

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

Aus dem Inhalt

Dr. med. F. Gumpertz, Jerusalem

Moderne Betrachtungen zum Stotterproblem.

Franz Maschka, Wien

Das Problem des Stotterns im Rahmen der Reflexlehre.

G. Callies, Hamburg

Ein Fall von Hospitalismus als Ursache frühkindlicher Sprachstörungen.

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

Postverlagsort Berlin

6. Jahrgang

März 1961

Heft 1

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

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

1. Vorsitzender: J. Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35, Tel. 34109/3067

2. Vorsitzender: P. Lüking, Berlin-Neukölln, Delbrückstr. 8 b, Tel.: 62 71 60

Geschäftsführer: J. Wiechmann, Hamburg 6, Ratsmühlendamm 37, Tel. 59 75 39 (59 91 37)

Schriftführerin: H. Jürgensen, Hamburg-Altona, Bernstorffstr. 147, Tel. 42 10 71 (61 51 63)

Rechnungsführer: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35, Tel. 34109/3067, Post-scheckkonto: Hamburg 97 40

Mitgliederabteilung: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35

(Aufnahme und Austritt über die zuständige Landesgruppe durch den Bundesvorstand.)

Anschriftenänderung bitte sofort der Mitgliederabteilung und der Redaktion mitteilen!

Zum erweiterten Vorstand gehören die Vorsitzenden der Landesgruppen und ein Mitglied der Schriftleitung unserer Fachzeitschrift.

Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (Vorsitz: Prof. Dr. H. Gutzmann, Berlin, und Schatzmeister Prof. Dr. J. Berendes, Marburg, Univ.-Ohrenklinik) sind gegenseitig korporative Mitglieder und entsenden in den erweiterten Vorstand des anderen Verbandes jeweils ein eigenes Vorstandsmitglied (z. Z.: Prof. Dr. J. Berendes — J. Wulff).

Fachzeitschrift: „Die Sprachheilarbeit“

Schriftleitung: Arno Schulze, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87, Tel.: 60 78 87

Geschäftsstelle der Zeitschrift: Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestr. 47-51

Landesgruppen

Bayern:	Ludwig Hacker, München 2, Theresienstr. 43
Berlin:	Paul Lüking, Berlin-Neukölln, Delbrückstr. 8 b
Bremen:	Klaus Ortgies, Bremen, Marcusallee 38
Hamburg:	Heinrich Staps, Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Hans Döbler, Wiesbaden, Händelstr. 12
Niedersachsen:	Fritz Schöpker, Hannover, Voßstr. 34
Schleswig-Holstein:	Prof. Dr. Dr. Hermann Wegener, Kiel, Wilhelmshavener Str. 23
Rheinland:	Ernst Kremer, Köln-Raderberg, Am Husholz 2
Westfalen-Lippe:	Friedrich Wallrabenstein, Münster i. W., Landeshaus

Die Geschäfte führen im Auftrage des Bundesvorstandes bis zur Gründung der Landesgruppe:

Baden-Württemberg: Dr. Helmuth Schuhmann, Karlsruhe, Erzbergerstr. 22

Rheinland-Pfalz: Erich Zürneck, Neuwied, Gehörlosenschule

Inhaltsverzeichnis der Jahrgänge 1959 u. 1960

- Hubert Wolks, Aachen: Die sprachlichen und stimmlichen Störungen bei Krampfge lähmten (Spastikern) und ihre Behandlung.
Heft 1/1959, Seite 1/11 und Heft 2/1959, Seite 33/45
- Arno Schulze, Berlin: Die Sprachtherapeutische Spielserie.
Heft 1/1959, Seite 12/17
- Rudolf Ahrens, Schleswig: Vergleichende Untersuchungen zur Frage der Seitigkeit bei Kindern aus Volksschulen und Schulen für Sprachkranke.
Heft 1/1959, Seite 17/24
- Johannes Wulff, Hamburg: Zur Rehabilitation der operierten Gaumenspalten.
Heft 1/1959, Seite 24/25
- Dr. Siegfried Thume, Nürtingen: Bericht über einen Einführungskursus in die Päd-Audiologie.
Heft 1/1959, Seite 27/29
- Erwin Richter, Calau: Zur Verwendung des Films in der Therapie bei Stotterern.
Heft 2/1959, Seite 46/51 und Heft 3/1959, Seite 83/87
- Arno Schulze, Berlin: Das Kinderdorf St. Isidor bei Linz, OÖ.
Heft 2/1959, Seite 52/56
- Johannes Wulff, Hamburg: Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für die berufliche Rehabilitation von Gehör- und Sprachgeschädigten am 6. Mai 1959 in Bonn.
Heft 2/1959, Seite 60/62

- Dr. med. Otto Brankel, Hamburg: Fehlatmung bei Sprachstörungen, im besonderen bei Stottern.
Heft 3/1959, Seite 65/74
- Karl-Heinz Rölke, Berlin: Ein Beitrag zur logopädischen Betreuung zerebral gelähmter Kinder.
Heft 3/1959, Seite 75/83
- Lona Kirchner, Thallwitz: Die Mitarbeit der Mütter bei der Sprachheilbehandlung operierter Spaltträger im Vorschulalter.
Heft 3/1959, Seite 88/92 und Heft 4/1959, Seite 112/115
- Paul Lüking, Berlin: Dr. med. H. Zumsteeg 85 Jahre.
Heft 3/1959, Seite 92/93
- Dr. med. Henry Freund, Milwaukee (USA) und Martin Klemm, Berlin: Vergleichende Betrachtungen zur Pathologie der Phonasthenie und des Stotterns.
Heft 4/1959, Seite 97/106
- Hannes Aschenbrenner, Wien: Aus der Praxis der Rhotazismusbehandlung.
Heft 4/1959, Seite 107/111
- Martha Friedländer, Bremen: Die Betreuung hör- und sprachgeschädigter Kleinkinder und der Sonderkindergarten in Wien.
Heft 4/1959, Seite 115/119
- Bernhard Pietrowicz, Münster: Eine Untersuchung von Lotte Schenk-Danzinger an 64 Sprechverweigerern in der Schule.
Heft 4/1959, Seite 119/123
- Dr. med. Anton Schilling, Marburg/Lahn: Die Anamnese im Hinblick auf neue Erkenntnisse über die Bedeutung frühkindlich erworbener organischer Schädigungen bei der Entstehung von Sprachstörungen.
Heft 1/1960, Seite 129/146
- Arno Schulze, Berlin: Gedanken und Hinweise zu den Grundlagen und Methoden der fachpädagogischen Betreuung sprachgestörter Kinder.
Heft 1/1960, Seite 147/152; Heft 2/1960, Seite 193/198 und Heft 4/1960, Seite 249/262
- Konrad Leites, Hamburg: Die Hör-Sprechanlage in der Therapie Sprach- und Stimmkranker.
Heft 1/1960, Seite 153/159

- Hannah Jürgensen,
Hamburg: Bericht über den 11. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie in London vom 17.—22. 8. 1959.
Heft 1/1960, Seite 161/162
- Paul Lüking, Berlin: Prof. Dr. h. c. Franz Wethlo †
Heft 2/1960, Seite 169/171
- Erwin Richter, Calau und
Franz Maschka, Wien: Die verlängerte Verschlusphase im Mechanismus des Stotterersymptoms.
Heft 2/1960, Seite 171/186
- Anton Rumler,
St. Isidor/Linz: Die Allgemeine Landessonderschule II für sprachgestörte und schwerhörige Kinder im Kinderdorf St. Isidor, Oberösterreich.
Heft 2/1960, Seite 187/193
- Dr. med. Henry Freund,
Milwaukee (USA): Konferenzen der „American Speech Foundation“.
Heft 2/1960, Seite 198
- Prof. Dr. Otto von Essen,
Hamburg: Die Bedeutung des Phonetischen Laboratoriums für die Ausbildung der Sprachheilpädagogen.
Heft 3/1960, Seite 202/205
- Dr. Hans-Heinrich Wängler,
Hamburg: Zur Geschichte des Phonetischen Laboratoriums der Universität Hamburg.
Heft 3/1960, Seite 206/213
- Erika Leites, Hamburg: Die logopädischen Veröffentlichungen in der „VOX“.
Heft 3/1960, Seite 213/222
- Otto Kröhnert, Hamburg: Entwicklungshemmungen eines sechsjährigen Kindes mit endokrinen Störungen (Myxoedem) unter besonderer Berücksichtigung seiner Sprech- und Sprachausfälle und deren Therapie.
Heft 3/1960, Seite 222/226
- Gerd Mühlhausen,
Hamburg: Erziehungsberatung und Sprachführung beim stotternden Kleinkind.
Heft 3/1960, Seite 226/231
- H. J. Reckling, Hamburg: Hörstummheit als Folge total verzögerter Sprachentwicklung bei einem sechsjährigen Mädchen.
Heft 3/1960, Seite 231/235

