

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
KLEINGRUPPENARBEIT

Die Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

Nr. 4

Dezember

1957

Liebe Leser!

Das zu Ende gehende Jahr sowie das vorliegende letzte Heft des Jahrganges 1957 veranlassen uns, einige Worte an unsere Leser zu richten. Seit dem Erscheinen unserer Zeitschrift sind beinahe zwei Jahre verstrichen. Sieben Hefte haben inzwischen ihren Weg zu Ihnen gefunden. Es erscheint uns nunmehr an der Zeit, mit allen unseren Lesern in einen engeren Kontakt als bisher zu gelangen und ein fruchtbares Zwiegespräch einzuleiten.

Als unsere kleine Zeitschrift ins Leben gerufen wurde, und wir die Schriftleitung übernahmen, hofften wir doch auf ein gewisses Echo aus unserem Leserkreis. Diesen Widerhall haben wir bis heute leider etwas vermißt, ein Zustand, der uns nicht ganz befriedigt. Wir erwarteten zwar keine Lorbeeren, dazu wurde der Anfang unseres Fachorgans bewußt bescheiden gewählt, aber doch einige Zuschriften, die uns zeigen sollten, ob wir mit der Gestaltung des Blattes auf dem richtigen Wege sind.

Wir wollen uns weiter stetig bemühen, unsere Hefte zu verbessern und zu vervollständigen und wollen ihnen nach und nach ein eigenes Gesicht geben. Dazu benötigen wir aber auch Ihre Mitarbeit und Mitwirkung. Eine Zeitschrift — und besonders ein Fachorgan — gewinnt erst Gestalt und Leben durch die enge Verbindung mit dem Leser, durch seine Kritik, Wünsche und Anregungen. Ganz besonders wichtig ist eine solche Zusammenarbeit aber für ein Blatt wie das unsrige, das einmal das einzige fachwissenschaftliche Organ dieser Art in Deutschland ist, und zum anderen auch als Sprachrohr unserer Arbeitsgemeinschaft ein einigendes und stärkendes Band um die verstreut im Lande wirkenden Fachkollegen schlingen soll. Dieses Blatt mit seinen wichtigen Funktionen zu erhalten und weiter auszubauen, ist unser aller vornehmste und wichtigste Pflicht und Aufgabe.

Gerade die nahe und nächste Zukunft wird uns viel Arbeit bringen, schreitet doch der Aufbau des Sprachheilwesens immer weiter voran. Damit tauchen aber auch neue Probleme auf und alte schieben sich wieder stark in den Vordergrund. Die Schriftleitung wird nun auch dieses oder jenes „heiße Eisen“ anpacken müssen, nachdem wir bisher vielleicht zuviel Zurückhaltung übten, da unsere Zeitschrift erst noch den Kinderschuhen entwachsen sollte.

Hierzu möchten wir gleich bemerken, daß die mit den Namen der Autoren gezeichneten Artikel deren unabhängige Meinung darstellen und keinesfalls mit der Meinung des Vorstandes unserer Arbeitsgemeinschaft oder mit der der Schriftleitung übereinzustimmen brauchen. Im Gegenteil, durch Meinung und Widerspruch soll und kann unsere gemeinsame Sache nur gefördert werden. Im gegebenen Falle werden wir schon von uns aus zu diesem oder jenem Beitrag Stellung beziehen. Grundsätzlich aber wollen wir jeder Meinung unsere Zeitschrift offen halten.

Wir verweisen daher ganz besonders auf unsere Rubrik „Umschau und Diskussion“. Schreiben Sie uns bitte auch Ihre Ansicht zu den angesprochenen Themen, wir werden für jede Zuschrift dankbar sein.

Gern sähen wir auch hin und wieder eine Stellungnahme zu den von uns gebrachten Artikeln; auch die Autoren wären gewiß über solche Zuschriften erfreut, wissen sie dann doch, daß sie nicht ins Leere gesprochen haben. Doch für diesmal genug der Klagen — die allerdings einmal vom Herzen herunter mußten.

Es ist auch Gutes zu berichten! Der Eingang von Manuskripten ist zufriedenstellend, so daß wir damit wohl vorläufig keine Sorge zu haben brauchen. Wir danken an dieser Stelle noch einmal allen Kollegen, die uns einen Artikel zur Verfügung stellten.

Wir danken ebenfalls — auch im Namen des Vorstandes — unseren Lesern und Freunden für die bisher bewiesene Treue und nicht zuletzt für die korrekte und pünktliche Bezahlung ihrer Beiträge und Bezugsgebühren, welche die wesentliche Voraussetzung für den Fortbestand unserer Fachzeitung darstellt.

Unsere Zeitschrift hat auch in bezug auf die Bezieherzahl eine erfreuliche Entwicklung genommen. Neben den 307 Mitgliedern, die unserer Arbeitsgemeinschaft angehören, beziehen z.Z. 51 Interessenten laufend unsere Zeitschrift direkt oder über den Buchhandel. Darüber hinaus erwerben die Landesgruppen Berlin und Hamburg von jeder Ausgabe zusammen 35 Exemplare zur besonderen Verwendung für ihre örtlichen Belange. Wir hoffen und wünschen, daß auch der Kontakt mit unseren Kollegen in der DDR und im Ausland durch unsere Zeitschrift gefestigt werden wird. Am Schluß möchten wir noch allen Kollegen, Freunden und Mitarbeitern ein frohes Weihnachtsfest und ein glückliches neues Jahr wünschen. Möge unsere gemeinsame Arbeit weiter ihre Früchte tragen!

Die Schriftleitung.

DAS KORRELATIONSPRINZIP IN DER BEHANDLUNG DES STOTTERNS

Das Fachgebiet der Logopädie ist auf der Synthese von theoretischer und praktischer Arbeit aufgebaut. Eine reine Theorie der Sprachheilkunde wäre sinnlos, weil schon dem Begriff „Heilen“ die tätige Hilfe immanent ist. Andererseits ist eine Praxis, die nicht immer wieder neue Impulse von der Theorie empfängt, dazu verurteilt, zur Schablone zu erstarren. Von dieser Gefahr sind wir Logopäden ebenso bedroht, wie der Pädagoge und der Arzt, wie alle jene also, die durch die Fülle der täglichen praktischen Berufsarbeit nur schwer dazu kommen, theoretische Fachprobleme zu studieren und auszuwerten.

Das Stottern und seine Behandlung ist nun eines jener Probleme, die uns immer wieder zwingen, den theoretischen Grundlagen nachzuspüren, um uns davon neue Inspirationen für die Praxis zu holen. Es bestehen innerhalb des Stotterleidens wesentliche Zusammenhänge, deren Beachtung für die Behandlung dringend geboten ist. Die somatischen, psychischen und sprechphysiologischen Erscheinungen des Stotterns beeinflussen sich gegenseitig in negativer Weise, wie sie sich andererseits bei beginnender Heilung gegenseitig im positiven Sinne unterstützen. Sie bilden einen Komplex, und wir stehen heute darum auf dem Standpunkt, daß die komplexe Entwicklungsgeschichte des Stotterns auch eine komplexe Therapie des Stotterns notwendig macht.

Der wissenschaftliche Streit zwischen Berliner und Wiener Schule um organisch-funktionelle oder psychische Verursachung des Stotterns hat heute viel von seiner Aktualität verloren. Die Frage lautet nicht mehr: Haben Kussmaul und Gutzmann recht mit ihrer Krampftheorie oder Höpfner, Liebmann, Fröschels mit der Auffassung des Stotterns als Angstneurose, sondern heute hat sich die Auffassung durchgesetzt, daß neben den sprechphysiologischen und psychischen Ursachen auch immer somatische Grundlagen vorhanden sind. Es könnten dies Veränderungen in bestimmten Zellen des Zwischenhirnes sein, wie sie z. B. Seemann, Schilder u. a. annehmen, oder krankhafte Zustände nach Encephalitis, wie z. B. Asperger behauptet. Ein untrügliches Zeichen somatischer Herkunft ist die vegetative Tonusstörung, die fast immer bei Stotterern zu beobachten ist. Darum ist dieses Phänomen wohl wert, etwas näher betrachtet zu werden.

Was haben wir unter der vegetativen Dystonie zu verstehen? Das vegetative Nervensystem ist ein Teil des Gesamtnervensystems, und zwar entwicklungsgeschichtlich gesehen, der älteste Teil. Es wird auch autonomes Nervensystem genannt, weil es unabhängig vom Willen und der Aufmerksamkeit selbsttätig die niederen Funktionen des Körpers regelt. Alle Leistungen des Magens, des Darmes, der Atmungsorgane, der Blutgefäße und vieler anderer Organe erfolgen ohne Beteiligung des Willens, ja ohne daß sie uns bewußt werden. Von der richtigen Funktion dieses vegetativen Systems hängt unser körperliches und seelisches Wohlbefinden ab. Es besteht aus zwei Teilen, Spieler und Gegenspieler gleichsam. Der eine ist der Sympathicus, sein Gegenspieler der Parasympathicus, oder wie er auch nach seinem Hauptnerv genannt wird, der Vagus. Jeder hat seinen besonderen Aufgabenkreis. Der Sympathicus ist der lebhaftere, rege Nerv, der z. B. die Herztätigkeit beschleunigt, den Blutdruck erhöht und Energien für die verschiedensten Zwecke freimacht. Der Parasympathicus baut die verlorengegangene Energie wieder auf. Er dämpft den Blutdruck, verlangsamt den Puls und verhindert eine Vergeudung der Körperkräfte. In seiner ergänzenden Eigenschaft ist also der eine Nerv ohne den anderen nicht denkbar. Je nach dem Überwiegen des einen oder anderen Teilsystems unterscheiden sich die Menschen typenmäßig in zwei Gruppen. Überwiegt die sympathische Funktion, so ist das Ergebnis der „Sympathicotoniker“, ein aktiver, temperamentvoller, leistungsfähiger Typus. Sein Gegenpol, der „Vagotoniker“, charakterisiert durch sein mehr beschauliches, nicht so leistungsfähiges, aber geistig reges, tiefgründiges und verlässliches Wesen, ist das Ergebnis der Vorherrschaft des Vagus. In der Realität des Lebens kommen diese Typen natürlich nicht so rein vor, die meisten Menschen gehören einer Mischform an. Die Grundzüge des jeweiligen Typus sind aber beim einzelnen jederzeit erkennbar. Für uns von Interesse ist die Tatsache, daß Störungen des vegetativen Systems von der Psyche her möglich sind und zwar ohne Beteiligung des Willens und ohne Bewußtheit der Vorgänge. Ich erinnere nur an die bekannten Erscheinungen, daß z. B. Schreck oder Schock ein Erbleichen und starkes Herzklopfen verursachen, Scham-effekte ein Erröten hervorrufen, Prüfungsangst zu Schweißausbrüchen führt und dergl. mehr. Es können also seelische Belastungen einen ständigen einseitigen Reiz auf das sympathische Nervensystem ausüben und so zu Verschiebungen im Gleichgewicht der beiden Antagonisten führen. Dadurch verliert der Körper die Widerstandsfähigkeit gegen alle Angriffe der Umwelt und zwar sowohl gegen körperliche Insulte (z. B. Infektionen), als auch gegen seelische Erschütterungen. Es kommt zu Störungen, die sich in physischen und psychischen Symptomen äußern. In ihrer Gesamtheit charakterisieren sie einen Menschentypus, der unter der Bezeichnung vegetativer Neurotiker bestens bekannt ist. In physischer Hinsicht finden wir bei ihm Ausdruckssymptome wie Herzklopfen, Atmungsstörungen, Zittern, Erröten, Erblassen und motorische Unruhe. Als psychische Symptome treten auf: Aufmerksamkeitsstörungen, rasche Ermüdung, Schlafstörungen, Ver-

wirrung des Denkprozesses, mangelnde Entschlußkraft, Bewußtseinsschwankungen und Niedergeschlagenheit. Damit ist in einem das Bild des Stotterers entworfen, der sich eindeutig in die Charakteristik des vegetativen Neurotikers einordnet. Darum kann die Stottererbehandlung heute, wo uns die Medizin die Mittel dazu an die Hand gegeben hat, nicht mehr an energischen Maßnahmen zur Bekämpfung der vegetativen Störungen vorbeigehen.

Dabei darf nicht übersehen werden, daß Verschiebungen im Gleichgewicht des vegetativen Systems nicht allein von der Psyche her möglich sind, sondern daß auch gewisse körperliche Veränderungen denselben Effekt erzielen können.

