Die Rolle des Zeichnens in der Sprachtherapie wird häufig als eine Alternative bzw. ein Ersatz für verbal kommunikative Leistungen bei schwerst beeinträchtigten AphasikerInnen betrachtet. Bei diesen Personen steht die Annahme im Vordergrund, dass über das Zeichnen es möglich ist, Informationen zu vermitteln, welche sonst nicht mitgeteilt werden könnten. Diese Methode ist allgemein bekannt und wird stets in der Therapiesituation angewendet und auch gefördert. Dem systematischen Einsatz vom Zeichnen kommen aber andere wichtige Funktionen in der Sprachtherapie zu vor allem als Mobilisator oder Stimulator beim lexikalischen Abruf. Über das Zeichnen von Objekten und Handlungen können Wörter aktiviert und in der Folge mündlich oder schriftlich produziert werden.

In diesem Beitrag werden beide Funktionen des Zeichnens aus dem Gedächtnis in der Sprachtherapie dargestellt. Nach einer kurzen Übersicht der relevantesten Literatur zu diesem Thema, wird das Hauptaugenmerk auf die Rolle des Zeichnens beim Aktivieren der verbal kommunikativen Fähigkeiten, gelegt.

Bei zwei chronischen AphasikerInnen – NE und WK – wurde Zeichnen als ein wesentlicher Schritt der Therapie in die durchgeführten Therapieprogramme aufgenommen.
Sprachtherapiedaten aus mehreren Therapieprotokollen von diesen beiden AphasikerInnen (NE und WK) werden in Hinblick auf die wichtige Rolle des Zeichnens bei der Rückbildung ihrer sprachlichen Fähigkeiten an Hand von Beispielen aus der Therapie und aus Testdaten (vor und nach Therapie) diskutiert.

Die Annahme für die Verbesserung der verbal sprachlichen und/oder schriftsprachlichen Leistungen beruht darauf, dass die Wortfindung durch das Zeichnen ermöglicht (‚facilitated') wurde (vgl. Farias et al., 2006): Da das Zeichnen aus dem Gedächtnis notwendigerweise die Analyse, das Abrufen und die (Re)Produktion visueller Informationen (Zeichnungen einzelner Handlungen) voraussetzt, verstärkt diese Aktivität die Beziehungen zwischen visuellen Repräsentationen und dem semantischen System. Multiple innere Bilder der therapierten Nomen, Verben, Sätze und Texte förderten beiden AphasikerInnen in verschiedener Weise und in einem unterschiedlichen Ausmaß eine Steigerung der sprachlichen und verbal kommunikativen Leistungen.

Literatur

Farias, D.; Davis, C. & Harrington, G. (2006). Drawing: Its contribution to naming in aphasia. Brain and Language, 97, 1, 53-63.

Hunt, J. (1999). Drawing on the semantic system: The use of drawing as a therapy medium. In: Byng, S.; Swinburn, K. & Pound, C. (Eds.), The Aphasia Therapy File (S. 41-60). Hove: Psychology Press.

Lawson, R. & Fawcus, M. (1999). Increasing effective communication using a total communication approach, In: Byng, S.; Swinburn, K. & Pound, C. (Eds.), The Aphasia Therapy File. Hove: Psychology Press. 61-70.

Lyon, J.G. & Sims, E. (1989). Drawing: Its Use as a Communicative Aid with Aphasic and Normal Adults, Clinical Aphasiology, 18, 339-355.

Platz für Ihre Notizen:

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Maike Stauch, Dietlinde Schrey-Dern, Klaus Willmes-von Hinckeldey, Walter Huber

Sprachförderung bei türkisch-deutschsprachigen Kindern – Eine Untersuchung zum Einfluss der Behandlungsfrequenz

Problemstellung

Der Sprachkompetenz wird eine entscheidende Rolle in Hinblick auf den Schulerfolg, der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie der Persönlichkeitsentwicklung zugesprochen, sie gilt daher als Schlüsselqualifikation für die Bildungslaufbahn.[1,2] Zwar wird in bildungspolitischen Diskussionen die Notwendigkeit vorschulischer Sprachförderung, insbesondere für Kinder mit Migrationshintergrund seit Jahren hervorgehoben, jedoch mangelt es an der wissenschaftlichen Evaluation der eingesetzten Sprachfördermaßnahmen.[3]
In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob die Frequenz der durchgeführten Sprachfördermaßnahmen nachweislich Einfluss auf den Grad der Effektivität der Maßnahmen im Bereich Wortschatz für türkisch-deutschsprachige Kinder hat.

Methode

Zur Klärung der Fragestellung wurden zwei Sprachfördergruppen untersucht, die sich hinsichtlich der Frequenz der Sprachförderung (hochfrequent vs. niedrigfrequent), die sie auf der Grundlage des Sprachförderprogramms „Wir verstehen uns gut" (Schlösser, 2007) erhielten, unterschieden. Die Leistungen im aktiven und passiven Wortschatz wurden mit zwei standarsierten Testverfahren (AWST-R, Kiese-Himmel, 2005); CITO-Sprachtest, National Institute for Educational Measurement, Arnheim, 2005) zu verschiedenen Zeitpunkten (Vortest, Zwischentest, Nachtest und Follow-up-Untersuchung) gemessen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der statistischen Analyse zeigen, dass sowohl in der hochfrequent geförderten Gruppe (4 Fördereinheiten pro Woche) als auch in der niedrigfrequent geförderten Gruppe (1 Fördereinheit pro Woche) bei den geübten Items des aktiven Wortschatzes höhere mittlere Leistungsdifferenzen als bei den ungeübten Items erreicht werden konnten. Die hochfrequent geförderte Gruppe konnte sich signifikant stärker im aktiven Wortschatz verbessern als die niedrigfrequent geförderte Gruppe.
Zudem konnte nachgewiesen werden, dass sich die sprachschwachen Kinder der Stichprobe durch die Sprachförderung signifikant stärker im aktiven und passiven Wortschatz verbesserten, als die sprachstarken Kinder.