- Dr. med. Marianne Nowka und Rudolf Schmidt,
Berlin: Betreuung hörgeschädigter Kleinkinder in
Berlin.
Heft 3/1960, Seite 235/239
- Gerhard Lebe, Berlin: Zur Früherziehung gehörloser Kinder in
Berlin.
Heft 3/1960, Seite 239/240
- Paul Lüking, Berlin: Zur Früherfassung sprachgestörter Kinder in
Berlin.
Heft 3/1960, Seite 241/242
- Dr. Gerhard Heese,
Hannover: Lautbildungsschwäche nach leichter Gehirn-
erschütterung.
Heft 3/1960, Seite 243/245
- Helmut Stolle, Hamburg: Sprachanbildung und Sprech-Hör-Schulung bei
einem schwerhörigen vorschulpflichtigen Kinde.
Heft 4/1960, Seite 263/266
- Lorang Hansen, Oslo: Bericht über die logopädische Fürsorge in Nor-
wegen.
Heft 4/1960, Seite 267/269
- Hildegard Schneider,
Hannover: Sprachheilpädagogische Sonderfragen.
Heft 4/1960, Seite 270/273
- Helmuth Steinke,
Hude i. Oldb. Zur Lautbildungsschwäche nach Schädelver-
letzungen.
Heft 4/1960, Seite 274/275

*Dazu zahlreiche Diskussionsbeiträge, Berichte aus der Organisation und
Bücher- und Zeitschriftenbesprechungen.*

Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

6. Jahrgang

1961

Heft 1

Dr. med. Friedrich Gumpertz, Jerusalem

MODERNE BETRACHTUNGSWEISEN ZUM STOTTERPROBLEM

(Aus dem Englischen übersetzt von Martin Klemm, Berlin)

Erst vor weniger als einem Jahrhundert begann das Stottern als ein neurologisches Problem betrachtet zu werden. Noch im Jahre 1841 resezierte der berühmte Chirurg Dieffenbach bei Stotterern einen großen Teil der Zunge auf Grund der veralteten Vorstellung, daß das Stottern mechanisch durch eine Hypertrophie der Zunge begründet sei. Nach den erfolglosen Versuchen der Chirurgie, die sogar Verblutungen bei einigen Patienten hervorrief, kamen der Anatom Merkel, — selbst ein Stotterer — und der Kliniker Kussmaul zu der ganz anderen Ansicht, daß Stottern ein Spasmus in den Sprechorganen sei, hervorgerufen durch eine angeborene, reizbare Schwäche des Koordinationszentrums für die Silbenbildung. Diese lokalistische Theorie war seit Generationen die herrschende; einer ihrer Hauptvertreter war Hermann Gutzmann sen. Er verzichtete auf einige Details aus Kussmauls Theorie und begann im besonderen die effektive Natur des Leidens und die neuropathische Disposition des Patienten zu betonen. Trotzdem forschte er unermüdlich nach Gehirn-Sectionsberichten verstorbener Stotterer, um eventuell in ihnen Veränderungen des von Kussmaul angenommenen Zentrums zu finden. Über die Lage des Silben-Koordinationszentrums äußerte Gutzmann keine endgültige Ansicht, weder in seinen Schriften, noch in den Unterhaltungen, die ich noch mit ihm zu führen das Glück hatte.

Klencke (17) und Denhart (3) waren die ersten, die der Meinung widersprachen, daß ein anatomischer Herd an dem Stottern schuld sei; der letztere meinte, daß das Stottern eine Psychose sei; das war ein viel zu extremer Standpunkt, der daher keine Anerkennung fand. Liebmann (19,20), ein früherer Mitarbeiter Gutzmanns, kam auf Grund seiner Erfahrungen zu einer Kritik der anatomischen Theorie des Stotterns. Als er Patienten zu behandeln hatte, bei denen das Stottern sich nach einer Behandlung mit Gutzmanns Sprechübungen wieder eingestellt hatte, legte er sich selbst die Frage vor: Wenn das Stottern wirklich durch einen anatomischen Herd bedingt ist, und der Patient sich die normale Sprache durch Sprechübungen erworben hatte, — wie kann es dann passieren, daß er wieder zu stottern beginnt? Kann man eingeübte und täglich ausgeübte Bewegungen vergessen? Für diese Patienten gab er Gutzmanns Sprechübungs-Schema auf: Vom Hauch zum Flüstern, zur Stimme, zum Nachsprechen und zu Satzübungen nach einem Lehrbuch. Statt dessen begann er, die Stotterer mit Ermunterung und Überredung in freier Unterhaltung zu behandeln, und — er hatte Erfolg! Er hatte auch Erfolg im Gebrauch dieser Ermunterungs- und Überredungs-Therapie bei Stotterern, die noch gar keine Behandlung durchgemacht hatten.

Die theoretische Grundlage für die Annahme, daß Stottern eine Neurose sei, wurde durch Fröschels (7,8) und Hoepfner (15) gelegt. Der erstere zeigte, daß Stottern — abgesehen vom Nachahmungs-Stottern — sich zeitlich in ganz bestimmten Stufen entwickelt: 1. Klonus, 2. Tonus, 3. Mitbewegungen, zusammen mit stereotypen Flick- und Füllwörtern (Embolo-phrasien). Hoepfner zeigte, daß die bloße Wiederholung von Silben und Wörtern, besonders bei jüngeren Kindern, noch kein wirkliches (wahres) Stottern ist. Aus solchem Wiederholen wird nur dann ein bewußtes Störungsempfinden erweckt, sei es durch neurotische Hypersensibilität des Patienten oder durch Versuche der Angehörigen durch Wiederholenlassen der gestotterten Worte und Sätze. Dieses Bewußtwerden ist der Faktor, der das Stottern Schritt für Schritt in der von Fröschels geschilderten Folge entwickelt. Die sogenannten Spasmen sind nicht etwa Folge von Reizung irgendeines zentralen Herdes, sondern sie beginnen als gewollte Anstrengungen zur Überwindung der Sprechschwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten indessen sind eingebildete, selbst das Produkt bestimmter Vorstellungen, und die große Kraft, mit der der Patient sie zu überwinden sucht, erregt nur neue, noch größere Schwierigkeiten. Viel schlimmer ist aber, daß sie den Gedankenablauf durch Ablenkung der Aufmerksamkeit auf den Mechanismus der „schweren“ Worte spalten und zur psychologischen Entwertung des Wortes führen. Es hört auf, Gedankensymbol zu sein und wird statt dessen Gegenstand mechanischer Erwägungen, die gar nichts mit dem Gesprächsthema zu tun haben.

Neuerdings hat Stein (30—32) gezeigt, daß der Beginn des Stotterns eines Individuums die Rückentwicklung von der bereits erreichten Sprechstufe darstellt zu einer primitiven Stufe, auf welcher die Wiederholung von

Silben noch normal ist. Er versuchte auch, auf psycho-analytischem Wege die Phasen des Stotterns mit verschiedenen emotionalen Reaktionen im Kindesleben zu identifizieren: Aggressivität, Furcht, Antiexhibitionismus. Diese Rückschau auf die verschiedenen Theorien in der Betrachtungsweise des Stotterns ist nicht nur von historischem Interesse. Des Arztes Stellung zu der Frage, ob Stottern eine funktionelle oder eine organische Störung ist, spielt eine wichtige Rolle bei der Wahl der Behandlungsmethoden. Wenn der Sprachdefekt als organisch betrachtet wird, so ist logischerweise die Rückführung zur Norm durch Übungen vorzunehmen, genau wie in anderen Fällen von Lähmungen; dieser Auffassung entsprachen die Methoden Gutzmanns und seiner Schüler. Wenn der Defekt aber ein rein funktioneller ist, wie nach den Anschauungen von Liebmann und Fröschels, dann müssen Übungen vermieden werden und psychologische Methoden an ihre Stelle treten. Sprechübungen heften des Stotterers Aufmerksamkeit an die „schwierigen“ Buchstaben oder Wörter und erzeugen neue Sprechschwierigkeiten, nicht weniger als des Stotterers eigene Versuche zur Selbstkorrektion. Europäische Autoren waren sich in hohem Maße der praktischen Konsequenzen betreffs der Behandlung bewußt, die aus diesen beiden verschiedenen Standpunkten folgen. So kam es bisweilen zu lebhaften Kontroversen zwischen den Vertretern der verschiedenen Schulen. Amerikanische Autoren, welche durch die Argumentation — „organisch“ oder „funktionell“ — weniger innerlich berührt waren, zeigten aber in der Praxis, daß die ätiologische Betrachtung auch für sie der entscheidende Faktor in der Wahl der Behandlungsmethoden der Sprachstörung war. Im Jahre 1947 veröffentlichte Hahn (14) sein „Compendium“, in welchem er die Stotter-Theorien und Stotter-Behandlungs-Methoden von 18 namhaften amerikanischen Stotter-Forschern zusammenstellte. Vier von ihnen verteidigten die anatomische Herdtheorie des Stotterns, und diese 4 sind es, die in einer oder der anderen Form eine Übungstherapie empfehlen. Die 14 anderen, die psychische Faktoren als den Grund zum Stottern voraussetzen, sind für eine psychagogische Behandlung, wengleich zwei von ihnen diese Behandlung mit Gutzmann'schen Sprechübungen kombinieren möchten. Diese Entscheidung der amerikanischen Autoren, eine Methode für die Behandlung des Stotterns anzunehmen, ist von doppeltem Gewicht, gerade weil ihre Stellung zum Problem der Ätiologie durchaus nicht immer konsequent ist. Als Beispiel hierfür möge Folgendes angeführt werden: a) van Riper (26,14), eine führende amerikanische Autorität, stützt in seinem eigenen Buch und in seinem Beitrag zu Hahns „Compendium“ stärkstens die rein psychologische Auffassung vom Stottern. Aber bei Erwähnung der Kussmaul-Gutzmann'schen These von der Schwäche des Koordinationszentrums (26) findet er, daß Grund dafür vorhanden sei, anzunehmen, daß in gewissen Fällen von Stottern eine solche Disposition bestehe. b) Wendell Johnson, der den größten Teil seines Lebens der Erforschung des Stotterproblems widmete, schrieb im Jahre 1955 (16): „Wir versuchen nicht etwa, eine rein psychologische Erklärung des Stotterns; was wir zu geben versuchen, ist eine systematische Erklärung der mit dem Stottern ver-