So fanden Meier-Synek anlässlich einer wissenschaftlichen Untersuchung der sogenannten entzündlichen Diathese, das ist eine Erscheinung, die durch krankhafte Beschaffenheit der Gewebe und Körpersäfte charakterisiert ist, aufschlußreiche Zusammenhänge zwischen der Milch-Wasser-Überfütterung der Kinder und der Überreizung des sympathischen Systems. Es ist eine häufig zu beobachtende Unsitte, daß Kinder viel zu viel trinken. Durch den überreichlichen Genuß von Milch, Wasser und anderen Flüssigkeiten ergeben sich bedeutende körperliche Veränderungen, vor allem eine Aufschwemmung der Gewebe und damit zusammenhängend eine Umstellung der Regulationen des vegetativen Systems. Der Flüssigkeitsmißbrauch führt zu einer Sympathicotonisierung des Kindes und das gerade in der Zeit des Wachstums, wo die notwendige Spannung des vegetativen Systems, die Ausgewogenheit zwischen Sympathicus und Parasympathicus, dringende Notwendigkeit für eine harmonische körperliche und seelische Entwicklung ist. Mit Hilfe der Blut-Redox-Reaktion kann sich der Arzt einen Überblick über die Relation zwischen Sympathicus und Vagus verschaffen und darnach seine Maßnahmen treffen. Von den Hormonen, die die vegetativen Leistungen steuern, ist das Adrenalin der Regulator des Sympathicotonus, das Acetylcholin der Regulator des Vagotonus. Meyer-Synek haben das Acetylcholin wegen seiner heftigen und nur kurz anhaltenden Wirkung sowohl im Versuch als auch für die Medikation durch das Cystin-Cystein ersetzt. Im Handel ist es unter dem Namen Vagotonin bekannt.

Zeigt also bei einem Stotterer der Ausgang der Blut-Redox-Reaktion, daß eine starke Erregung des Sympathicus bei geringer Spannung des vegetativen Systems vorliegt, dann soll zur Stützung des Parasympathicus Vagotonin verabreicht werden.

Ein anderes spezifisch wirksames Mittel ist das Anirrit. Doubek berichtet, daß sich Anirrit in einer Reihenerprobung im Rahmen der Beratungs- und Behandlungsstelle für sprach- und stimmgestörte Kinder des Jugendamtes der Stadt Graz in Zusammenarbeit mit der Universitätsnervenklinik als medikamentöse Unterstützung der Stottererbehandlung sehr gut bewährt hat. Allerdings soll dieses Medikament nur bei spastischem

Stottern verwendet werden und auch da nur bei gleichzeitiger Kontrolle des Blutbildes. Priscophen und Bellergal leisten in allen anderen Fällen gute Dienste.

Wir haben solcherart erprobte Medikamente für die Stottererbehandlung zur Verfügung, die wir in Zusammenarbeit mit dem Arzt ohne Bedenken in Anspruch nehmen können. Ich möchte besonders unterstreichen, daß wir zu diesem Team-work mit dem Arzt hinsichtlich der Medikation unbedingt verpflichtet sind.

Die medikamentöse Therapie wird zweckmäßig durch diätetische Maßnahmen unterstützt. Die Eltern sind in folgender Weise zu unterrichten: Reizlose Kost ist geboten. Wenig Fleisch, hauptsächlich vegetarische Nahrung, Mehlspeisen, Brot, Obst und Milchprodukte sind zu empfehlen. Zu vermeiden ist übermäßiger Flüssigkeitsverbrauch, also nur wenig Wasser und Milch, keine Suppen! Ganz verboten sind Genußgifte wie Alkohol, Tee und Kaffee. Darüber hinaus ist häufiger Aufenthalt im Freien, Bewegung und Spiele in sauerstoffreicher Luft, und Baden und Schwimmen als guter Ausgleich gegen die Überreizung des Nervensystems zu empfehlen. Erschöpfungszustände sind dabei unter allen Umständen zu vermeiden.

Der medikamentösen Behandlung muß eine tiefgreifende psychische Beeinflussung parallel gehen. Als zentrales Problem tritt uns hier die Angst in allen Spielarten entgegen, von der allgemeinen Lebensangst bis zur speziellen Sprechangst. Alle beherrschen sie den Stotterer mehr oder weniger. Ohne Ergründung der Ursache und ohne Behandlung der emotionalen Übererregung ist eine Heilung des Stotterns nicht möglich.

Sehen wir zunächst einmal nach, woher dem Stotterer die würgende Angst kommt. Ganz allgemein gesprochen, kann die Angst der Quelle der Erregung adäquat sein — dann sprechen wir von einer Realangst. Dem Insassen eines Flugzeuges, der merkt, daß ein Motor ausfällt, dem Schwimmer, der sich zu weit hinausgewagt hat und der seine Kräfte erlahmen fühlt, dem Patienten, der vor dem ungewissen Ausgang eines folgeschweren Eingriffes zittert, ihnen allen ist gemeinsam, daß für ihre hochgradige Erregung ein entsprechender realer Grund vorhanden ist. Die starken Angstzustände des Stotterers hingegen wirken im Hinblick auf die reale Grundlage überdimensioniert. Die Größe der Angst steht in keinem Verhältnis zur tatsächlich bestehenden Gefahr. Erregungen solcher Art werden als neurotische Angst bezeichnet. Diese Unterscheidung hat aber nur in objektiver Hinsicht Wert. Subjektiv werden die psychischen Erscheinungen der Angst in beiden Fällen gleich empfunden. Ob Realangst oder neurotische Angst — immer wird das Denken ungeordnet und stockend, alle Vorstellungen treten gegenüber der einen, wie man sich der Gefahr entziehen könnte, zurück. Überdies wird die Motorik unkoordiniert und teilweise völlig sinnlos, was wieder besonders im Hinblick auf das Stottern aufschlußreich ist.

Hinsichtlich des Entwicklungsstotterns stehen wir auf dem Standpunkt, daß die Sprechangst der Motor ist, der das Kind über das Stadium der Ataxie hinaus in die Stadien des Schwerstotterns hineintreibt. Da sich aber keineswegs jedes physiologische Stottern zu einem echten Stottern entwickelt, so haben wir zu klären, unter welchen Voraussetzungen die neurotische Angst entsteht und wie sie wirksam wird. Hierüber können uns vor allem zwei tiefenpsychologische Richtungen, die Psychoanalyse und die Individualpsychologie, Auskunft geben. Aus Gründen der Zeitknappheit kann hier nur eine der beiden Richtungen zu Worte kommen. Wegen der besseren Eignung für Schulkinder haben wir uns schon seit je für die Individualpsychologie entschieden. In diesem Rahmen kann nur in schematischer Vereinfachung auf die Grundtatsachen hingewiesen werden.

Der fundamentale Begriff in der Individualpsychologie ist der Begriff des Minderwertigkeitsgefühles. Die Angst ist nach Alfred Adler der affektive Ausdruck dieses Gefühles oder Komplexes. Wir werden uns mit den Minderwertigkeitsgefühlen in der psychischen Behandlung des Stotterns daher eingehend zu befassen haben.

Der Mensch empfindet schon in seiner frühesten Kindheit eine Insuffizienz, ein Unzulänglichkeit gegenüber seiner Umwelt, die in Gefühlen verschiedener Qualität ihren Niederschlag findet (Unlustgefühle, Unterlegenheitsgefühle). Ohne Zweifel unterbricht schon die Geburt einen Zustand der Geborgenheit, der sich durch die enge Symbiose Mutter-Kind in einzigartiger Weise von allem Kommenden unterscheidet. Brachfeld meint hierzu, daß es sich bei der Austreibung in eine feindliche, schreckliche Umwelt vom subjektiven Standpunkt aus wohl um ein katastrophales Ereignis handelt, nie aber im Sinne der Freudschen Schule um eine biologische Katastrophe im sachlichen Sinn.

Alle der Geburt folgenden Eindrücke sind ebenfalls mehr unangenehmer als angenehmer Natur. Die Nahrungsaufnahme, die plötzlich von außerhalb erfolgen muß, mit all den damit verbundenen komplizierten Funktionen, die mangelhafte Koordination der Organe, das fehlende Gleichgewicht, all das bezeichnet Brachfeld als die intrapsychischen Unzulänglichkeiten des Kindes. Ihnen stehen die psychosozialen Unzulänglichkeiten des Neugeborenen gegenüber, die in der Abhängigkeit des Kindes von den Personen seiner Umgebung bestehen. In der Tatsache des Kindseins allein ist so viel Konfliktstoff gegeben, daß das Kind, sobald es sich nur halbwegs körperlich und geistig zu regen beginnt, aus dieser Situation fortstrebt. Als erstrebenswertes Vorbild erscheinen ihm dabei Vater und Mutter, später die Erwachsenen allgemein, die es seiner Meinung nach viel leichter haben. Das Kind erfaßt sein Ungenügen zwar nicht verstandesmäßig und kann es auch nicht als Minderwertigkeit klassifizieren. Die Gegensätze groß—klein, stark—schwach, mächtig—machtlos werden ihm aber zum brennenden, quälenden Erlebnis. Das korrigierende Regulativ des Verstandes kann in diesem frühen Alter noch nicht wirksam werden.

Darum gräbt sich das entstehende Minderwertigkeitsgefühl besonders ein. Es wäre interessant, würde aber hier zu weit führen, Paul Häberlins Unterscheidung zwischen gewöhnlichen Unterlegenheitsgefühlen und echten Minderwertigkeitsgefühlen zu folgen. Die oben erwähnten Erscheinungen würde er ohne Zweifel zu den Unterlegenheitsgefühlen zählen. Auch Brachfeld stellt das Gefühl, daß uns angesichts der Naturgewalten überwältigt, oder das Gefühl menschlicher Schwäche im allgemeinen, als natürliches oder normales Minderwertigkeitsgefühl dem pathologischen Minderwertigkeitsgefühl entgegen. Zur Überwindung der ersteren macht die Psyche alle erdenklichen Anstrengungen. Soweit haben wir es mit einer normalen Entwicklung zu tun. Das Überwindungsstreben, wie es Birnbaum genannt hat, gibt dem Erzieher im Gegenteil erst eine Fülle von Möglichkeiten an die Hand, die seelische, geistige und körperliche Entwicklung zu fördern. Erst wenn durch Milieuschädigungen oder Organminderwertigkeiten das Minderwertigkeitsgefühl verstärkt wird und dem Kinde ein Ausgleich mit seinen normalen Kräften unmöglich erscheint, wird das vom ethischen, sozialen und utilitaristischen Standpunkt aus gutzuheißende Überwindungsstreben zum azosialen Geltungs- und Machtstreben. Nun wird ein Ausgleich auf fiktiver Basis angestrebt, meist aber mehr als das, eine Überkompensation scheint häufig noch besser geeignet, die aus der Minussituation gespeisten Minderwertigkeitsgefühle zu beschwichtigen. Künkel hat als erster versucht, das graphisch darzustellen. Wie auf einer Skala nimmt er das Selbstwertgefühl pendelnd an, zwischen -100 , 0 und $+100$. Wenn bei einer Verletzung des Selbstwertgefühles ein Absinken desselben z. B. auf -20 eintritt, dann erfolgt die Kompensation nie auf symmetrische Art auf $+20$, sondern immer etwas höher, nach $+30$ oder $+40$ etwa. Der 0 -Punkt wäre nach Künkel der Punkt ruhiger, sachlicher Arbeit. Damit begnügt sich aber kein Neurotiker. Dadurch kommt ein solcher Mensch in Gegensatz zum Gemeinschaftsgefühl, jenem psychischen Inhalt, der als Niederschlag einer Lebensform des sozialen Zusammenschlusses der Menschen seit Jahrhunderttausenden auf jeden Nachgeborenen überkommen ist. In dem Aufeinanderprallen des Machtstrebens und des eingeborenen Gemeinschaftsgefühles — wie es Adler nennt — liegt nun die Konfliktsituation, die am Ende eines verwickelten Prozesses als Neurose in Erscheinung tritt. Brachfeld weist mit Recht darauf hin, daß sich Adler mit der Auffassung des Gemeinschaftsbegriffes als ewiges Ideal menschlichen Strebens schon in methaphysische Regionen verirrt. Trotzdem ist es ein brauchbarer Arbeitsbegriff. Das wird vielleicht am eindringlichsten von der Tatsache unterstrichen, daß nach den Erhebungen der ungarischen Psychologin Andics von hundert Wienern, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, keiner irgendeiner Gemeinschaft angehörte. Vereinsamung kann bis zur Selbstzerstörung führen, und das unterstreicht in gravierender Weise die Richtigkeit der Adlerschen Behauptung von der hervorragenden Rolle der Gemeinschaft für das individuelle Leben. Das Gewissen als moralische

Instanz lehnt gemeinschaftsfeindliche Tendenzen ab, und so werden sie, sozusagen durch einen Trick der Psyche, ins Unbewußte verdrängt. Von dort her können sie weiter wirken, ohne das Persönlichkeitsgefühl zu verletzen. Das Gewissen ist so zwar entlastet, aber das nun unkontrollierte Geltungsstreben verleitet den Neurotiker, seine Ziele viel zu hoch anzusetzen. Das Nichterreichen dieser Ziele vertieft das Minderwertigkeitsgefühl weiter, die Ziele werden noch höher angesetzt — und noch weniger erreicht. Vor diesen fortwährenden psychischen Träumen flüchtet der Bedrängte endlich, ohne es zu wissen, in die Krankheit. Die Neurose ist fixiert. Das Stottern ist nach individualpsychologischer Auffassung eine von den vielen Neurosen, die auf dieser Basis entstanden sind. Aufgabe der psychischen Behandlung ist es, dem stotternden Kind diese Zusammenhänge in entsprechender Form begreiflich zu machen.