Diskussion

Die statistische Analyse konnte allgemeine Annahmen zur Wirksamkeit von Sprachfördermaßnahmen bestätigen, indem gezeigt wurde, dass der Lernzuwachs umso größer ist, je geringer die Sprachkompetenz zu Beginn der Förderung ist[4]. Außerdem konnten die Ergebnisse in Ansätzen einen Einfluss der Intensität auf die Effektivität der Sprachfördermaßnahme im Bereich der Wortschatzerweiterung nachweisen. Die Arbeit leistet somit einen Beitrag zur Evaluation von Sprachfördermaßnahmen.

Literatur

1 Lüdtke, U. & Kallmeyer, K. (2007). Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus der Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. Die Sprachheilarbeit, Jg 52 (6), Dezember 2007, 261-278.

2 Jampert, K.; Best, P.; Guadatiello, A.; Holler, D.; Zehnbauer, A. (2007).Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten. Konzepte, Projekte und Maßnahmen. Weimar, Berlin: verlag das netz.

3 Schakib-Ekbatan, K.; Hasselbach, P.; Roos, J.; Schöler, H. (2007). EVAS Evaluationsstudie zur Sprachförderung von Vorschulkindern. Wissenschaftliche Begleitung der Sprachfördermaßnahmen im Programm „Sag' mal was – Sprachförderung für Vorschulkinder". Die Wirksamkeit der Sprachförderungen in Mannheim und Heidelberg auf die Sprachentwicklung im letzten Kindergartenjahr. Landesstiftung Baden-Württemberg, Pädagogische Hochschule Heidelberg.

4 Gasteiger-Klicpera, B.; Knapp, W.; Kucharz, D.; Patzelt, D.; Vomhof, B. (2007). Ergebnisse aus der ersten Längsschnittuntersuchung nach einem Jahr Sprachförderung. Wissenschaftliche Begleitung des Programms „Sag´ mal was – Sprachförderung für Vorschulkinder" der Landesstiftung Baden-Württemberg. Pädagogische Hochschule Weingarten.

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Barbara Stumper, Gisela Szagun, Satyam A. Schramm

FRAKIS-K (Fragebogen zur frühkindlichen Sprachentwicklung – Kurzversion) – Entwicklung, empirische Überprüfung und psychometrische Eigenschaften*

Einführung

Der Elternfragebogen FRAKIS hat sich als reliables und valides Instrument erwiesen, mit dem eine differenzierte Erhebung des Sprachstandes kleiner Kinder möglich ist (Szagun, 2007; Szagun, Stumper & Schramm, in Vorbereitung). In vielen Anwendungsbereichen für den Fragebogen – etwa in der Kinderarztpraxis oder Klinik – steht jedoch nicht viel Zeit zur Verfügung und eine schnelle Auswertung ist nötig. In einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekt (Sz 41/11-2) wurde eine Kurzversion von FRAKIS entwickelt – FRAKIS-K. Diese Kurzversion enthält eine Checkliste zum Wortschatz mit 102 Wörtern und zusätzlich fünf so genannte Eisbrecher-Items, die der Wortschatzliste vorangestellt sind aber nicht in die Auswertung eingehen. Der Fragebogen enthält weiter drei Fragen zur Grammatik und vier Fragen zum persönlichen Hintergrund. Alle Wörter und Fragen sind dem Elternfragebogen FRAKIS entnommen. FRAKIS-K kann eingesetzt werden bei 18 bis 30 Monate alten Kindern. Der Sprachstand eines Kindes kann mit Hilfe von Prozenträngen und T-Werten in Bezug zur Altersnorm gesetzt werden, und zwar in monatlichen Abständen. Das Ausfüllen und Auswerten des Fragebogens dauert jeweils nur wenige Minuten.

Entwicklung des Fragebogens

Ziel war es, eine möglichst kurze Wortschatzliste zu erstellen, mit der in allen Altersgruppen die Variabilität im Spracherwerb abgebildet werden kann. In einem mehrstufigen Selektionsprozess konnten mit Hilfe von verschiedenen Kennwerten (Schwierigkeit, Trennschärfe, Reliabilitätsindex und Selektionskennwert) 102 Wörter ausgewählt. Es handelt sich um 46 Nomen, 27 Verben, 12 Adjektive bzw. Adverbien und 17 kleine Wörter. Mit Hilfe der Daten aus der Normierungsstudie (Szagun, 2007) wurde die Güte der Itemselektion überprüft. Für jedes Kind aus der Normierungsstudie (n = 1174) wurde ein so genannter „simulierter Wortschatzscore" berechnet. Dafür wurden nur die Items aufsummiert, die für FRAKIS-K vorgesehen und von den Eltern angekreuzt worden waren. Der simulierte Wortschatzscore korreliert sehr hoch und signifikant mit dem ursprünglichen Wortschatzscore ($r = .991$, $p < .001$; partielle Korrelation).