knüpften psychologischen Faktoren.“ Schließlich sei hier noch eine wichtige Meinungsäußerung aus dem Jahre 1958 erwähnt: De Ajuriaguerra und seine Mitarbeiter (1) kommen in einem kritischen Überblick über die modernen Theorien des Stotterns zu folgendem Schluß: „Stottern ist eine Sprachstörung, die in der Kindheit des Individuums wurzelt und sich sekundär in typischen Manifestationen entwickelt. Es stellt eine Störung in der Verwirklichung des Gedankens in seinem sprachlichen Ausdruck dar. Verständlich ist es nur, wenn wir es im Rahmen der pathologischen Entartung der Beziehungen zwischen Sprecher und Zuhörer betrachten.“ So sieht auch diese Gruppe von Autoren das Stottern als eine Neurose an.

Trotzdem hat die psychologische Betrachtungsweise des Stotterns nicht unbedingte Annahme gefunden. Es ist zum Beispiel bekannt, daß viele Stotterer an einer Unausgeglichenheit des vegetativen Nervensystems leiden, die sich u. a. in Neigung zum Schwitzen, Migräne und ähnlichem äußert. In diesen Erscheinungen kann man wohl Zeichen einer organischen Störung sehen. So kam es, daß zwei Schüler von Fröschels, D. Weiss (34,35) und Henry Freund (5,6) annahmen, daß die meisten Stotterfälle mit Poltern beginnen, und daß sie ferner Anzeichen dafür gefunden zu haben glaubten, daß das Problem selbst eine organische Störung sei (34,35)*) Diese Annahme von Weiss und Freund wurde von Fröschels selbst nicht akzeptiert (10). Doch bildete gerade sie die Basis für die Arbeiten von Luchsinger und Landolt/Zürich, die elektro-encephalographische Untersuchungen an 100 Fällen von Poltern, Poltern-Stottern und „einfachem“ Stottern durchführten (21—23). Sie fanden abnorme EEGs in 65 % ihrer Fälle. In der Gruppe der Polterer-Stotterer betrug dieser Anteil 96 %. In ihren frühesten Publikationen äußerten Luchsinger und Landolt die Meinung, daß diese EEGs einige Ähnlichkeiten mit den bei Epileptikern gefundenen zeigten; später revidierten sie diese ihre Meinung. Sie fuhrten aber fort, das Poltern und Stottern-Poltern als ein „idiopathisches, organisches Psychosyndrom“ zu beschreiben, das auf einem organischen Prozeß im Gehirn beruhe. Es muß indessen betont werden, daß diese Autoren 90 % der EEGs von „einfachen“ Stotterern als normal befanden; für diese Gruppe halten sie also die Theorie einer anatomischen Läsion nicht aufrecht. Den Experimenten von Luchsinger und Landolt folgend, nahm der Autor dieses Aufsatzes, zusammen mit M. Streifler, 70 EEGs in analogen Fällen von Stottern und Poltern auf. Hierunter befanden sich 6 Epileptiker, welche zufällig auch stotterten.

Patholog. EEG	Leicht patholog. EEG	Normales EEG	in summa
5	12	31	48 Stotterer**)
0	2	5	7 Polt.-Stott.
2	2	5	9 Polterer
7	16	41	64 Total**)

*) Weiss 1936: „Eine auf der sensorischen Seite organisch lokalisierbare Störung.“

**) ohne die stotternden Epileptiker.

Unsere Ergebnisse stimmten nicht mit denen von Luchsinger und Landolt überein. Besondere EEG-Zacken, wie sie bei Epileptikern üblich sind, sogenannte „spikes“, wurden nur bei den 6 Epileptikern, ferner bei einem stotternden Mädchen, dessen Mutter Epileptikerin ist, und in 3 anderen Fällen gefunden. Abnorme EEG-Kurven erhielten wir in 36 % der nicht-epileptischen Fälle. Diese abnormen Befunde waren aber diffus und zeigten keine spezifischen Merkmale, auch keine Unterschiede zwischen Stotterern, Polterern und Polterer-Stotterern. Der Prozentsatz der pathologischen EEG-Aufzeichnungen und die Art ihrer Abnormalität entspricht völlig dem Bilde, das wir von Psychoneurotikern, Psychopathen und „psychosomatischen“ Personen kennen, nämlich 40 %.

Bei meinen Besuchen bei den Neurologen Evans in London und Grewel in Amsterdam im Jahre 1955 —, beide haben ihre durchgeführten EEG-Ergebnisse an 300 Stotterern noch nicht veröffentlicht —, konnte ich feststellen, daß ihre Beobachtungen und Schlüsse unseren eigenen ähnlich waren. Genau so lauteten die Befunde von de Ajuriaguerra/Paris aus dem Jahre 1958 über 700 nicht veröffentlichte Stotterer-EEGs. Das alles führte zu der Annahme, daß das Stottern eine Form von obsessiver (Besessenheits)-Neurose ist. Die psychosomatische Auffassung vom Stottern, wie sie Stein (32) z. B. lehrt, setzt keineswegs einen wirklichen Herd im Gehirn voraus und widerspricht somit durchaus nicht der Neurose-Definition des Stotterns.

Was die Behandlung anbetrifft, so muß dem Patienten schon im Beginn der Behandlung klar gemacht werden, daß die Schwierigkeiten, die er beim Sprechen hat, von ihm selbst geschaffen sind. Es ist übrigens nichts Überraschendes, daß erfahrungsgemäß die psycho-analytischen Behandlungsmethoden beim Stottern nur spärliche Ergebnisse haben; denn bei ihnen wird dem Patienten täglich klar gemacht, in was für einer komplizierten seelischen Verfassung er sich befindet. Des Arztes Bestreben sollte es aber gerade sein, dem Stotterer die Überzeugung zu geben, daß der Weg, der aus seinem Leiden herausführt, nicht zu schwierig und nicht zu lang ist. Das grundlegende Prinzip von Liebmann (20) gilt noch immer: „Konzentriere nicht die Aufmerksamkeit des Stotterers auf die mechanischen Aspekte des Sprechens. Ermutige ihn durch anfängliche Forderungen an sein Sprechen, von denen du weißt, daß er sie leicht erfüllen kann.“

Eins der hauptsächlichsten Erfordernisse der Anfangsbehandlung ist, den Patienten zu lehren, daß er sich des Stotterns nicht zu schämen braucht. Auch Stein (30), welcher das Bestreben hat, den Patienten zu der Wegkreuzung in der Sprachentwicklung zurückzubringen, an der er die falsche Richtung eingeschlagen hat, betont besonders, daß der Arzt, wenn er den Patienten zum Beispiel auffordert, in der Art kindlichen Plapperns mit Silbenwiederholungen mit ihm zu sprechen, oft eine Scheu bei ihm bemerkt, die durch Ermutigung überwunden werden muß.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß „Auflockerung“ (Relaxation) eine große Bereicherung der Stotter-Therapie darstellt. Ich habe an Londoner Sprachheilschulen ausgezeichnete Resultate durch die Anwendung der Auflockerungs-Methoden von Boome und Richardson (1a,2) gesehen, kombiniert mit der üblichen Stotterbehandlung. Eine Methode, die eine gute Auflockerung zuwege bringt, ist das „Autogene Training“ von I. H. Schultz (27), weil es gleichzeitig körperliche und seelische Auflockerung durch die Autosuggestion schafft. Schultz' Schülerin, Frau Dr. Fernau-Horn, hat sein System, das ja ein allgemein psychotherapeutisches ist, besonders für die Behandlung von Stotterern ausgebildet.