Für jeden, der mit der Behandlung von Kindern zu tun hat, ist es besonders wichtig, die Milieuschädigungen hintanzuhalten. Falls sie aber schon eingetreten sind, müssen sie dem Stotterer in der Behandlung aufgezeigt werden, damit er selbst mithelfen kann, sie unschädlich zu machen.

Da sind zunächst Milieuschäden, wie sie durch Fehler in der Erziehung verursacht werden.

Der weitaus häufigste Fehler in der Erziehung ist die Verzärtelung. Sie beginnt schon beim Säugling. Das Schreien des Kindes ist für viele Eltern ein Signal, es zu füttern, ohne Rücksicht auf geregelte Mahlzeiten. Das Kind merkt bald: „Wenn ich schreie, werden meine Wünsche erfüllt!“ So wird — wie es Brachfeld ausdrückt — zunächst ohne bewußte Absicht eine biologische Funktion zu einem soziopsychologischen Zweck „umfinalisiert“, d. h. einem anderen, wesensfremden Ziele zugewendet. Später versuchen die Eltern schon vergeblich, das Kind zur Ordnung zu erziehen. Der zornige Schreihals ist zum Haustyrann geworden. Jeder Wunsch wird ihm erfüllt, jede Schwierigkeit aus dem Weg geräumt. So entfällt jedes Training zur Erwerbung von Mut und Selbstvertrauen, den so notwendigen Antagonisten des Minderwertigkeitsgefühles. Wenn ein solches Kind einmal dem elterlichen Treibhaus entwachsen ist, wenn es in die nächst größere Gemeinschaft (Kindergarten, Schule usw.) eintritt, erlebt es sich als einen Nichtskönner, einen Feigling. Das Minderwertigkeitsgefühl wird noch größer. Im günstigeren Falle wird ein solches Kind ein Zauderer, ein Mensch, der nie etwas recht zu Ende bringt. Im schlechteren Fall aber wird es in die Welt des Scheines flüchten, es wird ein Angeber, Phantast, ein unbrauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft. Aber auch die zu harte, lieblose Erziehung begünstigt die Entstehung des Minderwertigkeitsgefühles und führt so in weiterer Folge ebenfalls zu psychischen Entartungen. Presse und Film haben sich dieses Themas bemächtigt und schroten es in einer Weise aus, die für unsere pädagogischen Absichten durchaus nicht förderlich sind. Wir wissen aber auch, daß eine

richtig verstandene Elternberatung und Kinderfürsorge hier viel Leid verhüten können. Härte ruft immer Auflehnung, Trotz und Verbitterung hervor und erschwert die Eingliederung in die Gemeinschaft, wenn sie sie nicht gar gänzlich verhindert. Die Macht des Erwachsenen tritt dem Kinde hier in so unverhüllter Form gegenüber, daß es seine Kleinheit und Schwachheit noch quälender als sonst empfindet. Das so entstehende Minderwertigkeitsgefühl drängt eruptiv zur Überkompensation. Auch so gleitet ein Mensch in die Konfliktsituation und in die Neurose hinein.

Die entscheidende Bedeutung der Familienkonstellation für die Entstehung von Minderwertigkeitskomplexen ist heute schon allgemein anerkannt. Die Familie ist für das Kind die Gemeinschaft, in der es seine grundlegenden Verhaltensweisen einübt. Hier lernt es Schwierigkeiten überwinden, hier trainiert es auch jene Tricks, mit deren Hilfe allein es sich manchmal nur behaupten zu können glaubt. Die Schwierigkeiten, die es innerhalb der Familie erlebt, bedeuten ihm die Schwierigkeiten des Lebens. Aus den Erfahrungen und Erlebnissen der frühkindlichen Periode baut sich der Mensch seinen Lebensplan auf. Daraus erklärt sich, daß sich der Charakter des Menschen in seinen Grundzügen bis zum vierten oder fünften Lebensjahr entwickelt. Im Schoße der Familie also entwickelt sich der Lebensstil jedes Menschen, und wollen wir die psychischen Hintergründe einer Neurose erforschen, dann müssen wir in der frühkindlichen Periode sondieren. Der Lebensstil ist die jedem Menschen eigene Reaktionsweise auf die Belastungen des Lebens. Die Art und Weise, wie er zu den Anforderungen des Berufes, der Gemeinschaft, der Liebe usw. Stellung nimmt, ist dem individualpsychologisch geschulten Beobachter ein wertvoller Fingerzeig. Ob er Schwierigkeiten aus dem Wege geht, ob er sich tapfer mit den Aufgaben des Lebens schlägt oder ob er unsachlich wird und den Boden realen Denkens und Handels verläßt, das zeigt uns aber auch die Probleme, mit denen er ringt.

Eine Anekdote Adlers, die Brachfeld anführt, zeigt vielleicht mehr als viele Worte, wie der Lebensstil zum Ausdruck kommt: Drei Kinder besuchen mit ihrer Mutter den Zoo. Vor dem Löwenkäfig haben sie alle Angst, aber dies äußert sich ganz verschiedenartig, je nach dem Lebensstil des einzelnen Kindes. „Ich möchte heimgehen!“ ruft das erste aus. „Ich hab' kein bißchen Angst“, versichert das zweite. „Soll ich ihm ins Gesicht spucken?“ fragt das dritte. Ich glaube, es ist unschwer daraus zu erkennen, welche Rolle jedes einzelne Kind einmal im späteren Leben spielen wird und welcher Leitlinie es folgen wird.

Die Schwierigkeiten, die das verwöhnte Einzelkind in der Meisterung seiner Lebensaufgaben haben kann, die Konflikte, in die der Erstgeborene bei der Ankunft eines Geschwisters gerät, die müde Resignation oder die kräftigen Bemühungen Zweitgeborener angesichts des Vorsprunges des älteren Geschwisters, auf sie alle kann hier nur andeutungsweise hingewiesen werden. Auch der Jüngste in der Familie, der einzige Bub unter lauter Mädchen,

das Mädchen unter lauter Brüdern, erfordern infolge ihrer heiklen Stellung unsere psychologische Einsicht und pädagogische Geschicklichkeit. Jeder dieser Fälle kann zwielichtig sein, kann ins Negative abgleiten, kann sich aber auch reibungslos positiv entwickeln. Die Beobachtung und Erfahrung hat gelehrt, daß sich durch die jeweils einmalige Rolle, die jedem Kind in der Familie zukommt, bestimmte Typen herausbilden. Auf Grund dieser Typologie können wir gewisse Rückschlüsse ziehen, die uns bei der Behandlung des Stotterns wertvolle Hilfe leisten. Nur müssen wir dessen eingedenk sein, daß Typen eben nur Hilfsbegriffe sind, die erst durch die genauen Beobachtungen des einzelnen Falles ergänzt oder abgewandelt werden müssen. Die Aspekte der einzelnen Geschwister werden durch Umstände bestimmt, die manchmal von dem ganz abweichen, was man herkömmlich erwarten würde. So weist Brachfeld darauf hin, daß z. B. ein Zweitgeborener durchaus nicht immer den Erstgeborenen zu Akten gesteigerter Selbstbehauptung oder übertriebener Abwehr veranlassen muß. Angenommen, der Unterschied zwischen den Geschwistern betrüge mehr als vier Jahre, dann ist der Zweitgeborene, psychologisch gesehen, für den ersten gar nicht existent. Nachdem der Charakter in seinen Grundzügen schon bis zum dritten, vierten Lebensjahr festgelegt ist, kann der Zweite in diesem Fall keinen nennenswerten Einfluß auf die charakterliche Entwicklung des Ersten ausüben.

Oder nehmen wir den Fall, daß von drei Geschwistern das erste bedeutend älter ist, die zwei folgenden aber altersmäßig nahe beieinander liegen, dann ist es doch so, daß das zweite Kind dieser Familie für das dritte die Stellung eines Erstgeborenen einnimmt. Solche Erwägungen müssen wir wohl in unser psychologisches Arsenal aufnehmen, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, falsche Schlüsse zu ziehen. Wir müssen die Wirkungen der Familienkonstellation richtig erfassen, um bei Fehlentwicklungen das richtige Ende zur Entwirrung des neurotischen Knotens in die Hand zu bekommen.

Die Mutter eines Stotterers sagte mir einmal bei der Aufnahme der Anamnese: „Als meine zwei Buben noch klein waren, konnte ich sie nie allein im Zimmer lassen. Der ältere ist auf den Säugling in erschreckender Weise losgegangen, einmal sogar mit dem Messer. Immer hat er Mordgedanken gegen ihn geäußert.“ Mit einer solchen Angabe haben wir hinsichtlich der Ursache und Implizite daher auch der Behandlung schon einen wertvollen Fingerzeig. Von Todeswünschen gegen Geschwister hört man in der Praxis öfter. Sie unterstreichen nur die wichtige Rolle der Tiefenpsychologie für die Neurosenbehandlung — und im speziellen Fall, für die Stottererbehandlung. Wenn man nicht die Quelle des Minderwertigkeitsgefühles bloßlegt, hat man wenig Aussicht, einen Stotterer zu heilen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es daher, sich die Technik der Tiefenpsychologie anzueignen und die wirksamen Methoden der psychischen Behandlung kennenzulernen.

Birnbäum hat die Aufgaben des Psychotherapeuten folgendermaßen

umrissen: 1. Herstellung des Kontaktes, 2. Entlastung, 3. Analyse, d. h. Enthüllung des Lebensstiles, 4. Belastung und Spiel hat als 5. Tätigkeit noch hinzugefügt „Der Therapeut als Regisseur“. Er meint damit, daß anscheinend ganz zufällig Situationen herbeigeführt werden sollen, die das Kind zum Handeln zwingen und die ihm zu Mut und Selbstvertrauen verhelfen können. Soweit wir als Logopäden bei der Behandlung des Stotterns individualpsychologisch vorgehen, werden wir uns derselben Arbeitsmethode bedienen können.

Die erste Forderung — Herstellung des Kontaktes — ist einleuchtend und unschwer zu erfüllen. Zu einem Kinde, dem wir im Verlauf der Behandlung manches Unangenehme zu sagen haben und von dem wir unnachgiebig eine mühevoll psychische Umorientierung verlangen, müssen wir in einer herzlichen Verbindung stehen. Nur eine Atmosphäre der Wärme, des Verstehens und schlichter Güte werden imstande sein, einen neurotischen Stotterer an den Lehrer — und über diesen Umweg — an die psychotherapeutische Arbeit zu binden.

Ist der Kontakt glücklich hergestellt, so müssen wir durch eine verständnisvolle Entlastung dafür sorgen, daß das Kind ohne Demütigung den Weg zurück in die Gemeinschaft findet. Dazu eignen sich Hinweise wie: „Ich verstehe schon, daß du auf dein Brüderchen eifersüchtig warst! Vorher ist es dir, wie du meinst, besser gegangen. Aber hast du dafür nicht auch neue und schöne Erlebnisse eingetauscht?“ „Ich verstehe schon...“, das muß jeder Korrektur psychischer Fehlhaltungen vorangehen. Das Verständnis für seine Schwierigkeiten, die Entlastung für seine Schwächen, sie müssen dem Kinde die goldene Brücke bauen hinüber zu sozial gesunden Verhaltensweisen, zurück auf die Nützlichkeitsseite des Lebens.