Empirische Überprüfung und psychometrische Eigenschaften

Obwohl aufgrund der Korrelation eine gute Übereinstimmung zwischen dem was FRAKIS und was FRAKIS-K misst angenommen werden kann, wurde dennoch mit dem neuen kurzen Fragebogen direkt befragt. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass die Länge der Liste das Ankreuzverhalten der Eltern beeinflusst (Fenson, Pethick, Renda, Cox, Dale & Reznick, 2000). Als statistisches Design wurde das sequentielle Testen mit dem sequentiellen Dreieckstest gewählt (Rasch & Kubinger, 2005). Die empirische Überprüfung (Validierung) an 245 Kindern lieferte Summenwerte, die sich im Mittel nicht unterschieden von den Summewerten aus der Normierungsstudie. Die Validität von FRAKIS-K wurde zudem an einer Gruppe von 113 Eltern überprüft. Sie füllten sowohl FRAKIS-K als auch den Wortschatzteil von FRAKIS aus. Die Summenwerte pro Kind in der langen Wortschatzliste korrelierten signifikant und positiv mit den Summenwerten im FRAKIS-K ($r = .936$, $p = .000$, partielle Korrelation).

Die Berechnung der Reliabilität erfolgte mithilfe der simulierten Summenwerte aus der Normierungsstudie (n = 1174). Die Reliabilität berechnet nach der Testhalbierungsmethode (aufgewertet nach Spearman-Brown) ergab eine Reliabilitätskoeffizienten von $r = 0.949$. Cronbach's α entsprach 0.99.

Schlussfolgerungen

FRAKIS-K ist eine sinnvolle Alternative zur langen Wortschatzliste des FRAKIS und aufgrund seiner Kürze und sorgfältigen Itemauswahl auch eine Alternative zu anderen deutschsprachigen Elternfragebögen.

Literatur

Fenson, L.; Pethick, S.; Renda, C.; Cox, J.L.; Dale, P.S. & Reznick, J.S. (2000). Short-form versions of the MacArthur Communicative Development Inventories. Applied Psycholinguistics, 21 (1), 95-116.

Rasch, D. & Kubinger, K.D. (2005). Statistik für das Psychologiestudium. Heidelberg: Spektrum.

Szagun, G. (2007). Langsam gleich gestört? Variabilität und Normalität im frühen Spracherwerb. Forum Logopädie, 3(21), 2-7.

Szagun, G.; Stumper, B. & Schramm, S.A. (in Vorbereitung). Elternfragebögen zur frühen Sprachentwicklung: FRAKIS & FRAKIS-K. Frankfurt: Harcourt Test Services, Pearson.

* gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Sz 41/11-2)

Posterausstellung

Freitag, 12. Juni
13.00 - 13.45 Uhr

Elisabeth Zell

Einstellungen von Lehrern und Lehramt-Studenten in Bezug auf Stottern und stotternde Schüler- eine Untersuchung in Großbritannien

Einführung

Bisherige Untersuchungen im englischen und deutschen Sprachraum weisen darauf hin, dass Stotternde während ihrer Schulzeit negative Erfahrungen machen (Hugh-Jones & Smith (1999); Benecken & Spindler (2004)). Die Forschung hat auch gezeigt, dass stotternde Schüler oft mit einem gut etablierten negativen Stereotyp gegenüber Stotternden konfrontiert sind, welches Attribute wie „Unbeholfenheit", „Schüchternheit" und „Sprachliche Zurückhaltung" beinhaltet. Lehrer sind von solch stereotypen Annahmen nicht ausgeschlossen (Yeakle & Cooper (1986); Lass et al. (1992); Silverman & Marik (1993)). Die meisten englischsprachigen Studien zu „Lehrereinstellungen gegenüber Stotternden" sind mehr als zehn Jahre alt und haben sich überwiegend auf die Erhebung von quantitativen Daten konzentriert.

Ziele

Ein Ziel dieses Masterprojektes war es, Erfahrungen, Annahmen, Gefühle und Verhaltens-Strategien von Lehrern und Lehramt-Studenten in Bezug auf Stottern und Stotternde zu erfassen und zu vergleichen. Weiterhin wurde nach folgenden, möglichen Zusammenhängen gesucht:

1. zwischen bestehenden Erfahrungen und Annahmen über Stottern
2. zwischen bestehenden Erfahrungen und der Selbsteinschätzung, einem stotternden Kind im Klassenzimmer gerecht werden zu können
3. zwischen Wissen über Stottern (erworben durch Aus- oder Weiterbildung) und Annahmen über Stottern
4. zwischen Wissen über Stottern (erworben durch Aus- oder Weiterbildung) und der Selbsteinschätzung, einem stotternden Kind im Klassenzimmer gerecht werden zu können

Methode

Auf der Grundlage früherer Untersuchungen wurde ein Fragebogen entwickelt, der sowohl offene als auch geschlossene Fragen beinhaltete. Der Fragebogen wurde von 24 britischen Lehrern beantwortet, die zum Erhebungszeitpunkt einen Fernlehrgang „Kindliche Sprach- und Kommunikationsstörungen" an einer britischen Universität belegten. Die Vergleichsgruppe bestand aus 70 Lehramt-Studenten für weiterführende Schulen einer britischen Universität.