Nachdem ich im Jahre 1955 die Anwendung dieser beiden Systeme bei Bernoulli und Linsing in Basel und später bei Frau Dr. Fernau-Horn selbst, in Stuttgart, gesehen habe, machte ich auch davon Gebrauch. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß sie die sonst nötige Zeit der Behandlung wesentlich verkürzen. Es scheint mir auch, daß auch das „Atem-Kauen“, (the Chewing Method), hauptsächlich durch die Auflockerung wirkt, obwohl Fröschels selbst es als eine Rückkehr zu einer primitiven Stufe des Sprechens betrachtet, in der der primitive Mensch oder der Säugling Lustlaute produziert, während er seine Nahrung kaut und mit ihr auf der Zunge spielt. Obgleich die Kaumethode ausgezeichnete Ergebnisse bei Stimmstörungen zeitigt, stößt sie bei den Stotterern bei uns in Israel auf gewissen kritischen Widerstand, so daß der Arzt sie in einem Teil der Fälle aufgeben muß. Vor kurzem (1958) habe ich begonnen, die modernen beruhigenden Medikamente als eine Unterstützung der Psychotherapie bei Stottern anzuwenden. Ich habe aber noch keine ausreichende Erfahrungen mit ihnen, um mir eine endgültige Meinung bilden zu können. Es ist indessen klar, daß diese sogenannten Tranquilisatoren ohne Psychotherapie unwirksam sind. Die gleiche Ansicht wurde von Maxwell und Paterson (23a), neuerdings auch von Schönhärl (26a) O. Branckel (23b) geäußert. De Ajuriaguerra betont sogar, daß die Tranquilisatoren-Therapie einzustellen ist, wenn die „Auflockerung“ beim Patienten erreicht ist. (Persönliche Mitteilung 1959.) Vor allem aber brauchen die Stotterer eine Führung! Diese Regel gilt auch für die Methoden der Autosuggestion (z. B. autogenes Training). Die Sceno-Test-Methode von v. Staabs (28) bildet in gewissem Maße eine Ausnahme von dieser Regel. Bei dieser Methode spielt das stotternde Kind für sich allein mit Puppen und anderem Spielzeug, die Menschen und Gegenstände aus seinem täglichen Leben symbolisieren. Des Arztes Aufgabe ist es, dieses Spielen tiefenpsychologisch zu deuten und dem Kinde einen Weg aus seinen bedrückenden Komplexen hinaus zu zeigen.

Eine Tatsache bleibt zu Recht bestehen: Die Persönlichkeit des behandelnden Therapeuten ist einer der Hauptfaktoren für einen Erfolg, welche Methode auch immer bevorzugt werden mag.

Literaturverzeichnis:

1. de Ajuriaguerra, J., Diatkine, H., Narlian, S., Stambak, M.: Le Bégaiement, Trouble de la réalisation du langage, Press méd. 42:953 — 46:1037, 1956.
- 1a. Boome a. Richardson: The Nature and Treatm. of Stammering, Methuen, London 1931.
2. Idem: Relaxat in Everyday Life, Ibidem. 1938.
3. Denhart, E.: Das Stottern, eine Psychose, Leipzig, 1891.
4. Fernau-Horn, H.: Med. Mschr. 1952, 6:323.
5. Freund, H.: Mschr. f. Ohrenh. 1934, p. 6.
6. Idem: Fol. Phon. 1952, 4:146.
7. Fröschels, E.: Logopädie, Wien, 1925.
8. Idem: Zschr. f. Psychoanalyse, 1913.
9. Idem: Fol. Phon. 1951, 3:1.
10. Idem: Acta Otolar. 1955, 45:115.
11. Gutzmann, H.: Sprachheilkunde, 1910, 1924.
12. Idem: Gewöhnung u. Gewohnheit. Fortschr. d. Psychol. II. 1923.
13. Idem: Psychol. d. Sprache in Kofka: Hdb. d. vergl. Psychol. II. 1923.
14. Hahn, Eugene, F.: Stuttering . . . Stamford, Calif. 1943.
15. Hoepfner, Th.: Zschr. f. ges. Neur. Psych. 1922, p. 79.
16. Johnson, Wendell: Stuttering in Children . . . Minneapolis, 1955, p. 26.
17. Klencke, H.: Heilung d. Stotterns. Leipzig, 1862.
18. Kussmaul, A.: Störungen d. Sprache. Leipzig, 1877.
19. Liebmann, A.: Das Stottern. 1898 u. 1924.
20. Idem: Psych. Behandl. v. Sprachstör. 1914.
21. Luchsinger R. u. Landolt, A.: Fol. Phon. 1951, 3:135.
22. Idem: Deutsch. Med. Woch. 1954, 79:1012.
23. Idem: u. Landolt: Fol. Phon. 1955, 7:12.
- 23a. Maxwell, R. H. a. Paterson, J. W.: Meprobamate in Treatm. Stuttering. Brit. Med. Journ. 1958, April 12, p. 873.
- 23b. Brankel, O.: Bericht d. 3. Arbeitstagung f. Sprachheilpädagog. in Deutschld. Berlin 1958, p. 15.
24. Merkel, C. L.: Anthropophonik. Leipzig, 1863.
25. Idem: Physiol. d. menschl. Sprache. Leipzig, 1863.
26. van Riper, E.: Speech Correction . . . N. Y. 1955, p. 270
- 26a. Schönhärl, E.: Pharmakotherapeutische Erfahrungen bei Sprach- und Stimmstörungen. Medicine experimentalis 2,179—183 (1960) Karger, Basel-New York.
27. Schulz, I. H.: Das Autogene Training. Stuttgart, 1953.
28. von Staabs, G.: Stotterheilung . . . „Psyche“ 1952, Nr. 11.
29. Idem: Fol. Phon. 1955, 6:51.
30. Stein, L.: Sprach- und Stimmstörungen, Wien, 1937.
31. Idem: Speech a. Voice. London, Methuen, 1942.
32. Idem: Fol. Phon 1593, 1:1.
33. Streifler, M. a. Gumpertz, F.: Confin. Neurol. 1956, 15:344.
34. Weiss, D.: Mschr. f. Ohrenh. 1936, 80:341.
35. Idem: Fol. Phon. 1950, 2:252.
36. Weiss, D. a. Beebe, H. H.: Chewing Approach in Speechtherapy. Basel-N. Y. 1950.

Anschrift des Verfasser: Dr. med. Friedrich Gumpertz, Jerusalem, Gan Rehavia 6, Israel.

EIN FALL VON HOSPITALISMUS ALS URSACHE
FRÜHKINDLICHER SPRACHSTÖRUNGEN.

Detlef J., ein fünfjähriger Junge, wurde zu Ostern 1955 in unseren Schulkindergarten aufgenommen, weil eine Verständigung wegen seines schweren Sprachfehlers nicht möglich war, und aus diesem Grunde auch keine Gemeinschaft mit gleichaltrigen Kindern zustandekam. Geschwister, mit denen er eine Spiel- und Hausgemeinschaft hätte bilden können, waren nicht vorhanden.

Bei der Überprüfung des Lautbestandes anhand der Lauttreppe von H. Möhring ergab sich folgender *Befund*:

Von 53 Lauten bzw. Lautverbindungen brachte D. J. nur die drei Laute M, B und F sowohl im Anlaut als auch im In- und Auslaut. Die beiden Laute L und K sprach er im Anlaut und Inlaut richtig. Die Laute D und W wurden von ihm nur im Anlaut richtig gebracht.

Zudem sprach der Patient nur in einzelnen Wörtern. Gelegentlich reihte er die Hauptbestandteile des Satzes ohne grammatische Gliederung, Deklination oder Konjugation einfach aneinander.

Die körperliche Untersuchung ließ keine organischen Ursachen für eine gegebene Sprachstörung erkennen. Defekte an Lippen, Kiefer oder Gaumen waren nicht festzustellen. Ebenso waren keine Zahnanomalien oder irgendwelche Zungendefekte vorhanden. Die Nase und der Rachen zeigten ebenfalls keine Abnormitäten. Das Gehör und die Sehschärfe waren normal.

Um ganz sicher zu gehen, ließ ich den Jungen vom Schularzt nochmals untersuchen. Auch diese Untersuchung brachte keine Anhaltspunkte für die Sprachstörung. Der Gesundheitsbericht schloß mit dem zusammenfassenden Ergebnis: „Der körperliche Gesamtzustand entspricht etwa dem eines normal schulreifen Kindes.“

Bei der Überprüfung der Feinmotorik stellte ich größere Mängel fest. Die Unterkiefer-, Zahn- und Zungenübungen (Übungen nach Calm) wurden verkrampt und weniger fließend ausgeführt. Jedoch ließ sich aus dieser Ungeschicklichkeit nicht ein solch schwerer Sprachfehler begründen.

Eine einwandfreie Intelligenzprüfung konnte zunächst nicht vorgenommen werden, da der Junge auf keinen Test sicher ansprach. Da die Anamnese jedoch dafür sprach, daß vorwiegend schädigende Milieueinflüsse für die Sprachstörung verantwortlich zu machen waren, wurde der Verdacht auf Schwachsinn, für den sich keine gravierenden Hinweise ergaben, zunächst zurückgestellt. Erst nach der Sprachbehandlung wurde eine Intelligenzprüfung mit dem „Binetarium“ nach Binet-Bobertag (durch Hinzufügung neuer Tests erweitert und 1955 neu herausgegeben von Dr. J. Norden) vorgenommen. Sie ergab den I. Q. = 0,89, berechnet nach W. Stern.

Die *Diagnose* konnte daher zunächst nur lauten: *Universelles Stammeln und Agrammatismus*.