(Schluß folgt)

Martin Klemm:

ZUM HEUTIGEN STAND DER STOTTERFORSCHUNG

(Nach Seemann, Prag)

(Fortsetzung und Schluß)

Auch die Beziehungen zu Stottern und Poltern seien interessant. Das Übersprudelnde und Hastige in der Sprache des Polterers fände man auch meistens in seiner allgemeinen Motorik. Oft würden daraus später Stotterer, und im Übergangsstadium seien die beiden Symptome oft schwer auseinanderzuhalten. Genaueste Anamnese ist erforderlich. Seemann vermutet hier eine dynamische Abweichung in der subkortikalen Substanz; ob die Störung jedoch funktionell oder organisch bedingt ist, ist nach seiner Aussage nie sicher nachweisbar. Es darf an dieser Stelle auf die neuesten EEG-Untersuchungen zu diesem Problem von Gumpertz, Jerusalem, verwiesen werden, die in der „CONFINIA NEUROLOGICA“ veröffentlicht sind. Desider Weiß trete, wie der Vortragende weiter ausführte, für eine Erblichkeit des Stotterns ein, wenn als Grundlage Poltern vorhanden war. Auch Luchsinger und Landolf hätten kürzlich 100 Stotterer ohne EEG-Befund untersucht. Bei Polterern/Stotterern hingegen liegen nach Seemanns eigenen Feststellungen häufig pathologische Befunde vor. Hieraus könne man schließen, daß das Stottern psychogen, das Poltern organisch sei. Er schränkt aber sofort ein, daß darüber noch längst nicht das letzte Wort gesprochen ist. Zu dieser Frage sei hier im Sinne Seemanns eingefügt, daß es nach Paul J. Moses (2) ungewöhnlich schwer ist, den Trennungsstrich zwischen organisch und funktionell zu ziehen. Dauernder Mißbrauch der Stimme z. B., selbst Emotionen als Resultat eingebildeter Situationen, können das Stimmorgan so stark irritieren, daß organische Symptome entstehen. Auch das Gegenteil kann eintreten: Organische Läsionen können psychologische Prozesse hervorrufen, „die Narben hinterlassen und falsche Stimmfunktion produzieren.“ Frau Dr. Fernau-Horn sagt hierzu (3), daß der Begriff der funktionellen Störung heute viel weiter gefaßt werden müsse als in den klassischen Definitionen von Flatau, Nadleczny, Stern usw. Die Medizin lehre, daß die gestörte Funktion in der Regel auch ein organisches und psychisches Korrelat habe. In der Regel fänden wir sogar alle 3 Faktoren in einem Krankheitsbild vereinigt.

Nach dieser Abschweifung nun zu den äußeren Ursachen, der paratypischen Form des Stotterns. Als auslösende Ursachen bei disponierten Personen sind nach Seemann zu beachten: a) somatische, b) psychische Ursachen. Zu a) nannte er an erster Stelle die Infektionskrankheiten. Sie setzten fast immer die allgemeine Resistenz herab und schwächten das vegetative Nervensystem. Es gäbe Fälle, in denen z. B. ein hartnäckiger Schnupfen bei disponierten Personen vorübergehendes Stottern hervorruft. Auch gestörte Nasenatmung könne schädlich sein, was Gutzmann ablehnt. Es bestände die Möglichkeit, daß eine Übersäuerung durch CO_2 durch die weite Mundatmung eintritt und nachteilig auf das vegetative Nervensystem wirkt. Auch klimatische Einflüsse könnten ungünstig wirken. Vielerorts werde diese Theorie abgelehnt; aber die Klimatologie lehrt uns, daß das Klima nachweisbar auf Neurosen wirkt. Zu b), den psychischen Ursachen, zählt Seemann in erster Linie psychische Traumen durch Schreckerlebnisse usw. Auch der Einfluß der Familie und der Schule sei ja allgemein bekannt. (Geschwisterreihe, zerrütete Ehe, knorrige Väter, verzärtelte Mütter usw.). Das Stottern als Nachahmung und Ansteckung lehnt Seemann ab. Hiernach könnten wir keine Sprachheilschulen und -Heime haben. Es stehe fest, daß z. B. bei Geschwistern nie Ansteckung vorhanden ist; manchmal eine kurzfristige Nachahmung, geboren aus dem Spieltrieb des Kindes.

Über das Stottern gebe es bekanntermaßen sehr viele Theorien. Als die uns geläufigsten bezeichnet Seemann die Merkel-Kußmaul-Gutzmann-Schule und die Wiener Fröschels-Schule mit Höpfner, Rothe usw. Die Theorie Trömnners lehnt er als heute veraltet ab. Nach Ainsworth (1945) unterscheidet Seemann 3 Gruppen von Theorien zur Entstehung des Stotterns: 1. Die Entwicklungstheorien fassen die Stotterer nicht als psychisch oder konstitutionell von anderen Menschen verschieden auf; das Stottern entstehe vielmehr durch den Einfluß besonderer Situationen während der Sprachentwicklung. 2. Die Dysphemie-Theorien betrachten das Stottern als Teilsymptom einer komplexen Organstörung auf erblicher Grundlage mit neuro-physiologischen und biochemischen Veränderungen. 3. Die Neurose-Theorien erblicken im Stottern die Äußerung eines psychoneurotischen Zustandes, also das Zeichen einer emotionellen Anpassungsstörung mit abwegigem Verhalten. (Nach den amerikanischen Theorien vom Behaviourismus). Seemann vertritt heute die neuropathologische Richtung. Man müsse sich fragen, ob den hyperkinetischen und hyperdynamischen Funktionen im Sprechbereich somatische Korrelationen zu Grunde liegen. Wie schon erwähnt, fand Seemann bei Untersuchungen Stotternder bis zu 85% Dystonien im vegetativen Nervensystem und zwar überwiegend Sympathikotonie. Auch steht im Vordergrund seiner Untersuchungen das hypothalamo-extrapyramidale System mit Streifenhügel und blassem Kern. Der von hier aus gesteuerte Muskeltonus in der Ruhe und in der Bewegung könne bei Affektionen oder pathologischen Veränderungen dieses strio-pallidären Systems gestei-

gert oder herabgesetzt werden. Es zeigen sich die bekannten striären Symptome wie: allgemeine Kontraktionsnachdauer, Störungen in der myostatischen Innervation, athetotische und choreatische Erscheinungen. An dieser Stelle darf auf die Ausführungen Ernst Trieglaffs in seiner Schrift „Neuere Wege und Erkenntnisse auf dem Gebiete der Theorie und Therapie des Stotterns“ (4) hingewiesen werden, in der dieses Thema ebenfalls behandelt wurde.

Während Seemann so das Stottern in die subkortikalen Bereiche mit ihren Zentren für die Steuerung der Muskulatur und auch der Sprechmuskulatur verlegt, zeigt er weiter auf, daß ebenso die seelischen, kortikalen Bereiche über das vegetative Nervensystem am Entstehen des Stotter-symptoms beteiligt sind. Nach seiner Ansicht entsteht im Anfall des Stotterns in den zentralen vegetativen Zentren ein Reiz und springt auf die Bahnen des extrapyramidalen Systems über. Dadurch wird die Koordinationsstörung des Stotterns ausgelöst; außerdem erregt der Reiz die Vasomotoren, wie man an der Schweißsekretion, Hautrötung, depressorischen Herzreaktion oder am Solarreflex sehen könne. Seemann nennt Stotterer in ihrer vegetativen und endokrinen Trieborganisation extrem atypische Individuen. Oft sei das Symptom mit Migräne, manchmal mit Epilepsie vergesellschaftet. Er befindet sich in Übereinstimmung mit Szondi, der in seiner „Triebpathologie“, 1952, sagt, daß Stottern eine Neurose sei, deren biologische Grundlage die gestörte Funktion des hypothalamo-extrapyramidalen Systems ist (1/S. 27).

Stotterer fände man auch meistens stark affektbesetzt. Solche Affekte könnten hemmend oder fördernd wirken.

Es ist uns aus der Sprachheilschule ebenfalls bekannt, daß unsere stotternden Kinder fast durchweg hyperemotionell und hyperaffektiv sind, also, wie schon gesagt, Sympathikotoniker. Wir wissen, daß bei Sympathikotonie die Phonationsdauer verkürzt ist, während sie bei den Vagotonikern verlängert ist. Die Tonhaldedauer ist also nicht allein von der Menge der eingeatmeten Luft und von der genauen Koordination der Ausatmungsbewegungen abhängig, sondern auch vom Reizzustand des vegetativen Nervensystems.

Seemann hat die Abhängigkeit der Phonationsdauer in einer größeren Arbeit (1941) vom Zustande des vegetativen Nervensystems verfolgt und ist zu den bekannten Ergebnissen gekommen. Man könne die jeweilige Hyperfunktion medikamentös herabsetzen, aber davon wird noch in dem Abschnitt über die Therapie zu sprechen sein. Weitere Arbeiten Seemanns befassen sich mit der Pupillometrie und der Pulskurve bei Stotternden.

Zur Therapie: Als erste Forderung stellt Seemann die Notwendigkeit einer komplexen Behandlung voran. Er nennt die 3 Teilgebiete der Behandlung: 1. die larvierte kleine Psychotherapie bzw. die große Psychotherapie; 2. die Übungsbehandlung; 3. die medikamentöse Behandlung. Ein Erfolg stünde nur in Aussicht, wenn konsequent alle 3 Gebiete

berücksichtigt würden, wobei besondere Betonung auf das Wort „konsequent“ gelegt werden müsse. Nichts sei schädlicher und weniger erfolgreich als Laschheit und ewiges Herumprobieren! In der früheren Zeit der klassischen physiologischen Methode habe die Übungsbehandlung im Vordergrund gestanden. Wenn wir an Merkel zurückdächten, sähen wir, wie sie aber bei ihm bereits stark auf die musischen Faktoren übergriff und so stark emotionell betont war. Es hängt aber nach Seemann sehr davon ab, wer diese Therapie betreibt! Es sei hierfür eine Persönlichkeit mit stark suggestiver Kraft nötig. Dies gelte für die Psychotherapie und für die Übungsbehandlung in gleicher Weise.

Die Psychobehandlung solle der Übungsbehandlung immer übergeordnet sein.

Der Referent bringt dann Einzelheiten, die uns allen geläufig sind: Heraus aus der Normalschule, immer individuelle, nie kollektive Behandlung, das mangelnde Selbstbewußtsein und die Minderwertigkeitsgefühle ausmerzen durch manuelle Betätigung, Spiel und Sport, die Sprechangst und die psychische Übererregbarkeit abbauen, paranoide Erscheinungen auf Grund der Sprach- und Kontaktscheu einerseits, und Egozentrismus andererseits bekämpfen, damit bestehende Depressionen verschwinden.

Die Psychotherapie appelliere an die Vernunft und den Willen der Kinder (?). Heraus aus dem circulus vitiosus durch Selbsterziehung; der Therapeut müsse das Vertrauen des Kindes gewinnen. Zur Übungsbehandlung verwies Seemann auf Gutzmann, dessen Schüler er ja war, und die uns bekannten Dinge. Erwähnenswert ist noch seine Einstellung zu den Atemübungen. Er warnt davor, das Kind mit ausgedehnten, erklärenden und schwierigen Atemübungen zu neurotisieren. Damit wäre das Gegenteil des Gewünschten erreicht.

Zur besseren Illustration darf hier Asperger (5) angeführt sein, der zu den allgemeinen neuropathischen Störungen auf dem Gebiet der Atmung sagt, daß die Beachtung und Selbstscheu störend eingreife bei einer Funktion, die automatisch ablaufen sollte. Zur gestörten Atmung des Stotterers sagt er jedoch, daß in solchen Fällen eine individuelle Übungstherapie auch mit Lehren einer richtigen Atemtechnik vonnöten sei; aber im Hinblick auf das Vorangesagte mit der gebotenen Vorsicht. Seemann bringt dazu ein einleuchtendes Beispiel. Er schildert, wie man einen Menschen z. B. das Gehen nicht lehren kann, indem man ihm sagt, wie er jeden Fuß bei jedem Schritt zu setzen habe, wie das Gleichgewicht während des Fußwechsels zu verlagern sei, und welche Funktion Körper und Arme bei jedem Schritt zu erfüllen hätten. Wenn dieser so unterrichtete Mensch nun über eine verkehrsreiche Großstadtstraße gehen soll, so wird das ein lebensgefährliches Unternehmen. Ebenso ergehe es dem ähnlich unterrichteten Falschatmer. Also größte Vorsicht bei der Atemtherapie! Andererseits könne man mit einem vernünftigen Atemtraining sehr viel erreichen. Man brauche nur an Redner, Sänger und andere Vokalkünstler zu

denken. Außerdem wirkten Atemübungen positiv auf das vegetative Nervensystem; sie fördern die Verdauung durch Zwerchfell-Bauchmassage, und sie verbessern den Kreislauf und den Herzrhythmus. (Hier sei an die ausgezeichnete Schrift von Tirala (6) über die Heilatmung erinnert.