Ergebnisse

Die quantitative und qualitative Analyse der Umfragedaten ergab, dass Lehramt-Studenten und Lehrer, trotz unterschiedlichster Erfahrungen, ähnliche Annahmen im Hinblick auf Stottern und Stotternde besitzen. Anders als Befragte in früheren Studien, neigen sie dazu, Stotternde eher als Individuum denn als Stereotyp zu betrachten. Die Ergebnisse der Studie zeigten weiterhin einen überzufälligen positiven statistischen Zusammenhang zwischen spezifischen Erfahrungen (allgemeiner Lehrerfahrung, Erfahrung mit Stotternden, Lehrerfahrung mit stotternden Schülern) und der Selbsteinschätzung, einem stotternden Kind im Klassenzimmer gerecht werden zu können. Mehr als ein Drittel der Befragten, vorwiegend Lehramt-Studenten, äußerten Gefühle wie Unsicherheit und Unbehagen im Zusammenhang mit Stottern. Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer war unsicher oder verneinte die Frage, ob ihr Wissen sie dazu befähigen würde, einem stotternden Kind im Klassenraum gerecht zu werden. 30 % der Befragten bemängelten explizit, dass ihnen das entsprechende Wissen fehle. Weiterhin ergab die Befragung, dass einige Lehrer/ Lehramt-Studenten konstruktive Strategien im Umgang mit stotternden Schülern kannten. Gleichzeitig wurden auch kontraproduktive Handlungsstrategien genannt, die für stotternde Schüler keine Hilfestellung, sondern eine zusätzliche Belastung bedeuten.

Fazit

Aus den Ergebnissen dieser Studie wird die Schlussfolgerung gezogen, dass sowohl Studierende in der Lehrerausbildung, als auch erfahrene Lehrer von einer Weiterbildung zum Thema Stottern und zum Umgang mit stotternden Schülern deutlich profitieren könnten.

Literatur

Benecken, J. & Spindler, C. (2004). Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder in Allgemeinschulen. Sprachheilpädagogik, 2, 61-70.

Hugh-Jones, S. & Smith, P.K. (1999). Self-reports of short and long-term effects of bullying on children who stammer. British Journal of Educational Psychology, 64, 141-158.

Lass et al. (1992). Teachers' Perceptions of Stutterers. Language, Speech and Hearing Service in Schools, 23, 78-81.

Silverman, F. H. & Marik, J.H. (1993). Teachers' Perceptions of Stutterers: a replication. Language, Speech and Hearing Service in Schools, 24 (2), 108-109.

Yeakle, M.K. & Cooper E.B. (1986). Teacher perceptions of stuttering. Journal of Fluency Disorders, 11(4), 345-359.

Irene **Ablinger**	Diplom-Logopädin, Lehr- und Forschungsgebiet Neurolinguistik an der Neurologischen Klinik der RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Niklas **Alka**	Angehender Diplom-Logopäde, Neurolinguistik, Neurologische Klinik Universitätsklinikum RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Anke **Alpermann**	Diplom-Logopädin, Bleiberger Str. 138, 52074 Aachen
Paul **Andres**	Ergotherapeut, Prentke Romich GmbH, Goethestraße 31, 34119 Kassel
Carla **Bauchmüller**	Logopädin (bc.), Hohenzollernstr. 32, 52351 Düren
Prof. Dr. Ulla **Beushausen**	HAWK FH Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Soziale Arbeit und Gesundheit, Goschentor 1, 31134 Hildesheim
Prof. des. Anja **Blechschmidt**	PH Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie, Elisabethenstr. 53/P, 4002 Basel, Schweiz
Claudia **Bremer**	Goethe-Universität Frankfurt/Main, Kompetenzzentrum Neue Medien in der Lehre, Postfach 11 19 32, 60054 Frankfurt/Main
Martina **Bröckel**	Diplom-Psychologin, Logopädin/Lehrlogopädin (dbl), Lehranstalt für Logopäden, Am Pulverturm 13, 55101 Mainz
Andrea **Commer** M.A.	GK Quest Akademie, Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg
Dr. Sabine **Corsten**	Katholische Fachhochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Saarstr. 3, 55122 Mainz
Prof. Dr. Adrian **Danek**	Neurologische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität, Postfach 701260, 81366 München
Dr. Andrea **Dehn-Hindenberg**	HAWK Hildesheim, Goschentor 1, 31134 Hildesheim
Andrea **Dohmen** MSc.	Logopädin, City University, Department of Language and Communication Science,Northampton Square, London, EC1V OHB, United Kingdom
Bettina **Dölle**	Logopädin, Praxis für Logopädie, Goldrutenweg 35, 21075 Hamburg
Katharina **Dressel**	Diplom-Logopädin, Abt. Neurolinguistik an der Neurologischen Klinik, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Prof. Annette **Fox-Boyer,** PhD	Studiengang Logopädie, Hochschule Fresenius, Alte Rabenstr. 1, 20148 Hamburg
Maria **Geißler,** M.Sc., M.Edu.	Hochschule Fresenius, FB Gesundheit, Limburger Straße 2, 65510 Idstein
Prof. Gail **Gillon**	University of Canterbury, Department of Communication Disorders, Private Bag 4800, Christchurch 8140, Neuseeland
Dr. Reinhild **Glanemann**	Logopädin, Klinik und Poliklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universitätsklinikum Münster, Kardinal-von-Galen-Ring 10, 48149 Münster
Prof. Dr. Tanja **Grewe**	Klinische Linguistin, Hochschule Fresenius, FB Gesundheit, Limburger Straße 2, 65510 Idstein
Holger **Grötzbach,** M.A.	Neurolinguist, Asklepios Klinik, Abteilung Sprachtherapie, Hausstein 2, 94571 Schaufling
Maike **Gumpert,** B.A.	Logopädin, Hochschule Fresenius, FB Gesundheit, Limburger Straße 2, 65510 Idstein
Dr. Thomas **Günther,** bc.	Logopäde, Diplom-Psychologe, Zuyd University, School of Speech and Language Pathology, Postbus 550, 6400 AN Heerlen, Niederlande
Veronika **Gutmann**	Diplom-Lehr-Logopädin, Pflugstr. 4, 86356 Neusäß
Dr. Julia **Haberstroh**	Diplom-Psychologin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Goethe-Universität, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt a.M.
Hilke **Hansen,** M.A.	Logopädin, Soziologin, Ohlenkamp 22, 22607 Hamburg
Dr. Martina **Hielscher-Fastabend**	Diplom-Psychologin, Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Dr. Petra **Jaecks**	Klinische Linguistin (BKL), Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Prof. Dr. Annelie **Keil**	Schenkendorfstr. 41, 28211 Bremen
Katrin Lena **Keller,** bc.	Logopädin, Jakobstr. 65, 52064 Aachen
Michelle **Klingner,** bc.	Logopädin, Pf.-Hoffmans-Str.2, 52249 Eschweiler
Dr. Petra **Korntheuer**	Diplom-Psychologin, Hochschule Fresenius, FB Gesundheit, Limburger Straße 2, 65510 Idstein
Dorothee **Kümmerer,** MSc (GB)	Logopädin, Universitätsklinikum Freiburg, Neurozentrum (FBI) Neurologie, Breisacher Str. 64, 79106 Freiburg
Sigrun **Lang**	Diplom-Logopädin, CIR-Rheinland,Hander Weg 97, 52072 Aachen