Die *Anamnese* gestaltete sich schwierig. Die Stiefmutter, die übrigens in aufopfernder Weise sich des Jungen annahm, konnte einige Hinweise geben. Durch Befragen des Vaters und der Nachbarschaft ergab sich allmählich ein klares Bild. Die Geburt soll völlig normal verlaufen sein. Ob eine Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft vorgelegen hat, war nicht mehr festzustellen. Eines aber war sicher: Die leibliche Mutter hatte sich kaum um ihr Kind gekümmert. Mittags bekam der Junge oft die erste Nahrung. Der Vater sah sich deshalb gezwungen, das Kind nach den ersten 10 Wochen seines Lebens zu seiner Großmutter zu bringen. Dort blieb es eineinhalb Jahre. Doch auch hier wurde der Junge sehr vernachlässigt. Die Großmutter war schon alt und dazu meistens bettlägerig. Es gab Tage, an denen Detlef weder gereinigt und aufgenommen wurde, noch seine erforderliche Nahrung erhielt. Erst als er von seiner jetzigen Mutter betreut wurde — der Vater ließ sich von der ersten Frau scheiden — änderten sich die Verhältnisse. Das Kind war jedoch rachitisch geworden. In den folgenden Monaten bekam es deshalb Höhensonne, Vitamintabletten und Lebertran. Im Alter von einem Jahr glich der Junge einem 4 bis 6 Monate alten Kleinkinde. Stets zeigte er große Unruhe, lag meistens bis Mitternacht wach und schrie fast unaufhörlich. Nach etwa vierstündigem Schlaf begann die Unruhe von neuem.

Seine ersten Lalllaute brachte D. erst mit zwei Jahren hervor, so z. B. eia, eia und robber, robber. Der Daumen war dabei stets im Munde. Einfache Wörter wie ma-ma und pa-pa äußerte er erst mit dreieinhalb Jahren. Diese beiden Lautbildungen erfolgten zur gleichen Zeit und zwar nach einer kurzen Trennung von den Eltern. Das Wohnhaus brannte ab, und das Kind mußte vorübergehend zur Großmutter. Als es dann die Eltern nach der Trennung wiedersah, sprach es spontan ma-ma und pa-pa. Vor diesem Erlebnis hatte der Junge eigentlich überhaupt nicht auf irgendwelche Dinge richtig reagiert. Hier zeigte sich deutlich, daß „der Affekt der Vater der Sprache ist“.

Nach der Anamnese konnte die *Diagnose* ergänzt werden und lautete nunmehr: *Universelles Stammeln und Agrammatismus auf Grund von Hospitalismus*.

Der Begriff des „**Hospitalismus**“ fußt auf Erkenntnissen verhältnismäßig neueren Datums. Nachforschungen über das Verhalten von Säuglingen und Kindern haben ergeben, daß die ersten Monate und Jahre im Leben eines Kindes von allergrößter Bedeutung sind. Es kann bereits in dieser frühesten Kindheit auf den Weg des Normalen oder des Abnormen gelenkt werden. Besonders entscheidend für das Werden des Kindes sind die frühen Familien- und Eltern-Kind-Beziehungen. Der Kontakt der Mutter mit dem Säugling ist entscheidend für die Entwicklung des werdenden Menschen. „Der erste Kontakt des Kindes mit der Mutter ist ein so enger, daß man besser sogar von einer Wesenseinheit als von Kontakt spricht.“¹⁾ Künkel hat dafür den Begriff des „Ur-Wir“ geprägt. Portmann bezeichnet das erste Lebensjahr als eine Art „zeitlich verlängerten Mutterschoß“.

1) Bühler, Ch.: „Soziologische und psychologische Studien über das erste Lebensjahr.“

Am Ende des ersten Lebensjahres erfolgt nach der ersten „biologischen Abnabelung“ bei der Geburt die zweite, eigentliche „menschliche Abnabelung“ am Ende des 1. Lebensjahres, wenn nach dem Laufenlernen das Kind die Hand der Mutter losläßt.

Fast alle wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema der frühen Mutter-Kind-Beziehung in den letzten Jahrzehnten zeigen auf, daß bei einer frühen Mutter-Kind-Trennung erhöhte Säuglingssterblichkeit, erhöhte Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten und eine verzögerte körperliche und seelische Entwicklung festzustellen war. Gerade bei Säuglingen, die längere Zeit in Krankenhäusern und Hospitälern verbringen mußten und nur der Obhut der Säuglingsschwestern anvertraut waren, stellte man solche Schädigungen fest. Man prägte in diesem Zusammenhang das Wort „Hospitalismus“ und meinte damit jene Schädigung in körperlicher und seelischer Hinsicht, die beim Säugling durch die Besonderheit der Krankenhaussituation auftraten. Der ehemalige Wiener Pädiater F. Hamburger erwähnt zum Thema Hospitalismus die mittelalterliche Chronik des Salabine von Parma, in dem der bekannte Versuch des Hohenstaufen Friedrich II. geschildert wird. Dessen Absicht, die „Ursprache“ zu entdecken, wurde bekanntlich vereitelt, weil sämtliche Säuglinge an seelischer Kontaktlosigkeit starben.

J. Bowlby hat 1951 im Auftrage der „Welt-Gesundheits-Organisation“ die Bedeutung der frühen „Mutter-Kind-Beziehung“ in einer Monographie zusammengestellt. Er stützt sich auf wissenschaftliche Arbeiten aus sechs Ländern (England, Frankreich, die Niederlande, Schweiz, Schweden und die U.S.A.); daraus kristallisieren sich folgende Hauptgesichtspunkte von Folgeerscheinungen bei Mutter-Kind-Trennung:

1. „Erhöhte Krankheitsanfälligkeit und Verzögerung der körperlichen Entwicklung.
2. Verlangsamung der psychischen Entwicklung, dabei ist am meisten die Sprachentwicklung betroffen.
3. Emotionale Störungen von einfachen vermehrten Unlustäußerungen bis zu depressiven Reaktionen.“

Der Wiener Psychiater Prof. Dr. René A. Spitz hat „das Erleben des Kleinstkindes“ ebenfalls erforscht. Er stellt fest: Wenn Säuglinge 3 Monate ohne „affektive Zufuhr“ bleiben, steht die Entwicklung still. Werden die affektiven Zufuhren noch länger unterlassen, stellen sich seelische Schäden ein. Wenn ein Entwicklungsstadium gestört wird, können sich auch die darauf aufbauenden Stufen nicht mehr normal ausbilden.

Da solche Zufuhren bei meinem Patienten Jahre hindurch kaum erfolgten, mußten schwere Entwicklungsstörungen auftreten. Diese Störungen zeigten eindeutig die Symptome des erwähnten Hospitalismus. Alle Hauptgesichtspunkte, die J. BOWLBY als grundsätzliche Merkmale für die Mutter-Kind-Beziehung aufstellte, lagen bei meinem Patienten vor. So machte sich bei Detlef (im Sinne von Punkt 1 nach J. BOWLBY) eine erhebliche Verzögerung der körperlichen Entwicklung bemerkbar. Diese blieb im ersten Lebensjahr um 5 bis 6 Monate zurück. Noch heute sind nach meiner Meinung die rachitischen Symptome der Säuglingszeit deutlich zu sehen. Auf die verzögerte Sprachentwicklung (im Sinne von Punkt 2 nach J. BOWLBY) brauche ich nicht näher einzugehen. Nur möchte ich nochmals Bowlbys eigene Worte zitieren, die so sehr auf meinen Patienten abgestimmt zu sein scheinen: Die „Verlangsamung der psychischen Entwicklung“ zeigt auffallend, daß „dabei am meisten die Sprachentwicklung betroffen ist.“ Auch die „emotionalen Störungen von einfachen vermehrten Unlustäußerungen bis zu depressiven Reaktionen“ (Punkt 3 von J. BOWLBY) zeigten sich bei meinem Patienten. Jene vermehrten Unlustäußerungen fanden ihren Ausdruck in dem ständigen Schreien während des ersten Lebensjahres.

So kam es bei dem Jungen zu keiner chronologischen Sprachentwicklung. Detlef hat nach meiner Meinung nicht alle Entwicklungsphasen auf dem

Gebiete des Sprechens durchlaufen, oder er hat sie nur kurz berührt. Er war einfach nicht in der Lage, im Sinne einer chronologischen Sprachentwicklung alles geordnet und erschöpfend aufzunehmen, zumal er erst mit dreieinhalb Jahren die erste bewußte Lautbildung vornahm. Die Folge davon war ein hochgradiges Stammeln.

In der *Therapie* mußte ich versuchen, den kleinen Patienten alle Phasen der eigentlichen Sprachentwicklung nochmals durchlaufen zu lassen. Selbstverständlich kommen für einen fünfjährigen Jungen andere Reize und Motive in Frage als für das Kleinkind. Die Sprachbehandlung im einzelnen hier aufzuzeigen, würde zu weit führen. Nach einjähriger Sprachtherapie im angedeuteten Sinne war die schwere Sprachstörung fast behoben. Der Verlauf der Behandlung gab mir am Ende recht, daß diese Sprachstörung infolge einer gestörten „Mutter-Kind-Beziehung“ im Sinne eines „Hospitalismus“ entstanden war.

Der Junge besucht z.Z. noch die Klasse 3 unserer Schule. Die *Prognose* ist ist jedoch so günstig, daß mit der Umschulung in eine Normalklasse der Volksschule zu Ostern 1962 zu rechnen ist.