In den weiteren Anregungen fanden wir alles wieder, was Paul Lüking, Berlin, in seiner bekannten „4-Kreise-Therapie“ so klar umrissen festgehalten hat: Reaktionsübungen, Assoziationsübungen usw. Auch Liebmanns Leseübungen fanden Erwähnung. Diese sollten bis zu einer Stunde ausgedehnt werden, damit sich der Patient an den Klang seiner Stimme gewöhnt; und nicht monoton und monodynamisch, sondern mit allen musischen Elementen der Sprache.

Zur medikamentösen Behandlung als 3. Glied der Gesamttherapie sagte Seemann, daß sie in einer modernen Therapie heute nicht mehr fehlen dürfe. Er warnt indes vor einer nur medikamentösen Behandlung, wie es manche Eltern tun, noch dazu ohne ärztliche Aufsicht. Die medikamentöse Behandlung solle zur Beruhigung der Hirnrinde dienen, zur Abschwächung der Affekte und zur allgemeinen zentralen Dämpfung. Ferner solle eine Umstimmung des Tonus im vegetativen Nervensystem erreicht werden. In seiner Prager Praxis hat Seemann die Erfahrung gewonnen, daß oft besser ist, durch entsprechende Präparate den Vagus zu heben, anstatt mit Bromverbindungen, Homburg 680 oder einfacher Atropinbehandlung den Sympathikus zu senken. Auch die Schlafbehandlung nach Pawlow werde vielerorts empfohlen, die ja bekanntlich auf allerlei neurotische Zustände günstig wirkt. Es gebe aber auch kritische Stimmen hierzu. Er, Seemann, wende die Schlafbehandlung sehr wenig an.

Zum Schluß zitiert Seemann noch Nadoleczny, der die sich seinerzeit bekämpfenden Richtungen, die physiologische und die psychologische zusammenzuführen versuchte mit der Feststellung, daß neben der Übungsbehandlung auch die Psychobehandlung nötig ist, oder umgekehrt. Für die medikamentöse Behandlung führte Seemann noch Fröschels an, der schon in den 20ziger Jahren eine enge Zusammenarbeit der drei Behandlungsgebiete forderte.

Literatur-Angaben:

- (1) Prof. Dr. Ernst Schneider: Über das Stottern. Med. Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart 1953.
- (2) Dr. Paul Moses/San Frisco: Die Stimme der Neurose. Georg Thieme, Stuttg. 1956.
- (3) Dr. Helene Fernau-Horn: Die funkt. Stimmstörungen, ihre Ursachen und Erscheinungsformen. Arb.-Gem. f. Sprachheilpäd., Hamburg 1957.
- (4) Ernst Trieglaff: Neuere Wege u. Erkenntnisse auf dem Gebiet der Theorie und Therapie des Stotterns. Berlin 1954.
- (5) Prof. Hans Asperger: Heilpädagogik, 2. Aufl., Springer/Wien 1956.
- (6) Prof. Dr. G. Tiralla: Heilatmung bei Blutdruck-, Herz- u. Kreislaufkrankheiten. Umschau-Verlag, Frankfurt/Main 1953.

Anschrift des Verfassers: Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestraße/Sprachheilschule

DIE SPRECHERZIEHUNG BEI PATIENTEN
MIT PHARYNXPLASTIKEN

Über die organisch-funktionellen Voraussetzungen für die Sprachbehandlung der operierten Gaumenspalten ist in „Erfahrungen bei der Sprecherziehung von Gaumenspaltenpatienten“ (Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Bd. 1, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 122 ff.) berichtet worden. Sie sind im diagnostischen und prognostischen Sinne auch für die Sprachbehandlung von Patienten mit Pharynxplastiken zu beachten. Darüber hinaus sind aber für eine Sprachverbesserung von Patienten mit Pharynxplastiken folgende organisch-funktionellen Bedingungen vom phonetischen Standpunkt von Wichtigkeit:

1. Die Lage des Gaumen-Pharynxbogens im Munde. Sie ist für den Erwerb einer normalen Sprache, besonders für die normale Stimmgebung, von Bedeutung. Bei zu weit nach vorn gehalten und flachen Lappen ist die stimmliche Resonanz im Ansatzrohr beeinträchtigt. Die Stimme klingt dann verdeckt und dumpf, die Stimmfarben sind nicht ausreichend differenziert, weil das Ansatzrohr zu wenig veränderlich ist. Vorteilhaft für die Sprachverbesserung ist immer ein hoher, nach hinten oben ausgewölbter Brückenbogen.

2. Die Dicke des Pharynxlappens ist auch zu beachten. Ist die Brücke zu dick, so ist damit leicht eine zu große Starre der Muskulatur und als Folge wiederum eine zu geringe Veränderlichkeit der Stimmklänge gegeben. Man hört einen kloßigen, wenig variablen Ton.

Allzu dünne und flatterige Lappen verursachen mitunter Nebengeräusche, begünstigen näselnde Stimmklänge und vermindern somit die Deutlichkeit des Sprechens.

3. Die Abschlußmöglichkeit der Pharynxbrücke zur Nase ist zweifellos entscheidend für den Spracherfolg. Erst dadurch kann das häßliche Näseln vermieden und die Schärfe und Prägnanz der Lautbildung ermöglicht werden, weil eine ausreichende Atemkraft aus dem Munde zur Verfügung steht.

4. Die beiden seitlichen Öffnungen zum Nasenrachenraum beeinflussen weiterhin den Spracherfolg. Sind sie zu groß, so entweicht zuviel Luft durch die Nase und als Folge verbleiben alle bekannten sprach-

lichen Fehlleistungen. Sind sie zu klein, so ist zwar der Nasendurchschlag verhindert, aber es ist dann meist eine Rhinolalia clausa festzustellen.

5. Die Beweglichkeit der Randmuskulaturen kann die in vier genannten Schwierigkeiten herabmindern oder sogar ganz ausgleichen. Sie ist überhaupt für eine variable Stimmgebung wichtig. Bis zu einem gewissen Grade können sie nach der Operation durch gaumengymnastische Übungen aktiviert werden und sich dann den Atem- und Sprecherefordernissen anpassen.

6. Die Spannung oder Starre der Pharynxbrücke. Die feine Koordination der vielen Muskelbewegungen beim Sprechen, wie beispielsweise Hebung und Senkung des Kehlkopfes, Vor- und Zurückziehung der Zungenbasis, Weitung und Verengung der Schlundschnürrer u. v. a., kann dadurch sehr stark beeinträchtigt sein. Eine gewisse Schwerfälligkeit und Anstrengung beim Sprechen mit allen Folgen in ästhetischer und hygienischer Hinsicht ist damit gegeben.

7. Die Durchgängigkeit der Nasenwege ist besonders bei den Pharynxplastiken zu prüfen. Die Nasenwege sollten möglichst frei sein, sonst entsteht das geschlossene Näseln. Die sprachgünstige Wirkung der nicht freien Nasenwege bei Rhinolalia aperta ist in gewissen Fällen möglich. Es bleibt aber bei dieser Rhinolalia mixta immer etwas Stimmfremdes hör- und spürbar.

Aus den angeführten Punkten ist zu entnehmen, daß neben der Formgebung der Pharynxbrücke die Funktionsfähigkeit zumindest ebenso bedeutsam für den Spracherfolg ist, weil erst dadurch das gesamte Muskelzusammenspiel des Sprechorgans in seinen vielfältigen Variationen ermöglicht wird, die normale Klangwirkung erzielt werden kann, überhaupt das mühelose und deutliche Sprechen zu erreichen ist.

Die weitgehende Funktionsfähigkeit zu erhalten, ist ein besonderes Anliegen des Chirurgen, aber sicherlich am schwierigsten und mit einer gewissen Problematik belastet.

Die Sprechmängel bei den Pharynxplastiken sind dieselben wie bei den übrigen Gaumenspalten (siehe Arnold 1 und 2 im Schrifttum). Einige besonders häufige spezielle Fehlleistungen sind zu vermerken.

- a) Die Verknappung und dadurch bedingte gesteigerte Frequenz der Sprechatmung mit den sprechtechnischen Nebenwirkungen (Schwerfälligkeit der Artikulation, Geräusche, Veränderungen im Melos und Rhythmus, Stimmbildungsfehler u. a.).
- b) Eine steife und etwas verspannte Sprechweise, die mangelhafte Flüssigkeit und Mühelosigkeit.
- c) Die im allgemeinen doch stärkeren Grade irgendeiner Form von Näseln im Vergleich mit operierten Gaumenspalten einfacher Art (Rhinolalia clausa, aperta, mixta).

Die Sprecherziehung bei Pharynxplastiken stößt meistens auf weit mehr Schwierigkeiten als bei gewöhnlichen Gaumenspalten. Sie sind bedingt durch die Persönlichkeit dieser Patienten. Es handelt sich ja nur um größere Kinder und Erwachsene. Bei ihnen sind die falschen Sprechbewegungen seit Jahren eingefahren und fixiert und daher viel schwerer zu beseitigen. Außerdem ist die Labilität und Sensibilität bei diesen Patienten besonders groß, wenn nicht gar eine neurotische Belastung vorliegt, weil sie zu lange Jahre unter der bewußten Tatsache gelitten haben, mißgestaltet zu sein und auch noch schlecht zu sprechen, weil sie auch den seelischen Einwirkungen von Spott, Hohn und Mißachtung gerade infolge ihrer schlechten Sprache länger ausgesetzt gewesen sind.

Die sprechtechnische Umerziehung ist bei diesen Patienten in ganz besonderem Maße abhängig von

1. der Intelligenz, der Energie und der Konzentrationsfähigkeit,
2. dem Sprachempfinden und guten Gehör des Patienten,
3. der konsequenten und unermüdlichen Mitwirkung eines Familienmitgliedes, das gleichzeitig die Sprachkontrolle sicherstellt,
4. einer ausreichenden Behandlungszeit.

Leider sind diese Voraussetzungen oft nicht vorhanden. Manche Patienten beispielsweise, die alle fehlenden oder falsch gebildeten Laute oder Lautverbindungen bei der Behandlung zwar richtig erfaßt und gekonnt haben, haben nicht die Ausdauer, um sie ausreichend zu trainieren, um sie zur Sprachgewohnheit werden zu lassen. Es ist auch eine Tatsache, daß viele Patienten sich leider einmal mehr operieren lassen, anstatt die Energie und Kraft anzuwenden, das Gelernte konsequent und systematisch zu üben. Zuerst sind sie oft überrascht, daß ihnen alle Laute bei der Therapie gelingen und üben auch noch fleißig nach den ersten Sitzungen. Dann flaut die Mitarbeit ab, denn es geht ihnen nicht schnell genug. Sie verlieren trotz Erklärung, guten Zuspruchs, trotz psychologischem Verständnis und unermüdlicher Ruhe und Geduld den Mut. Das „alberne“ Üben kommt ihnen lächerlich vor, sie haben im Hause auch vielleicht keinen Raum, wenig Gelegenheit, finden auch nicht immer die rechte Einsicht, so daß sie sich schließlich schämen und wegbleiben. So geht oftmals sogar das fast gesicherte Lautgut wieder verloren.

An dieser harten Wirklichkeit scheiterte so mancher sonst durchaus mögliche völlige Spracherfolg. Je älter die Patienten sind, desto schwieriger gestaltete sich meistens die sprachliche Umerziehung. Sie war durchweg bei Männern undankbarer als bei Frauen, bei denen oft von Natur aus eine bessere Sprechgeschicktheit vorhanden ist, und bei denen ein gewisser Appell an ihre Eitelkeit zuweilen Hilfe sein konnte.

Die Grenzen eines Spracherfolgs liegen bei den Pharynxplastiken weit mehr als bei den übrigen Spaltoperierten weniger in der chirurgischen und sprachtherapeutischen Kunst als vielmehr in der Unzulänglichkeit des Patienten und der Umstände.