Delia **Möller**	Diplom-Psychologin, Logopädin, Poliklinik für Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Gabriele **Münch**	c/o Michael Christoph, Marienburger Str. 8, 10405 Berlin
Sandra **Neumann**	Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department für Heilpädagogik und Rehabilitation, Lehrstuhl für Pädagogik und Therapie bei Sprech- und Sprachstörungen, Klosterstraße 79 b, 50931 Köln
Prof. Dr. Johannes **Pantel**	Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt/Main, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt/M.
Sylvia **Rainel-Straka**	Logopädin, Univ. Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währingergürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich
Kathrin **Rieker**	Prentke Romich GmbH, Goethestraße 31, 34119 Kassel
Dr. Marina **Ruß**	Speech-Language Pathologist, Logopädin, Logopädische Therapiestelle Fluntern, Hochstraße 118, 8044 Zürich, Schweiz
Kerstin **Schauß-Golecki,** B.A.	Lehrlogopädin, IBAF Schule für Logopädie, Burgstraße, 24103 Kiel
Dr. Armin **Scheurich**	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz
Prof. Dr. Susanne **Schewior-Popp**	Katholische Fachhochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, Saarstr. 3, 55122 Mainz
Carola **Schnitzler,** MSc (GB)	Universität Potsdam, Institut für Grundschulpädagogik/Deutsch, PF 60 15 53, 14415 Potsdam
Franka **Schubert,** bc.	Logopädin, Hainweg 30, 41189 Mönchengladbach
Dr. Kathrin **Schulz**	Hochschule Fresenius, FB Gesundheit, Limburger Straße 2, 65510 Idstein
Uwe **Schürmann**	Lehrlogopäde, Sprechstudio, Weseler Straße 281a, 48151 Münster
Dr. Julia **Siegmüller**	Wissenschaftliche Leitung – Logopädisches Institut für Forschung der EWS, Werftstraße 5, 18057 Rostock
Lena **Spitzer,** BSc., MSc.	Logopädin, HAWK Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Goschentor 1, 31134 Hildesheim
Dr. Luise **Springer**	Lehranstalt für Logopädie, Universitätsklinikum Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Rainer **Stückle**, B.A.	Logopäde, Panoramastr. 40, 89608 Griesingen
Susanne **Vogt,** MSc.	Logopädin, Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit, Limburger Str. 2, 65510 Idstein
Vera **Wanetschka,** BSc. M.A.	Lehrlogopädin (dbl), Erzieherin, Fachschule für Logopädie Bremen, Dölvesstr. 8, 28207 Bremen
Prof. Dr. Alfons **Welling**	Universität Hamburg, Sedanstr. 19, 20146 Hamburg
Ulrike **Witte,** MSLT	Logopädin, Universitätsspital Basel, Institut für Logopädie, 4031 Basel, Schweiz
Ingrid **Wolf**	Logopädin, Corneliusgasse 3/12, 1060 Wien, Österreich
Naomi Katharina **Zens,** MSLT	Logopädin, Department of Communication Disorders, University of Canterbury, Private Bag 4800, Christchurch 8140, Neuseeland
Hartmut **Zückner**	Lehrlogopäde, Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