Anschrift des Verfassers: G. Callies, Buchholz (Kr. Harburg), Am Radeland 19.

An der Sprachheilschule Berlin-Neukölln sind zum 1. 4. 61 Planstellen für

Sprachheillehrer

zu besetzen.

Lehrer mit der 2. Lehrerprüfung, die Interesse an der Betreuung sprachkranker Kinder haben, werden gebeten, ihre Bewerbung umgehend an das Schulamt Neukölln, Schul I/1, einzureichen.

Die Sprachheilschule ist eine 9klassige Schule und arbeitet nach den Bildungsplänen der Grundschule und OPZ.

Die Lehrer haben die Möglichkeit, während ihrer Arbeit an der Sprachheilschule an einem 4semestrigen außerordentlichen Studium an der PH teilzunehmen, das zur Ablegung der Sprachheillehrerprüfung berechtigt.

Während der Ausbildung wird eine Stundenermäßigung von 6 Stunden gewährt.

Nach abgelegter Prüfung Besoldungsgruppe A 11.

DAS PROBLEM DES STOTTERNS
IM RAHMEN DER REFLEXLEHRE

Das Problem des Stotterns ist hinsichtlich der Pathogenese und der Therapie das faustische Problem der Logopädie. Das Studium dieses Leidens hat mannigfaltige Theorien und Behandlungsmöglichkeiten ans Licht gebracht, aber gerade die bedeutendsten Forscher und Gelehrten betonen in größter Bescheidenheit, daß das Stotterleiden noch lange nicht genügend erkannt ist und daß vor allem die Behandlungsergebnisse bei den Schwerstotterern in keiner Weise befriedigen können.

Wir Sprachheillehrer wissen aus der praktischen Arbeit ebenfalls nur zu gut, daß wir trotz komplexer Behandlungsmethoden dem Stottern in fortgeschrittenen Stadien nur sehr schwer beikommen können.

W. HENNIG hat vor kurzem in einer in die Tiefe gehenden, eindrucksvollen Arbeit dargelegt, daß wir noch keine gezielte Therapie besitzen können, weil eine vollständige Klärung der Pathogenese des Stotterns bis heute nicht vorliegt. Seine Remscheider Untersuchungen, die, soweit wir es übersehen können, mit exakter Genauigkeit durchgeführt wurden, haben aber neue Einsichten gebracht und Zusammenhänge aufgedeckt, die den Sprachheilpädagogen aufhorchen lassen. So vor allem die Beziehungen zwischen Allergie und Stottern einerseits und zwischen Erregbarkeit und Stottern andererseits, wobei vor allem die entsprechenden Projektionen in der Aszendenz bedeutungsvoll sind. (1)

Auch die Relation zwischen Periodizität des Stotterns und den Entwicklungsperioden des Kindes unterzieht Hennig einer eingehenden Prüfung. Man muß dem Autor bezeugen, daß er seine Sonde ohne Zimperlichkeit führt. Das Ergebnis der Untersuchung ist dafür eindeutig, und es beweist, daß bis heute alle Bemühungen, das Dunkel über Ursache und Heilungsweg des Stotterns aufzuhellen, nur zu Teilerfolgen führen konnten.

Es ist als ob wir immer nur durch einzelne Fenster Einblick in getrennte Räume bekämen, der Eintritt ins Innere aber uns verwehrt wäre. Auch die Ergebnisse der Untersuchung Hennigs können wir nur als weitere solcher Fenster werten. Allerdings wird unser Teilwissen durch diese Sicht um wertvolle Erkenntnisse bereichert. Vielleicht liegt es in der Natur dieses Leidens, daß uns eine universelle Schau, eine restlose Klarheit, immer versagt sein wird. Um so mehr müssen wir jeder einzelnen Spur nachgehen, um einerseits aus der Vielfalt der Erkenntnisse durch ihre Summation ein annäherungsweise richtiges Bild der Pathogenese zu gewinnen — und um andererseits durch die vom individuellen Fall gebotene Selektion oder Kombination der Behandlungsweisen ein möglichst günstiges Heilungsergebnis zu erreichen. Dieses ewige Suchen-Müssen nach den Ursachen und nach den besten Behandlungsmöglichkeiten hat es wohl mit sich gebracht, daß

die zwei wissenschaftlichen Hauptrichtungen, die hier Pfadfinderdienste leisten können — die Physiologie und die Psychologie — abwechselnd im Vordergrund standen. Wir sind heute der Meinung, daß durchaus kein Gegensatz in der gleichzeitigen Verwendung beider Disziplinen besteht, sondern daß sie einander in vieler Hinsicht befruchten können.

Besonders die Reflexologie — eine noch verhältnismäßig junge Richtung innerhalb der Physiologie — vermag uns wertvolle Aufschlüsse zu geben über das Verhalten von Tier und Mensch unter bestimmten Reizeinwirkungen und über die dieses Verhalten bestimmenden Hirnrindentätigkeit. An Stelle der gebräuchlichen subjektiven Verhaltensdeutung, wie sie die Psychologie übt, tritt die objektive, naturwissenschaftliche Untersuchung. (2)

Es ist nicht verwunderlich, daß die Gedankengänge der Reflexlehre eines Tages auch zur Klärung des Stotterleidens herangezogen wurden. Soweit wir es von unserem Standort aus beurteilen können, scheint der russische Forscher M. PAIKIN der erste gewesen zu sein, der das Stottern als eine Folge dieses Reflexmechanismus aufgefaßt hat. Bei ihm findet sich folgende Stelle: „In der Frage der Erbllichkeit (des Stotterns — v. Verf. eingesetzt) muß man sich an den Standpunkt halten, den BECHTEREW in bezug auf gekoppelte (assoziative) Reflexe einnahm; an die Nachkommenschaft wird nämlich die Neigung übergeben, einen pathologischen Reflex rascher auszubilden, falls entsprechende Reize in dem Milieu wieder auftreten. In diesem Falle ist die Zugehörigkeit der stotternden Kinder zu einer neuropathischen Konstitution keineswegs entscheidend, sondern sie wirkt bloß als ein fördernder Faktor, wenn die Umgebung das Verhalten des Kindes in negativer Weise beeinflußt. . . . Auf Grund des oben Gesagten stellen wir fest, daß die Heredität, die Konstitution des Kindes, eine von ihnen überstandene Krankheit, psychische und körperliche Traumen nicht die wesentlichsten ursächlichen Faktoren in der Entwicklung des Stottern darstellen, sondern bloß als vorbereitende oder provozierende Momente wirken, und daß der Mechanismus und das Wesen des Stotterns als ein pathologischer gekoppelter (assoziativer) Reflex aufzufassen ist, der durch die Umgebung auf dem Boden angeborener Reflexe resp. ‚früher Sprechautomatismen‘ herangezüchtet wird.“ (3)

Vor einigen Jahren hat RUDOLF LEBEN, Direktor der Sprachheilschule in Potsdam, versucht, Pathogenese und Therapie des Stotterns auf der Grundlage der Reflexlehre Pawlows in ein geschlossenes System zu bringen. Der Verfasser meinte, damit alle anderen Theorien überflüssig gemacht zu haben. (4)

Nach LEBEN ist Stottern eine pathologische bedingte Hemmung, oder synonym ausgedrückt, ein negativer bedingter Reflex.

Zum Verständnis dieser Darstellung des Stotterns als einer ganz bestimmten Form des neuropsychischen Geschehens ist es unbedingt notwendig, vorher die Grundgedanken der Reflexologie darzustellen. Die notwendigen

Hinweise können im Hinblick auf die umfangreiche Materie im Rahmen vorliegender Arbeit nur skizzenhaft sein. Andererseits wird es nicht zu umgehen sein, im Interesse einer zusammenhängenden Darstellung auch schon Bekanntes mit hineinzunehmen.

Der Schöpfer der Reflexlehre ist der russische Physiologe IWAN PETROWITSCH PAWLOW. Die ersten Anregungen erhielt er durch die Schrift des russischen Physiologen SETSCHENOW „Reflexe des Gehirns“ und durch den englischen Psychologen THORNDIKE, der erstmalig zur Klärung von Assoziationen Tierversuche anstellte. Im Jahre 1904 erhielt PAWLOW für sein Werk „Die Arbeit der Verdauungsdrüsen“ den Nobelpreis. Es ist nicht uninteressant, zu erwähnen, daß sich PAWLOW der höchsten Gunst des Zaren ebenso erfreute, wie später der sowjetischen Regierung. Das beweist, daß PAWLOW und sein Werk — um mit einem Wort Freiligraths zu sprechen — auf einer höheren Warte stehen, als auf den Zinnen einer Partei.

PAWLOW hat in unzähligen Tierversuchen, besonders an Hunden, den Mechanismus des bedingten Reflexes studiert.