Die erforderlichen sprechgymnastischen, lautlichen, stimmlichen und angewandten Übungen, die sich auf Grund der Wechselwirkungen zwischen Sprechweise und den organisch-funktionellen Gegebenheiten ergeben, sind individuell durchzuführen und zwar in ähnlichem Sinne wie bei den sonstigen Spaltoperierten.

Allerdings sind die feinen Unterschiede in den sehr häufigen stimmlichen Fehlleistungen ganz besonders zu beachten und bei der Stimmverbesserung zu berücksichtigen. Es ist auch zu bedenken, daß der stimmliche Zustand unmittelbar nach der Operation noch unmaßgeblich für Diagnose und Prognose sein kann. So kann beispielsweise geschlossenes Näseln gleich nach der Pharynxoperation noch durch das Abklingen von Schwellungen oder durch Gewebeschrumpfung, die teils Wochen dauert, zurücktreten oder verschwinden. Im übrigen vermag auch die geeignete Sprechgymnastik die zuerst unzulängliche Funktionsfähigkeit der Ränder und der gesamten palatalen und pharyngealen Muskulatur weitgehend auszugleichen. Wo aber dennoch ein geschlossenes Näseln nachbleibt, verbunden mit allzu großen Schwierigkeiten in der Nasenatmung (Schnarchen), im Sprechen (häßliche Nebengeräusche) und des Schleimauswurfs, muß die chirurgische Kunst helfen und in ganz vorsichtiger Weise eine seitliche Öffnung zum Nasenrachenraum (oder auch beide!) durch kleinste Einschnitte zu vergrößern. Es ist aber besser, zwei- oder dreimal kleinste Einkerbungen vorzunehmen als durch einen zu starken Eingriff wieder ein offenes Näseln zu verursachen.

Die Stimmübungen erfordern vom Therapeuten ein besonders geschultes Klanggefühl und -empfinden, um neben der Sauberkeit auch die höchst erreichbare Mühelosigkeit und Flüssigkeit im Stimmgebrauch zu erzielen. Für die sprechtechnische Arbeit bei Pharynxplastiken gelten unter Berücksichtigung der organisch-funktionellen Gegebenheiten die bekannten Übungen, wie man sie auch sonst bei Stammlern, Gaumenspaltlern und Stimmbehinderten anwendet. Lambeck, Arnold u. a. haben darüber verschiedentlich berichtet. Es wird auch auf die Übungsblätter zur Sprachbehandlung, besonders auf die Folgen 7 (Für geschlossene Näsler, insbesondere für Patienten mit Pharynxplastiken) und 8 (Für offene Näsler, besonders für Gaumenspaltler), die die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland herausgegeben hat, verwiesen.

Über die zahlenmäßigen Ergebnisse der Sprachbehandlung von Patienten mit Pharynxplastiken wird gelegentlich berichtet werden.

Benutztes Schrifttum:

1. Arnold, E.: Die Gaumenspaltensprache. Mund- u. Kieferchir. v. H. Pichler u. R. Trauer. II. Band. Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1948.
2. Arnold, G. E.: Die Verbesserung der Sprache nach Gaumenspaltoperationen. Wiener Med. Wochenschr. 1949.
3. von Essen, O.: Zur Beurteilung d. Gaumenspalt. vom phonet. Standpunkt aus. Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk. Meusser, Leipzig, 4., 1937, 10.
4. Herfert, O.: Zur Technik der Pharynxpl. Fortschr. d. Kiefer- u. Ges. Chir., Bd. 1, G. Thieme Verl., Stuttgart 1955.

5. Lambeck, A.: Die Prognose b. d. Sprachbeh. d. Gaumensp., Neue Bl. f. Taubst. Bildung. Heidelberg, 1948.
6. Lambeck, A.: Die Sprachbehandl. frühoperierter Gaumenspaltenkinder. Die Deutsche Sondersch., 1939, 1.
7. Lambeck, A.: Die Gaumenverschl. i. d. Sprachbeh. d. Gaumenspalten. Neue Bl. f. Taubst. Bildg. Heidelberg, 1950.
8. Schuchardt, K.: Die Operationen i. Ges.-Kieferbereich. Bier, Braun u. Kümmell, II. Band, 7. Aufl. 1953.
9. Schuchardt, K.: Zur Frage d. günst. Termins f. d. oper. Verschl. d. Gaumensp. D.Z.M.K., 20 (1954), 9/10.
10. Wulff, J.: Organis. u. Ergebn. d. Sprachbeh. an op. Gaumensp. Neue Bl. f. Taubst.-Bildg., Heidelberg, 1951.
11. Wulff, J.: Erfahrungen b. d. Sprecherz. v. Gaumenspaltenpatienten. Fortschr. d. Kiefer- u. Gesichts-Chir., Bd. 1, Georg Thieme Verl. Stuttgart, 1955.
12. Wulff, J.: Übungsblätter zur Sprachbeh. Herausgeg. v. d. Arbeitsg. f. Sprachheilp. i. D. 1.—8. Folge. Hamburg, Selbstverl.

Anschrift des Verfassers: Johannes Wulff, Hamburg 6, Karolinenstr. 35 (Sprachkrankenschule)

Aus der Organisation

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e. V.

Vorsitzender: Prof. Dr. Otto v. Essen, Universität Hamburg

Geschäftsführer: J. Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35

Kassierer: Konrad Leites, Hamburg-Altona, Thadenstr. 147, Postscheckkonto Hamburg 97 40

Bericht über die Arbeitstagungen der Landesgruppe Hamburg in der Zeit von Januar bis Oktober 1957

Im angegebenen Zeitraum fanden drei Arbeitstagungen statt. Im Mittelpunkt der ersten Tagung am 24. Januar 1957 stand ein Bericht über die Betreuung spastischer Kinder in Hamburg nebst Vorführung des interessanten englischen Spastiker-Filmes „Door to Freedom“. Der Bericht wurde von Herrn J u s t e r gegeben.

In Ergänzung seines ersten Referates sprach Herr Dr. O r t h m a n n anschließend über die praktische Anwendung der Chewing method bei hyperkinetischen Stimmstörungen. (Siehe „Die Sprachheilarbeit“ Nr. 3/1957.) Tonbandvorführungen ergänzten die Ausführungen. In der Diskussion wurde der Wunsch geäußert, Erfahrungen in der Behandlung von Stottern mittels dieser Methode zu sammeln.

Frl. P r ö ß d o r f rundete das Bild der Tagung mit Berichten über eine Studienreise nach Wien, Zürich, Nürnberg und Hannover ab.

Am 20. Mai 1957 sprach Herr Dr. H e n n i g über die Ergebnisse einer Repräsentativerhebung sprachgestörter Kinder in Remscheid. Zirka 300 Fälle lagen der

Untersuchung zugrunde. Gehäuftes Auftreten von Stotterern im 8./9., 11./12. und 14./15. Lebensjahr, Heredität in 50 % der Fälle, Linkshändigkeit in 40 %, allgemeine Beziehungen zur Erreglichkeit und Allergie, zur Neurose nur in 50 % aller Fälle führten den Referenten zu interessanten praktischen Schlußfolgerungen: Stottern kann nicht geheilt werden. Der Einrichtung von Sprachheilschulen steht er daher abwartender und vorsichtiger gegenüber als wir Pädagogen. Der Stotterer muß zu einem Bekenntnis zu seinem Leiden erzogen werden; auf die „Heilung“ muß — unter Vornahme von Korrekturen ungünstiger sozialer und anderer Gegebenheiten — gewartet werden. Die Bedeutung der Prophylaxe und einer umfassenden — nicht nur medizinischen — Untersuchung wird verwiesen.

Die rege Diskussion wies auf die Erfolge der Beschulung hin, hebt sogar die Notwendigkeit der Frühbehandlung im Kindergarten hervor, die mit besonders günstigen Ergebnissen aufwarten kann. Über die Zusammenhänge zwischen Stottern und Artikulationsstörungen sprach Dr. Hennig in einem zweiten Teil. Herr Heidrich berichtete über einen Besuch in Leipzig und seine Eindrücke von der dortigen Sprachheilschule. Dabei wurde auf ein von R. Leben/Keilhau veröffentlichtes Buch verwiesen, das auf der Grundlage der Pawlow'schen Reflexlehre den Versuch einer neuen Stottertheorie unternimmt.

Die Ausführungen von Dr. Hennig nahm der Geschäftsführer Herr Wulff abschließend zum Anlaß, die Forderung nach umfangreichen und fundierten Erhebungen zu wiederholen, um ein den Nachkriegsverhältnissen entsprechendes breiteres Bild zu gewinnen.

Die Tagung am 14. Oktober brachte im Mittelpunkt Herrn E. Zürnicks Darlegungen „Grundsätzliches über den Sprachbehandlungsfilm und seine praktische Verwendung in der fachpädagogischen Arbeit bei aphasischen und anderen Sprachstörungen“. Das Phänomen des bewegten Bildes im Gegensatz zum Stehbild und im Zusammenhang mit der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit wurde in tiefgründiger Weise aufgehehlt. Der Dingwortveranschaulichung des Stehbildes wird durch den dynamischen Charakter des Laufbildes eine Verbveranschaulichung zugeordnet. Ganzheitliche, leicht eingehende Szenen — ein ausgezeichnetes Beispiel wurde vorgeführt — fördern den reaktiven Sprachgebrauch vor allem im Sinne der verbal gefärbten Aussage.

Gute Einblicke in die tägliche Kleinarbeit gab Herr Reuter mit seinen Ausführungen über Denksprechübungen mit stotternden Kindern des 2.—4. Schuljahres. Zwei Korreferate ergänzten Zürnicks Darlegungen. Über Film- und Bildverwendung im Unterricht bei Stotterern sprach Herr Spink. Die Dunkelheit des Vorführraumes, die Steigerung der Sprechbereitschaft und sprachlichen Ausdrucksfähigkeit, die Konzentration auf die Leinwand und die dadurch bedingte Ablenkung vom peripheren Sprechvorgang sind Gegebenheiten, die einem störungsfreieren Sprechablauf beim Stotterer entgegenkommen.

Herr Dr. Orthmann gab in Form einer vorläufigen Mitteilung über Film- und Bildverwendung in der Einzel- und Gruppentherapie eine Ergänzung. Er hob besonders den vielfach gestörten Denksprechablauf beim Stottern hervor, der durch visuelle Anregung günstig beeinflußt werden kann. Sowohl bestimmten Eigenheiten des Stotterers als dem vielschichtigen Vorgang des Denksprechens kommt die visuelle Unterstützung mittels ausgewählter Laufbilder entgegen.

Schriftführer

Umschau und Diskussion

Fachliches Gutachten zur Frage der Benennung der Sonderschule für Sprachgeschädigte

Die Eröffnung der „Sprechheilschule der Landeshauptstadt Düsseldorf“ gibt akuten Anlaß, zur Frage terminologischer Unklarheiten im sprachheilpädagogischen Bereich Stellung zu nehmen.

Die immer wieder auftauchenden Differenzen hinsichtlich der Abgrenzung von „Sprechleiden“ und „Sprachleiden“ haben wohl letztlich ihren Ursprung in einer Eigenheit unserer deutschen Sprache. „Langage“, „langue“ und „parole“ (franz.) meinen ebenso verschiedene Sachverhalte wie „speech“ und „language“ (engl.). Wir

hingegen bedienen uns des Substantivums „Sprache“ einmal zur Kennzeichnung des sozialen Objektgebildes und Gefüges von artikulierten Lautsymbolen, das unabhängig von der aktuellen Verwirklichung existiert. Zum anderen gilt das Wort zur Bezeichnung für den konkreten Sprechvorgang, meint also ebenso viel wie „Sprechen“.

Es wäre daher zunächst nicht von der Hand zu weisen, Krankheitsbilder wie die motorische Aphasie oder organische und funktionelle Dyslalien, u. U. auch — wie manche annehmen — Balbuties zu den „Sprechstörungen“ zu zählen, da doch hier nur der aktuelle Vorgang des Sprechens gestört zu sein scheint. Erst Krankheitsbilder, die die innere Sprache, den logos, beeinträchtigen (Dyslogien), gehörten dann sinngemäß zur Gruppe der „Sprachstörungen“. Vielleicht ließe sich eine solche Abgrenzung bis zu einem gewissen Grade erreichen, und es wäre eine Frage der Zeit, bis sich der historisch eingebürgerte Name „Sprachstörungen“ mit den zugehörigen Unterteilungen (zentrale, periphere, funktionelle, neurotische usw.) zurückgezogen hätte.