37	**1A Spiele** GmbH, Märchenstr. 8, 76297 Stutensee	www.wortmaumau.de
54	**Adlung-Spiele,** Küferstr. 40/1, 71686 Remseck a. N.	www.adlung-spiele.de
53a	**ADVISION** Steuerberatungsgesellschaft mbH, Mauerstr. 86-88, 10117 Berlin	www.advision.de
21	**Akademie für Kognitives Training** nach Dr. med. Franziska Stengel, Vaihinger-Landstr. 63, 70195 Stuttgart	www.akademie-gedaechtnistraining.de
53	**AUDIVA** GmbH, Behlenstr. 3, 79400 Kandern	www.audiva.de
39	**axsentis** GmbH, Eupener-Str. 74, 50933 Köln	www.axsentis.de
26	**azh** Abrechnungs- und IT-Dienstleistungszentrum, Englschalkinger Str. 150, 81927 München	www.azh.de
20	**Bildungsverlag EINS** GmbH, Sieglarer-Str. 2, 53842 Troisdorf	www.bildungsverlag1.de
22	**Buchner & Partner** GmbH, Lise-Meitner-Str. 1-7, 24223 Raisdorf	www.buchner.de
5	**Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker** e.V., Wenzelstr. 19, 97084 Würzburg	www.aphasiker.de
10	**Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe** e.V., Zülpicher Straße 58, 50674 Köln	www.bvss.de
1	**Der Knetmatz,** Götzberger-Str. 21, 24558 Henstedt-Ulzburg	www.knetmatz.de
61	**Dr. Hinz Dental** Vertriebsgesellschaft mbH, Mont-Zenis-Str. 5, 44623 Herne	www.dr-hinz-dental.de
31	**Düsseldorfer Akademie,** Weiterbildungs- und Trainingszentrum, Harffstr. 51, 40591 Düsseldorf	www.duesseldorfer-akademie.de
49	**DVAAP** e.V., Uwe Schürmann, Weseler-Str. 281 a, 48151 Münster	www.dvaap.de
38	**ELA** Photo Series, Dr. Jacqueline Stark, Kraftgasse 5/2/19, 1020 Wien, Österreich	www.ela-photoseries.com
67	**Elsevier** GmbH, Karlstr. 45, 80333 München	www.elsevier.de
18	**Engelhard** Arzneimittel GmbH & Co. KG, Herzbergstr. 3, 61138 Niederdorfelden	www.engelhard-am.de
64	**Epitech** GmbH, Kommunikations-Hilfen, Pivitstr. 13, 32120 Hiddenhausen	www.epitech.de
65	**ErgoKontor,** Georg-Kaeß-Str. 20, 88427 Bad Schussenried	www.ergokontor.de
57	**Ernst Reinhardt** Verlag, Kemnatenstraße 46, 80639 München	www.reinhardt-verlag.de
24	**EWS** gGmbH, Akademie für Medizin und Therapie, Fachbereich Logopädie, Bachelor-Studiengang Logopädie, Werftstr. 5, 18057 Rostock	www.ews-rostock.de
35	**Fachhochschule Fresenius,** Limburger-Str. 2, 65510 Idstein	www.fh-fresenius.de
9	**Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen,** Goschentor 1, 31134 Hildesheim	www.hawk-hhg.de
42	**Fachhochschule Schloss Hohenfels,** 96450 Coburg	www.fh-schloss-hohenfels.de
11	**Fahl Medizintechnik-Vertrieb** GmbH, August-Horch-Str. 4a, 51149 Köln	www.fahl.de
58	**Finken Verlag** GmbH, Zimmermühlenweg 40, 61440 Oberursel	www.finken.de
33	**Flexoft** Computerprogramme, Prenzlauer Allee 36, 10405 Berlin	www.flexoft.de
25	**FOLKMANIS** Handpuppen/Therapiematerial, Am Haag 11c, 97234 Reichenberg	www.folkmanis.de
53c	**Health Care Relations**, Zukunftsforum Demenz, Merz Pharmaceuticals GmbH, Eckenheimer Landstr. 100 60318 Frankfurt/M.	www.zukunftsforum-demenz.de
7	**HEIMOMED** Heinze GmbH & Co. KG, Daimlerstr. 30, 50170 Kerpen	www.heimomed.de
40	**Hubert Haselbach M.K. Verlag,** Guntherstr. 16 a, 94209 Regen	
53b	**HWV** Versicherungsmakler GmbH & Co. KG, Alfred-Nobel-Str. 52, 50226 Frechen	www.hwv-online.de
56	**I.R.L. Institut zur Rehabilitation Laryngektomierter**, Biberweg 26, 53842 Troisdorf	www.irl-institut.de
12	**ITF** Institut zur Rehabilitation tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen, Hameler Weg 37, 51109 Köln	www.itf-institut.de
55	**INCAP** GmbH, Bauschlotter-Str. 62, 75177 Pforzheim	www.incap.de
3	**Interessengemeinschaft Fragiles-X** e.V., Goethering 42, 24576 Bad Bramstadt	www.frax.de
14	**IQ-Spiele** GmbH, Walchstadter Str. 19, 82057 Icking	www.iq-spiele.de
52	**Katholische Fachhochschule Mainz,** Saarstr. 3, 55122 Mainz	www.kfh-mainz.de
70	**Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen,** Klinikum Weilmünster, Weilstr. 10, 35789 Weilmünster	www.klinikum-weilmuenster.de
16	**Kohl-Verlag,** Kirchenstr. 16, 50170 Kerpen-Buir	www.kohlverlag.de
66	**Künne** Diana, Verlag und Buchhandlung, Hubertusweg 2a, 41844 Wegberg	www.dianakuenne.de