Unter einem Reflex versteht man die Antwort des Organismus auf einen äußeren Reiz. In ihrer primitivsten Form sind diese Reflexe also Instinkthandlungen, die sich in stereotyper Weise wiederholen, so oft der spezifische Reiz wirksam wird. Sie sind vererbt und gehören funktionell dem niederen Abschnitt des Zentralnervensystems (Rückenmark und Medulla) an. Man verwendet für diese Form des Reflexes auch synonyme Bezeichnungen wie unbedingter, gewöhnlicher, fixierter, steter, angeborener, permanenter, vererbter, konstanter oder arteigener Reflex. (5)

Unbedingte Reflexe sind z. B. der Selbstverteidigungsreflex, der Ernährungsreflex, der Sexualreflex und der Orientierungsreflex. Der Selbstverteidigungsreflex differenziert sich nach zwei Richtungen: in den Angriffs- oder Freiheitsreflex und in den Gehorsams- oder Gefügigkeitsreflex. Die Bezeichnung „passiver Schutzreflex“, die für letzteren ebenfalls angewendet wird, soll besonders festgehalten werden. Sie wird später für unser Thema noch von Bedeutung sein. Wir finden beide Erscheinungsformen sowohl beim Tier als auch beim Menschen: den Freiheitsreflex bei den starken, angriffslustigen bzw. machtheischenden Exemplaren, den Gefügigkeitsreflex bei den kleinen, schwachen Tieren bzw. den passiven Menschen. (6)

Dieses Reflexgeschehen garantiert die Erhaltung des Lebens auf der niedrigsten Stufe des Tierreiches. Das zentrale Nervensystem besitzt aber in seinem höheren Abschnitt — im Großhirn — eine Fähigkeit, die von unerhörter Tragweite für die Entwicklung der höheren Tiere und natürlich vor allem des Menschen ist: Es vermag unter bestimmten Bedingungen neue zeitliche Verbindungen mit der Umwelt einzugehen, zunächst allerdings nur auf dem Hintergrund eines unbedingten Reflexes. Man bezeichnet dieses Phänomen als **b e d i n g t e n** Reflex. Für die Ausbildung eines bedingten Reflexes „ist

erforderlich, daß die Wirkung eines bis jetzt indifferenten Agens*) in der Zeit ein oder mehrere Male mit der Wirkung eines anderen Agens zusammenfällt, welches letzteres schon in Verbindung mit dem Organismus steht, das heißt, sich in irgendeine Tätigkeit desselben verwandelt, bzw. einen ‚unbedingten‘ Reflex herbeiführt.“ (7)

Anders ausgedrückt heißt das: Wenn ein indifferentere Reiz mehrere Male mit einem unbedingten Reiz zusammen auftritt, erlangt er mit der Zeit die Fähigkeit, ohne Mithilfe des unbedingten Reizes, dieselbe physiologische Tätigkeit hervorzurufen.

Formulierungen dieser abstrakten Art bleiben aber immer etwas unklar, wenn sie nicht am Beispiel erläutert werden. Es mögen darum einige solcher Beispiele an Tier und Mensch die Entstehung bedingter Reflexe klarmachen.

Der Prototyp eines bedingten Reflexes läßt sich an dem allbekannten Hundeversuch PAWLOWS erläutern. Der Versuch besteht darin, auf das Tier während des Freßaktes ein Signal, z. B. einen Glockenton, einwirken zu lassen. Nach mehreren Einwirkungen dieser Art stellt sich heraus, daß das Glockensignal allein schon genügt, die Speichelsekretion hervorzurufen. Wir wollen festhalten, daß diese normalerweise nur als unbedingter Reflex zustande kommt. Das Glockensignal ist somit zum bedingten Reiz geworden, die Speichelabsonderung zum bedingten (sekretorischen) Reflex. Besonders hervorzuheben ist dabei, daß der bedingte Reflex so zwingend wirkt, daß das Tier (bei entsprechend abgeänderter Versuchsanordnung) auch dann zur Futterstelle stürzt, wenn es sich durch die Gesichtswahrnehmung schon längst davon überzeugt haben müßte, daß der Futternapf gar nicht an der üblichen Stelle steht, bzw. sich überhaupt nicht im Raum befindet.

Damit scheint uns im übertragenen Sinn auch für den Stotterer eine sehr wichtige Tatsache berührt zu werden. Die zwingende Macht des bedingten Reflexes — im Falle des Stotterns: des negativen bedingten Reflexes — bietet sich für den physiologischen Bereich hier in analoger Weise als ausreichende Erklärung dafür an, daß es dem Stotterer trotz besserer logischer Einsicht nicht gelingt, durch bloße Passivität dem Stotterparoxysmus entgegenzuwirken.

Es wurden aber nicht nur bedingte sekretorische, sondern auch lokale motorische bedingte Reflexe, bedingte respiratorische und bedingte elektrogalvanische Reflexe beim Hund erzeugt.

Beim Menschen sind die bedingten Reflexe der Zahl nach ungeheuer angestiegen. Die Möglichkeit der Höherentwicklung des Menschengeschlechtes hängt ja innig mit der Fähigkeit zusammen, bedingte Reflexe zu bilden, sie zeitlich zu beschränken oder sie dauern zu lassen. Im letzteren Fall können sie zu konstanten, vererbaren Reflexen werden. Das ist eine Tatsache, die ihrer Bedeutung und Wichtigkeit nach besonders vermerkt werden muß.

*) Agens = „Wirkendes“ — Ursache, Triebkraft.

Als Beispiele verschiedener Arten bedingter Reflexe beim Menschen seien folgende angeführt: Zur Feststellung des Gehörs bei Säuglingen wird der bedingte Saugreflex verwendet. Man läßt gleichzeitig mit dem Stillen 30 Sekunden lang einen Wecker läuten. Nach 3—4 Wochen treten beim Säugling Saugbewegungen auf, sobald der Wecker läutet. Kommt dieser bedingte Reflex nicht zustande, kann man annehmen, daß kein Gehör vorhanden ist.(8)

Oder ein anderes Beispiel: Wenn man die Fußsohle eines Menschen mit dem faradischen Strom reizt, tritt ein unbedingter Reflex in der Weise ein, daß automatisch ein Zurückweichen des Fußes verbunden mit einer Streckung der großen Zehe auftritt. Kombiniert man diesen unbedingten Reiz mit dem Vorzeigen einer bestimmten Figur, so stellt sich nach einigen Wiederholungen heraus, daß schon der bloße Anblick der Figur dieselbe Reaktion, nämlich die Streckung der großen Zehe, hervorruft. Das vorher indirekte Agens hat dadurch eindeutig die Rolle des unbedingten Reizes übernommen, womit der Beweis für die Erzeugung eines partiellen motorischen bedingten Reflexes gegeben ist.

Ein Beispiel für einen respiratorischen bedingten Reflex ist das folgende: Durch eine elektrische Hautreizung wird als Antwort des Organismus eine tiefe Einatmung ausgelöst, also ein gewöhnlicher Reflex. Wird gleichzeitig eine Klingel oder ein anderer indifferentere Reiz angewendet, erhält dieses Mittel nach einigen Wiederholungen eine selbständige Wirkung und vermag auch ohne Begleitung durch die elektrische Reizung das Phänomen der tiefen Einatmung zu erzeugen.(9) Daß auch sekretorische bedingte Reflexe beim Menschen auftreten, brauchen wir nicht erst lange zu beweisen: Die Redensart vom „Wasser im Munde zusammenlaufen“ ist ein beredtes Zeugnis hierfür.

P. R. HOFSTÄTTER zitiert MENZIES, der ein in seinen Weiterungen besonders eindrucksvolles Beispiel eines bedingten Reflexes angeführt hat. Es ist bekannt, daß warmes Wasser eine Gefäßerweiterung hervorruft, kaltes hingegen eine Gefäßverengung. Das ist so wie alle ähnlichen Erscheinungen ein Vorgang, der unserem Willen entzogen ist; ein unbedingter Reflex also. Die Versuchsperson mußte nun eine Hand in kaltes Wasser tauchen, worauf eine Gefäßverengung, u. zw. wie üblich und erwartet, an beiden Händen eintrat. Nach mehrmaliger Kombination mit dem indifferenten Reiz, mit einem optischen Signal, stellte sich der bedingte Reflex ein. Darüber hinaus gelang es aber, den bedingten Reflex auf die bloße Vorstellung des optischen Zeichens hin zu entwickeln. Diese Tatsache können wir uns nicht eindringlich genug klarmachen. (10)

Eine solche Verzahnung physiologischer und psychologischer Faktoren zeigt uns drastisch — auch für unser Forschungsgebiet, das Stottern — wie notwendig es ist, immer beide Spuren zu verfolgen.