Vor allem aber wäre dies eine Frage der fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung im breiten Raum, die zwischen Medizinern, Psychologen, Philologen und Pädagogen stattzufinden hätte. Hier würden sich jedoch bald Differenzen ergeben, die durch Beibehaltung des weiteren und elastischen Terminus „Sprachstörungen“ vermieden würden. Dem Fachmann wird durch attributiven Zusatz zu „Sprachstörung“ bzw. die logopädische lat. Bezeichnung die notwendige Klarheit verschafft. Die weitere Öffentlichkeit wird sich vermutlich gerne mit dem eingeführten Namen zufrieden geben und kaum Verlangen nach differentialdiagnostischen Verdeutlichungen tragen. So kann wohl auch der begrüßenswerte Entschluß der audiologischen Arbeitsgemeinschaft verstanden werden, welche die Frage „Sprechaudiometrie“ oder „Sprachaudiometrie“ überwiegend zugunsten von „Sprach“ entschied (Sprachforum, Jg. 1955, H. 2, S. 179).

Darüber hinaus soll aber hier im Sinne einer ganzheitlichen Sicht die strenge Abgrenzung von Sprache und Sprechen in unserem Sektor als oft problematisch zurückgewiesen werden. „Sprache ist Form und Funktion zwischen lebenden Menschen“ (Paracelsus). Es geht im logopädischen Gebiet niemals darum, das Gebilde „Sprache“ aus dem Menschen behandelnd herauszudestillieren, sondern wir kennen uns zu dem Grundsatz: Behandle den Kranken, nicht die Krankheit! Sprache ist daher dem Logopäden im Sinne Humboldts stets die Gesamtheit des sprechenden Menschen und trägt Atem, lebendigen Rhythmus und Antlitz. Der sprechende Mensch teilt sich nicht nur in der Lautform der artikulierten Sprache mit, sondern trägt und unterstützt diese durch den ganzen sprechenden Körper, auch durch Gestik und Mimik. Daher geht es schon bei der Behandlung peripherer Sprachstörungen nicht nur um das Sprechen. Eine solche Hilfestellung wäre historisch als „Symptombehandlung“ zu bezeichnen und dürfte heute im wesentlichen als überwunden gelten. Der gesamte Mensch in seiner sozialen Verflochtenheit, seiner Verhaltensweise, seinem beschnittenen Menschsein fordert unsere Hilfe. In dieser Sicht kann selbst ein so simpler Fehler wie ein Sigmatismus zur Sprachstörung im tiefsten Sinne anwachsen, da Kontaktnahme und soziale Anpassung fallweise beeinträchtigt sind. Der Sigmatismus hört sich nicht nur so an, sondern sieht auch so aus! Durch die sog. sensorischen Rückwirkungen kann, wie bekannt ist, die besondere Aufmerksamkeit des Hörers dem Sprecher eine Quelle permanenter Unruhe werden.

Das Stottern in seinen verschiedenen Erscheinungsformen kann nur als echte Sprachstörung bezeichnet werden. Von der gestörten Atmung über die gestörte Mimik und Gestik (Mitbewegungen) bis zum gestörten Redeablauf ist der sich mitteilende, kontaktheischende Mensch als Glied der Sprachgemeinschaft mehr oder minder schwer beeinträchtigt. Wir kennen „inneres Stottern“, bei dem die Sprechfunktion äußerlich offenbar in Ordnung ist, sprechliche Formenbildung und Ausdrucksfähigkeit jedoch gemindert sind. Nicht selten beobachtet man bei diesen Kranken eine Verschiebung der Logik. Der für die freie Rede grundlegende Denksprechablauf ist nicht mehr frei, Embolophrasien sind auch hörbarer Ausdruck für qualvolle Denkwegen. Als psychosomatische Störung, oft neurotisches Leiden kann daher nur der umfassende Ausdruck „Sprachleiden“ dem Stottern gerecht werden.

Nicht nur aus historischen Gründen also, auch aus sachlichen Überlegungen muß vor der Bezeichnung „Sprechstörung“ für die weitaus meisten Krankheitsbilder gewarnt werden. Sie könnte, wie Kainz mitteilte, höchstens für die „peripheren Störungen der artikulatorischen Exekutivhandlung“ (Sprachform, Jg. 1955, H. 2, S. 179) Verwendung finden, für Störungen also, die kaum noch in unsere Schule gehören. Selbst für solche Krankheitsbilder (in Ambulanz und Kursen) erscheint uns jedoch die Benennung „Sprechstörungen“ problematisch. Sogar eine Stimmstörung, die der bequemen klinischen und funktionellen Einteilung wegen die terminologische Sonderstellung behauptet, kann nach unseren Darlegungen zur „Sprachstörung“ anwachsen.

Die sogen. „Sprechheilschule“ betreut doch vorwiegend sprachkranke Kinder, ist darüber hinaus eine Beratungsstelle für alle Sprachleiden. Die Zusage der „Heilung“ kann nur sehr bedingt gegeben werden, zumindest für einen erheblichen

Teil ihrer Stotterer. Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik schlägt daher vor, den Namen „Sprechheilschule“ unbedingt zu vermeiden und dafür „Schule für Sprachgestörte“ oder „Sprachgeschädigte“, notfalls „Sprachheilschule“ anzunehmen, da letztere Bezeichnung in Deutschland die weiteste Verbreitung hat. In Hamburg allerdings wird aus wohlüberlegten Gründen, nämlich als umfassender und vorsichtiger, menschlich und fachlich eindeutiger Name „Schule für Sprachkranke“ geführt, zumal diese Schule sich auf die Betreuung schwererer Fälle von Sprachstörungen beschränkt.

Im Auftrag des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik

Joh. Wulff
Geschäftsführer

Dr. W. Orthmann
Lehrer an der Volks- und Mittelschule für Sprachkranke

Erfassung und Betreuung Hörstummer und Seelentauber im Bereich des Landes Niedersachsen

1. Die Aufnahme Hörstummer und Seelentauber in das Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen vom 27. 2. 1957 geschah aus der Erwägung (um der Begründung, die das Bundeskabinett bei der Vorlage des Gesetzes diesem vorausschickte, zu folgen), um diesem Personenkreis die erforderliche, langdauernde und schwierige und deshalb kostspielige Behandlung bzw. Sprachheilbehandlung zuteil werden zu lassen.

Die in der erwähnten Begründung gemachte Feststellung, Seelentaubheit der sensorischen, Hörstummheit der motorischen Aphasie gleichzusetzen, machte es erforderlich, in Besprechungen, die der Beauftragte für Sprachheilfeürsorge beim Niedersächsischen Landessozialamt mit den Herren Landesärzten für Körperbehindertenfürsorge und den Herren Fachärzten der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser führte, die Begriffsmerkmale der Hörstummheit und Seelentaubheit genauer festzulegen. Im allgemeinen konnte Übereinstimmung in folgenden Punkten erzielt werden:

- a) Die Begriffe der motorischen und sensorischen Aphasie sind nicht gleichbedeutend mit den Begriffen der Hörstummheit und Seelentaubheit. Während bei der motorischen und sensorischen Aphasie festumrissene sprachliche Ausfälle zu verzeichnen sind, ergibt das Bild der Hörstummheit und das der Seelentaubheit eine viel komplexere Störung, die über rein sprachliche Schädigung hinausgeht.

Fälle von motorischer und sensorischer Aphasie sind im Kindesalter viel seltener als die der Hörstummheit und Seelentaubheit.

Die Fälle von motorischer und sensorischer Aphasie sind, besonders dort, wo sie bei Erwachsenen auftreten, klinisch eindeutig zu diagnostizieren; die Grenzen der Hörstummheit und Seelentaubheit liegen dagegen nicht fest.

Während bei einigen Autoren (Nadoleczny, Arnold) Hörstummheit als die nach dem 3. Lebensjahr fortbestehende Stummheit bei gutem Gehör und durchschnittlicher Intelligenz zu verstehen ist, kommt Kainz zu einer anderen weitergehenden Feststellung. Kainz vertritt die Ansicht, daß Hörstummheit, die bei ausreichend hörenden, nicht idiotischen Kindern vorkommende Unfähigkeit ist, ihre Muttersprache normal zu erlernen. Er beschreibt die Sprache der Hörstummen als das phasenspezifische Zugängliche, zieht mithin die Sprachverzögerung als Ausdruck einer umfassenden körperlich-geistigen Verzögerung mit in den Begriffskreis.

Hörstumme Kinder sind — um der Meinung von Kainz zu folgen — deshalb nicht in jedem Falle als völlig stumm, sondern nur als praktisch stumm zu bezeichnen, d. h. ihr aus der allgemeinen Verzögerung bedingtes, oft mit Agrammatismus verbundenes universelles Stammeln ist die Unfähigkeit, in sprachlichen Kontakt mit der Umwelt zu gelangen, obwohl sie altersgemäß dazu längst in der Lage sein müßten. Ihre Einschulung in eine Normalschule wird deshalb in keinem Falle möglich.

- b) In starken Gegensatz tritt Kainz zu der bisher üblichen Lehrmeinung, wenn er feststellt, daß infolge des Fehlens oder der Minderentwicklung der Sprache hörstumme Kinder auch intellektuell geschädigt sind. Die Sprachheilpädagogik — das sei an dieser Stelle eingefügt — vertritt schon seit Jahrzehnten diesen Standpunkt, weil diese Sprachminderung auch eine geistige Behinde-

rung zur Folge haben muß, und der zu Tage tretende geistige Mangel sich später oft als Pseudoschwachsinn zu erkennen gibt.

Schwere Schwachsinnfälle mit rudimentärer Sprache, die als solche ja meistens eindeutig diagnostiziert werden können, fallen nicht unter den Begriff der Hörstummheit, wie andererseits einfaches Stummeln (Ausfall einzelner Laute) eine Unterstellung unter den Begriff der Hörstummheit ebenfalls nicht zuläßt.

- c) Neben der geistig-seelischen Verzögerung ist bei hörstummen und seelentauben Kindern ihre allgemeine motorische Rückständigkeit besonders auffällig.
- d) Hörstummheit und Seelentaubheit treten im Kindesalter nur in vereinzelter Fällen als völlig von einander getrennte Formen auf, meistens handelt es sich um Mischformen, bei denen die herabgesetzte Sprechfähigkeit mit eingeschränktem Sprachverständnis verbunden ist.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der Begriff der Hörstummheit von völliger Stummheit bis zu schwerer Sprachverzögerung (universellem Stummeln) reicht, wobei die geistige Intensität nicht soweit geschädigt sein darf, daß nicht in einer überschaubaren Zeit durch entsprechende fachärztliche und heilpädagogische, im besonderen sprachheilpädagogische Maßnahmen, der sprachliche Kontakt zur Umwelt hergestellt werden kann, so daß die Kinder nach Abschluß der Heilbehandlung einer Normal- oder Sonderschule zugeführt werden können. Seelentaubheit in der Form der akustischen Unerweckbarkeit ist nur ganz selten anzutreffen; sehr häufig ist — wie bereits ausgeführt wurde — mangelnde Sprechfähigkeit mit herabgesetztem Sprachverständnis verbunden. Die Zielsetzung der Heilbehandlung ist die gleiche wie bei Hörstummheit.

Die wenigen echten Fälle von motorischer und sensorischer Aphasie im Kindesalter werden verfahrensgemäß genauso behandelt wie die hörstummen und seelentauben Kinder.

Es liegt im Rahmen der Begriffsdeutung eines Körperbehindertengesetzes, daß auch solche neuro-muskulären Leitungsschäden, die schwere Ausfälle in der Sprechfähigkeit und damit praktische Stummheit zur Folge haben, den Hörstummen gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes zuzurechnen sind.