44	**L. Bodrik KG**, Ölbronner Str. 2/1, 75427 Ölbronn-Dürrn	www.kumquats.de
68	**Lingoplay** GmbH & Co. KG, Rolandstr. 72, 50677 Köln	www.lingoplay.de
69	**LinguAdapt,** U. Vollmer und Dr. P. Roosen GbR, Höhenweg 50, 52074 Aachen	www.linguadapt.de
60	**LogoBeda** GbR, Logopädiebedarf, Am Kreuzkamp 1 a, 33334 Gütersloh	www.logobeda.de
45	**LOGOFLEXIS** GbR, Hauptstr. 29, 97204 Höchberg	www.logoflexis.de
34	**Logopädischer Bedarf Anna Seitz,** Ufergasse 1, 2540 Bad Vöslau, Österreich	www.logo-seitz.at
23	**MediTECH** Electronic GmbH, Langer Acker 7, 30900 Wedemark	www.meditech.de
32	**MFT Products,** Steinacker 310, 4713 Matzendorf, Schweiz	www.mft-products.ch
59	**mosaik** GmbH, Holzer Weg 41a, 51381 Leverkusen	www.mosaik-gmbh.de
27	**NAT-Verlag** GbR, Fuchsweg 10, 65719 Hofheim	www.nat-verlag.de
17a	**Netzwerk** Kind und Sprache, Dezernat für Soziales, Jugend und Finanzen, Kaiserstr. 3-5, 55028 Mainz	www.kind-sprache.de
19	**NUK MedicPro** – Mapa GmbH, Industriestr. 21-25, 27404 Zeven	www.mapa.de
43	**opta data** Markforschung und Marketing GmbH, Assmannweg 3, 45141 Essen	www.optadata-gruppe.de
13	**Pappnase** & Co., Von-Essen-Str. 76, 22081 Hamburg	www.pappnase.de
30	**Phoenix Software,** Adolf-Hornbitzer-Str. 12, 53227 Bonn	www.phoenixsoftware.de
63	**Prolog Therapie- und Lernmittel** oHG, Olpener Str. 124, 51103 Köln	www.prolog-shop.de
62	**Prolog Wissen** oHG, Olpener Str. 124, 51103 Köln	www.prolog-shop.de
46	**Quatschmuschel** Interaktive Lernspiele, Mülheimer Freiheit 128, 51063 Köln	www.quatschmuschel.de
15	**RZH** – Rechenzentrum für Heilberufe, Postfach 10 11 09, 46467 Wesel	www.rzh-online.de
17	**SCHUBI** Lernmedien, Georg-Westermann-Allee 66, 38104 Braunschweig	www.schubi.com
41	**Schulz-Kirchner** Verlag GmbH, Mollweg 2, 65510 Idstein	www.schulz-kirchner.de
6	**Schweriner Apothekenrechenzentrum,** Wismarsche-Str. 304, 19055 Schwerin	www.sarz.de
4	**Smiley Software** GmbH, Bahnhofstr. 27, 75210 Keltern	www.smiley-software.de
8	**SOVDWAER GmbH**, Grönerstr. 5, 71636 Ludwigsburg	www.sovdwaer.de
47	**Spielmaterial.de,** Akazienstr. 48, 41239 Mönchengladbach	www.spielmaterial.de
2	**sport-creativ**, Seestr. 3a, 23898 Kühsen	www.sport-creativ.de
29	**Sport-Thieme** GmbH, Heimststedter-Str. 40, 38368 Grasleben	www.sport-thieme.de
36	**Claudia Stöckl,** Leitenbachstr. 1, 86666 Burgheim	
28	**Thieme & Frohberg** GmbH, Tempelhofer Weg 11-12, 10829 Berlin	www.frohberg.de
71	**TRIALOGO Verlag,** An der Linde 1, 78467 Konstanz	www.trialogo.de
51	**Verlag am Sprachheilzentrum**, Albert-Schweitzer-Str. 40, 88213 Ravensburg	www.sprachheilzentrum.de
48	**weimed** Ingenieurbüro für Technologien im Gesundheitswesen e.K., Wolfshovener.Str. 77-79, 52428 Jülich	www.weimed.de
50	**Zürl Verlag**, Hirschhornstr. 6, 95497 Goldkronach	
53c	**Zukunftsforum Demenz**, Health Care Relations, Merz Pharmaceuticals GmbH, Eckenheimer Landstr. 100, 60318 Frankfurt/Main	www.zukunftsforum-demenz.de