- 2. In Absprache mit den Herren Landesärzten ist vorgesehen, daß die Erfassung der Hörstummen und Seelentauben durch den Beauftragten für Sprachheilverfahren erfolgt, der diese Tätigkeit im Einvernehmen mit den Herren Landesärzten ausübt. Zur fachärztlichen Beurteilung überweist der Sprachheilbeauftragte diese Fälle der zuständigen psychohygienischen Beratungsstelle, in der gegebenenfalls eine stationäre Beobachtung des Kindes angeordnet wird. Fallen diese Kinder primär in den psychohygienischen Beratungsstunden auf, so erfolgt Überweisung an den Sprachheilbeauftragten.
- 3. Das in dem o.a. Gesetz vorgesehene Heilverfahren, das sinngemäß auch auf Hörstumme und Seelentaube anzuwenden ist, umschließt ärztliche, heilpädagogische und sprachheilpädagogische Maßnahmen, die nur im Rahmen einer stationären Behandlung unter Leitung eines Facharztes für Nervenkrankheiten durchgeführt werden können. Die Dauer eines Heilverfahrens wird in der Regel nicht unter 1 Jahr liegen.

gez. Hennig

Bücher und Zeitschriften

Dr. Paul J. Moses, San Francisco:

Die Stimme der Neurose. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1956. 136 S., 4 Abb., 80, kartoniert 12,— DM.

Aus der Feder des Leiters der Klinik für Stimm- und Sprachstörungen an der Stanford Universität San Francisco wird die Theorie und Praxis von Stimmanalysen dargestellt. Neben Trojans Arbeit über den Ausdruck der Sprechstimme (Wien-Düsseldorf 1952) werden speziell für neurotische Stimmerkmale wichtige Hinweise gegeben. Die Stimme wird dabei in uns bekanntem Sinne als Wesensäußerung des Individuums gefaßt, die im komplexen Phänomen ihrer Einmaligkeit wichtige Aufschlüsse über die Ganzheit der ‚per sona‘ erkennen läßt. Die Gefahr subjektiver

Werturteile besteht hier besonders, da eine allgemein akzeptierte Terminologie noch nicht durchgesetzt ist und Synästhesien (leichter Bariton, schwarzer Baß) nicht selten sind. Wenngleich auch schon beachtliche Wege zur Stimmanalyse aufgezeigt wurden (Fröschels, Trojan u. a.), so besteht die Meinung des Autors mit einigem Recht, daß sich nämlich 'bisher noch keine allgemein akzeptierte Methode der Stimmanalyse entwickelte' (9).

Bei Anerkennung des Wertes von graphischen Aufzeichnungen, wie sie uns die Phonetik z. B. in reichem Maße zur Verfügung stellt, wird deren Schwäche doch dahingehend gekennzeichnet, daß 'die Teile getrennt bleiben ... und sich nicht zu einer Ganzheit zusammenfassen lassen', so daß der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Ausdruck im 'Irrgarten des Details' (13) verloren geht. Zur vollständigen Erfassung der menschlichen Stimme muß demnach die akustische Überprüfung ihren berechtigten Platz einnehmen. Hierzu muß aber das 'nachschaffende Hören' (14) ('funktionelles Hören') entwickelt werden.

Die Stimmanalyse interessiert sich vorwiegend mit der zweiten Bühler'schen Sprachfunktion, dem Ausdruck. Nach einem Überblick über die Ontogenese der Stimme als Grundlage für die Darstellung neurotischer Merkmale und die Mutation werden Ausdrucksmerkmale im einzelnen beschrieben. Dabei wird die Abweichung von einer physiologischen Norm als Ausdruck neurotischer Haltung gekennzeichnet. So werden Atmung, Stimmumfang, Register, Resonanz und Rhythmus einbezogen. Auf Huxon ist nicht eingegangen, sondern das myo-elastische Modell liegt der Stimmproduktion zugrunde. Demgemäß erfährt die Sprechatmung besondere Aufmerksamkeit (während sie nach Panconcelli-Calzia in diesem Zusammenhang ein 'sekundärer Faktor' ist). Es überrascht, daß — ohne Erwähnung Gießweins — die resonatorische Bedeutung der Nasennebenhöhlen wieder einmal genannt wird.

In einem folgenden Kapitel werden dann Melodie, Intensität, Geschwindigkeit, Pathos, Manieriertheiten, Melismen, Regelmäßigkeit und Genauigkeit, immer im Hinblick auf abweichende neurotische Erscheinungen, beschrieben.

Für die Auswertung selbst kann auf die Schallaufnahme nicht verzichtet werden. Dabei 'soll der Patient in den meisten Fällen wissen, daß er in ein Mikrofon spricht!' (83), eine Forderung, die nach unsern Erfahrungen problematisch erscheint. Jede einzelne Dimension ist durch mehrmaliges Abspielen möglichst genau zu erfassen. Für Institute und Kliniken kann, wie Rezensent ergänzen möchte, durch technische Verfeinerungen wie zerlegende Repetiergeräte, eine bedeutende Erhöhung der akustischen Abhörgenauigkeit erreicht werden.

Das dargelegte Rüstzeug der Stimmanalyse wird dann im Gebiet der neurotischen Persönlichkeit angewendet. 'Alle Neurosen haben bestimmte Stimmsymptome' (88), und der geübte Beobachter wird versuchen, 'aus der Stimme einen Einblick in die Natur der ausgedrückten Neurose zu bekommen' (89). Jede Stimme enthält genetische, kongenitale und konstitutionelle Faktoren, die mit den umgebungsgebundenen im Wechselspiel stehen; die neurotische Stimme erlaubt indes eine deutlichere Identifizierung der Einzelmerkmale. Das Fehlen der bewußten Kontrolle als wichtiges Kennzeichen der Neurose spiegelt sich so im Stimmapparat, der die psychodynamischen Prozesse als Hypo-, Hyperfunktionen, Spastizität, Koordinations-schwierigkeiten u. a. darbietet und oft von neurotischen Ersatzfunktionen beherrscht wird. Wir finden die Beschreibung des Symptoms der neurotischen Angst in der Auswirkung auf den Atmungs- und Stimmmechanismus, ebenso der Konversation, der Erwartungs- und Zwangsneurose, jeweils mit Krankengeschichten.

Der Sprachheilpädagoge, der Stimm- und Sprachtherapeut, der in seinem Arbeitsumkreis die neurotische Persönlichkeit täglich vor sich hat, dürfte auf diagnostische Hilfsmittel der aufgezeigten Art nicht verzichten, wenn er umfassend und ganzheitlich arbeiten will. Mancherlei Probleme tun sich auf und harren umfangreicher und fundierter Untersuchungen. Würde es nicht lohnen, die 'Stimme des Stotterers' einmal unter die analytische Lupe zu nehmen?

Aus der organischen Wechselwirkung leiblichen und seelischen Geschehens erhellt auch aus den von Moses dargelegten wertvollen Ergebnissen die Bedeutung stimmhygienisch-musisch-rhythmischer Übungen.

Ein Literaturverzeichnis von 60 Titeln, das für den Interessierten hier um Felix Trojan, 'Der Ausdruck der Sprechstimme', Wien-Düsseldorf 1952, erweitert werden darf, schließt das empfehlenswerte Werk ab.

Orthmann

Sprechkunde und Sprecherziehung, Band III: Das Gespräch.

Hrsg. von Prof. Dr. I. Gentges, Münster, und Prof. Dr. Christian Winkler, Marburg. Verlag Lechte-Emsdetten (Westf.), 167 S., brosch. 6,80 DM.

Mit zunehmendem Interesse verfolgt gerade der Sprachheilpädagoge die Arbeit auf sprecherzieherischem Gebiete, zusammengefaßt und in periodischen Arbeitstagen der Öffentlichkeit vorgestellt durch den Deutschen Ausschuß unter der verdienstvollen Leitung des 1. Vorsitzenden Prof. Dr. Christian Winkler, Marburg.

Der Sprecherziehung geht es ja nicht — wie vielfach immer noch angenommen wird — um Sprechtechnik und äußere Abrichtung, sondern um die „Pflege des lebendig gesprochenen Wortes in seiner Gesamterscheinung und nach allen seinen inneren und äußeren Teilleistungen“ (Winkler). Sprecherziehung ist somit Menschenbildung schlechthin. Der Sprachheilpädagoge wird sich auf seinem Arbeitsgebiet nicht nur mit einer Symptomminderung oder Symptombefreiung zufriedengeben: im Gegenteil, dann fängt die eigentliche Arbeit recht an! Durch ständiges Vorbild und mit mancherlei methodischen Erkenntnissen ausgerüstet dient er dem Ziel, den lautsprachlichen Ausdruck der uns anvertrauten Schüler und Patienten zu mühelosem und freudvollem Tun zu führen und im und durch Sprechen langverschüttete Kräfte freizumachen.

Die vorjährige Essener Tagung des Ausschusses (14.—16. Okt. 1956) stand unter dem Thema: Das Gespräch. Welcher kreatürliche Notstand herrscht in unseren Sprachheilschulen, wenn wir bedenken, daß „die Welt — als Welt des Menschen — im Gespräch mit den Dingen entsteht, so daß dieses Gespräch als der eigentliche schöpferische Lebensprozeß anzusehen ist“ (Willi Kramp, Villigst, 16). Es gilt, die uns anvertrauten Menschen wieder in Lebenszusammenhänge zurückzuführen, die „Prozesse der Begegnung mit den Dingen als Lebensprozesse durchzuführen“ (Ders., 16).

Die sprechkundliche Grundlegung wird von Helmut Geißner, Saarbrücken (27—44), gegeben. Fritz Gerathewohls, München, sprecherzieherische Grundlegung konnte durch den kurz nach der Tagung eingetretenen Tod des bekannten Wissenschaftlers keine Drucklegung finden. Eine kurze Würdigung des Lebenswerkes gibt Christian Winkler (45—46).

Über die Besonderheiten des Fürsorgegesprächs referieren J. Konrad, Bonn (51—61), und Klaus Bersch, Hilden-Rhld. (67—75), des Gesprächs in Handel und Industrie Ilse Reichart, Hattungen-Ruhr (81—90) und Paul Tack, Bonn (93—96). Uns Pädagogen interessiert vor allem das Gespräch in der Schule, dem drei ausführliche Referate gewidmet sind.

Hans Schorer, Hannover (101—117), faßt es mit Kainz im gemeinsamen Denken als Werkgemeinschaft im Theoretischen und im gemeinsamen Handeln als Werkgemeinschaft im Praktischen (107). „Schule und Leben auf den rechten Platz zu rücken“ durch das Gespräch, ist die Forderung, die sich heute erhebt. Vom Lehrer ist damit nicht weniger verlangt, als „mehr und mehr beiseite zu treten“ und unauffällig „Beobachter, Förderer und Hüter“ der Gesprächsgemeinschaft zu werden (112). Für die spezielle Methodik der Sprachheilschule (die noch zu schaffen ist) erwächst aus dieser Forderung vielleicht die Überlegung, ob eine Verlegung des Schwergewichts auf das Unterrichtsgespräch nicht ein Klima herbeiführen hilft, das durch seine aufgelockerte und entspannte Art gerade dem situationsgehemmten Stotterer förderlich sein könnte. Daß die Sitzordnung dem entgegenzukommen hat, ist selbstverständlich. Der sicher auch beim Stotterer gestörte Sprechdenkvorgang als Grundlage des Gesprächs wird durch den Blick auf den Gesprächspartner und Gewinnung aller damit verbundenen sensorischen Rückwirkungen ungemein gesteigert (114). Ein Anhang mit 32 Titeln zu diesem Thema schließt den wesentlichen Beitrag Schorers ab.

Erika Essen, Marburg, spricht über den Oberstufenunterricht des Gymnasiums (121—124) und Heinz Kumet, Köln (125—139), legt die Gesprächsformen in der Schule dar, wobei von der Volksschule ausgegangen wird. Er unterscheidet das Unterrichtsgespräch, in dessen Mittelpunkt eine Sache, ein Versuch, ein Kunstwerk, ein Sprachwerk, ein Erlebnis, ein Gedanke steht und das in jeder Klassenstufe möglich ist, vom Lehrgespräch. Dieses hat seine Berechtigung, wenn um eine dem Schüler nicht leicht zugängliche Erkenntnis gerungen wird. Bestimmte wiederholbare Gesprächsbahnen können hier angewendet werden. Der Gruppenbericht und das Gespräch in der Schulgemeinde sind weitere spezielle Formen. Jede Routine ist schädlich, allein die echte Situation ist heilsam, und „wir müssen auch einmal in Kauf nehmen, mitleidig angesehen zu werden, wenn unser Klassengesprächsniveau nicht so hoch liegt, wie es leider vielfach immer noch erwartet wird“ (133). Zwei interessante Vorträge über das Gespräch in der Erwachsenenbildung von Magda Ferenbach, Göttingen (147—153), und Leo Fußhöller, Gelsenkirchen-Buer (157—164), vermitteln wichtige Anregungen auch für unsere Ambulanz.

Der Sprachheilpädagoge sollte diesen Tagungsbericht mit Gewinn studieren!

Orthmann