„Im Dialog“

Logopädie und andere Gesundheitsfachberufe

39. Jahreskongress
des dbl e.V.
vom **03. – 05.06.2010**
in Hannover

Kongressankündigung für das Jahr 2010

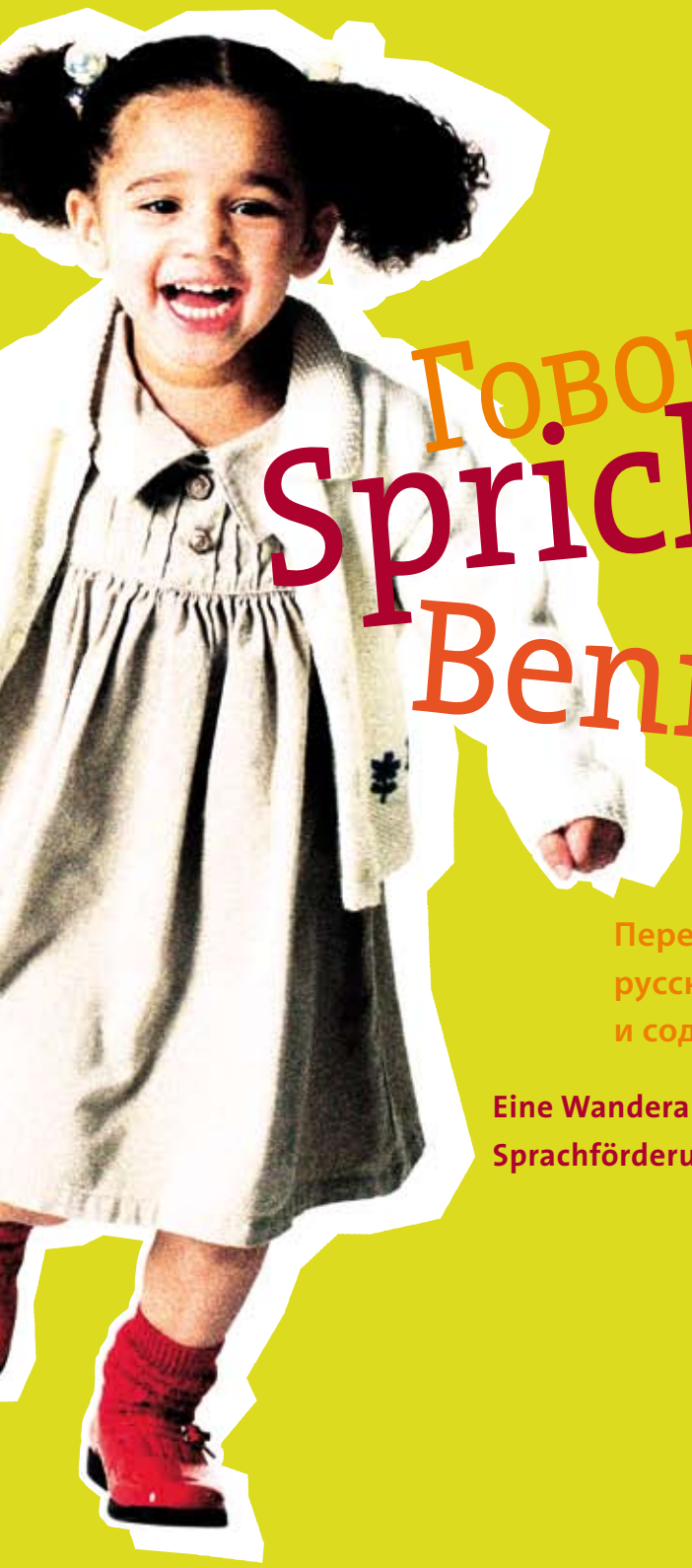
Landeshauptstadt Mainz

Netzwerk Kind und Sprache

UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ

RheinlandPfalz MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT, JUGEND UND KULTUR

dbl



Говори со мной!
Sprich mit mir!
Benimle konuş!

Передвижная выставка (на немецком, турецком и русском языках), посвященная языковому развитию и содействию в изучении языка

Eine Wanderausstellung zur Sprachentwicklung und Sprachförderung in Deutsch, Türkisch und Russisch

Dil gelişimi ve dil teşviki ile ilgili Almanca, Türkçe ve Rusça dillerinde gezici sergi

03. – 25. Juni 2009

Mainzer Monat der Sprachförderung

im Rathaus der Landeshauptstadt Mainz

Eine Wanderausstellung mit zahlreichen Veranstaltungen zur Sprachentwicklung und Sprachförderung.

Schirmherrschaft Ministerin Doris Ahnen
Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur

www.sprich-mit-mir.org

Schirmherrschaft Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen

„Sprich mit mir!“ ist eine Wanderausstellung des **Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl)**. Mehr Informationen finden Sie unter www.sprich-mit-mir.org. Der **Mainzer Monat der Sprachförderung** wird organisiert vom Mainzer „Netzwerk Kind und Sprache“ in Kooperation mit den dbl. Mehr Informationen finden Sie unter **www.kind-sprache.de**

Mit freundlicher Unterstützung der Verlage Duden und Schulz-Kirchner. Der Mainzer Monat der Sprachförderung wird gefördert von der Stiftung Lesen und der Sparkasse Mainz.

DUDEN

Das Gesundheitsforum Schulz-Kirchner Verlag

Stiftung Lesen

Sparkasse Mainz

Deutscher
Bundesverband für
Logopädie e.V.

Geschäftsstelle:
Augustinusstraße 11a
50226 Frechen
Telefon 0 22 34.379 53-0
Telefax 0 22 34.379 53-13
E-Mail: info@dbl-ev.de
Internet: www.dbl-ev.de