Die Erscheinung des unbedingten und des bedingten Reflexes muß nun, soweit es für unsere Zwecke in Betracht kommt, als genügend geklärt erachtet werden. Zusammenfassend kann ihre Funktion auf kürzeste Weise vielleicht folgendermaßen ausgedrückt werden: Unbedingte Reflexe gehören sozusagen zur Minimalausstattung der Lebewesen. Erst die bedingten Reflexe ermöglichen eine Entwicklung des Lebens, die hinführt zu den höchst organisierten Tieren. Über dieses System, das dem Tier die Möglichkeit der Orientierung und des Ausgleiches mit seiner natürlichen Umwelt bietet, kommt es allerdings nicht hinaus. PAWLOW nennt es das erste Signalsystem der Wirklichkeit, das auch der Mensch mit dem Tier gemeinsam hat. Daneben unterscheidet er noch ein zweites Signalsystem, das nur dem Menschen eigen ist. Der bedingte Reiz für dieses zweite Signalsystem ist das Wort. PAWLOW sagt hierzu: „Das Wort ist natürlich für den Menschen ein ebenso realer bedingter Reiz, wie alle anderen bedingten Reize, die auch bei Tieren auftreten. Daneben ist aber das Wort ein so viel umfassender Reiz wie kein anderer, und für die Tierwelt gibt es überhaupt keine Reize, die in quantitativer oder qualitativer Hinsicht dem Wort des Menschen auch nur annähernd vergleichbar wären. Für einen erwachsenen Menschen ist ja die Sprache das ganze frühere Leben mit allen äußeren und inneren Reizen verbunden, die in die Großhirnhemisphären gelangt sind. Worte können ihnen alles signalisieren, sie können alle Reize ersetzen, und sie können deshalb auch alle Tätigkeiten und Reaktionen des Organismus hervorrufen, die durch diese Reize bedingt werden.“ (11)

Damit ist auch auf rein physiologischer Basis die Wesensverschiedenheit von Tier und Mensch herausgestellt. Denn erst die Fähigkeit der Abstraktion hat es dem Menschen ermöglicht, nach den Sternen zu streben — metaphysisch und physisch.

Wir haben für das Verständnis von LEBENS Schrift nun noch einige Vorgänge, die mit reflektorischen Prozessen zusammenhängen, zu erläutern. So die Erscheinung der Generalisation und der Differenzierung des bedingten Reflexes. Bildet man z. B. beim Hund auf die mechanische Reizung der Haut einen bedingten Speichelreflex aus, so macht man die Erfahrung, daß zunächst auch durch die Reizung der vom ursprünglichen Reizpunkt weit entfernten Hautpartien derselbe Effekt zu erzielen ist. Das wäre also die Generalisation des bedingten Reflexes. Dieser Vorgang beruht auf einem in der Hirnrinde parallel verlaufenden Nervenprozeß, so zwar, daß sich der in der Großhirnhemisphäre eingedrungene Reiz zunächst ausbreitet, wie etwa ein ins Wasser geschleuderter Stein eine sich ausbreitende Wellenbewegung hervorruft. In der Reflexologie bezeichnet man diesen Prozeß als I r r a d i a t i o n.

Wird der betreffende bedingte Reflex aber öfter ausgelöst, so zeigt sich, daß die entfernteren Reizpunkte immer mehr an Wirksamkeit verlieren, bis schließlich der bedingte Reflex, in diesem Fall also der Speichelreflex, nur mehr durch Reizung des Punktes, an dem der ursprüngliche bedingte

Reflex ausgebildet wurde, erzeugt werden kann. Man spricht dann von der **Differenzierung** des bedingten Reflexes. Den diese Erscheinung in der Hirnrinde bewirkenden Nervenprozeß, der auf einer gegenläufigen Bewegung des eingedrungene Nervenreizes — einer Schrumpfung der Reizwelle auf den Ausgangspunkt gleichsam — beruht, nennt man **Konzentration**.

Kurz zusammenfassend soll nochmals gesagt werden: Irradiation und Konzentration sind die polaren Erscheinungen in der Entwicklung des Nervenprozesses in der Hirnrinde, denen das polare Phänomen der Generalisation und der Differenzierung des bedingten Reflexes entspricht. (12)

Durch die unbedingten bzw. bedingten Reize, die ihrerseits die unbedingten bzw. bedingten Reflexe hervorrufen, werden zwei Mechanismen der höheren Nerventätigkeit ausgelöst, die die Aufgabe haben, das Gleichgewicht in der Beziehung Umwelt und Individuum herzustellen: Es sind dies einerseits der **Erregungsprozeß**, andererseits der **Hemmungsprozeß**.

Der Erregungsprozeß ist das Ergebnis eines positiven Reflexes, der eine motorische oder sekretorische Tätigkeit bewirkt. Der Hemmungsprozeß wird durch einen negativen Reflex (der aber auch als aktiver Vorgang zu bewerten ist) hervorgerufen. Die von der Hemmung betroffenen Zellstrukturen können in diesem Fall nicht erregt werden, sie können Impulse an die Muskulatur oder zu den Drüsen nicht weiterleiten. Die Reflexlehre unterscheidet mehrere Formen der Hemmung, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Für uns ist nur der Begriff der **bedingten Hemmung** wichtig. Diese gehört zur Gruppe der inneren Hemmungen, und sie wurde von PAWLOW wie folgt charakterisiert: „Wenn indifferente Reize den Großhirnhemisphären in dem Augenblick zugeleitet werden, in dem dort der Hemmungsprozeß herrscht, so erhalten diese Reize eine beständige Hemmwirkung, das heißt, wenn diese Reize später auf tätige Punkte der Hirnrinde treffen, so rufen sie in diesen Punkten einen Hemmungsprozeß hervor.“ (13)

In diesem Zusammenhang soll nun gleich die volle Definition des Stotterns nach LEBENS Auffassung zitiert werden: „Das Stottern ist eine pathologische Hemmungserscheinung im zweiten Signalsystem, bei der kinästhetische Spuren bestimmter Laute, Silben und Wörter als bedingte Hemmreize auftreten.“ (14)

KUSSMAUL und GUTZMANN werden als Beispiel dafür angeführt, daß die physiologische Richtung schon seinerzeit auf dem richtigen Wege war, nur wurde der reflexähnliche Vorgang beim Stottern nicht intensiv genug verfolgt.

Stotterer sprechen oft auch ganz störungsfrei. Das heißt nach der Terminologie der Reflexlehre: die Sprechzentren sind zu Zeiten normal erregbar.

Demnach kann es sich beim Stottern nur um ein funktionelles Leiden handeln, und zwar um einen Hemmungsprozeß, der bei bestimmten, für den Stotterer schwierigen Situationen auftritt. Stottern auf Grund organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems, die sogenannten striären Dysarthrien, scheiden aus dem in Rede stehenden Fragenkomplex selbstverständlich aus.

Stottern als funktionelles Leiden aber folgt den Gesetzen des gestörten Erregungsprozesses. Wenn der Stotteranfall das Ergebnis eines negativen bedingten Reflexes oder was dasselbe ist, einer bedingten Hemmung ist, so müssen, wie wir uns erinnern wollen, dieselben Voraussetzungen vorliegen wie bei der Entstehung des positiven bedingten Reflexes, nur mit umgekehrten Vorzeichen. Zur Erzeugung eines positiven bedingten Reflexes ist notwendig, daß ein unbedingter und ein indifferenter Reiz zusammenwirken. Im umgekehrten Fall müßten demnach ein unbedingter H e m m r e i z mit einem zunächst indifferenten Reiz zusammentreffen.

Das ist nach LEBENS Auffassung auch der Fall. Als unbedingten Hemmreiz nimmt er den passiven Schutzreflex an, den wir schon bei der Aufzählung unbedingter Reflexe genannt haben. Es handelt sich dabei um einen beim Tier biologisch sinnvollen Reflex, auch passiver Abwehrreflex oder Totstellreflex genannt, der es davor bewahrt, im Augenblick plötzlicher Gefahr durch unzeitgemäße Bewegungen oder Geräusche die Aufmerksamkeit des Verfolgers auf sich zu ziehen, bzw. dessen Aggression zu wecken oder zu verstärken. Dieser passive Schutzreflex, der natürlich auch für den Menschen früherer Epochen lebenswichtig war, ist auch heute noch wirksam, wenngleich in oft rudimentärer, abgeschwächter Form. Das plötzliche Erstarren im Schreck ist ein beredtes Zeugnis hierfür. Oft ist der passive Schutzreflex beim jetzigen Menschen ein Anachronismus, denn welchen Sinn sollte es heute noch haben, wenn er im Schreck erstarrt. Wenn auch der biologische Sinn verlorengegangen ist, bleibt die Tatsache des trotzdem noch wirksamen Reflexes bestehen. In erster Linie waren und sind es zum Teil auch heute noch lautliche Äußerungen, die im Moment der Gefahr unterdrückt werden sollen. Darum ist nach LEBEN beim Menschen vor allem die Sprache Ansatzpunkt des Hemmreflexes. Der Verfasser führt dazu das so oft gebrauchte Wort VIRGILS an: „vox faucibus haesit“ (die Stimme bleibt im Halse stecken).

Ontogenetisch gesehen sind Schutzreflexe in früher Jugend besonders wichtig und sinnvoll. Es ist daher anzunehmen, daß Schreckerlebnisse in der Kindheit, zur Zeit der Sprachentwicklung, besonders leicht den passiven Schutzreflex auslösen. Die als Drohung empfundenen Faktoren müssen deswegen gar nicht besonders massiv sein. Das kindliche Nervensystem ist ja an und für sich noch sehr labil, und die Spuren der bedingten Reflexe auf dem sprachlichen Sektor sind noch nicht tief eingegraben. In der Zeit dieser unkoordinierten Sprechbewegungen begehen bekanntlich Erwachsene — zwar in der besten Absicht, aber dennoch völlig unangebracht — den

Fehler, das schlechtsprechende Kind in affektbetonter Weise zu rügen. Diese Affekte macht der Verfasser für die Blockierung des Erregungsprozesses in den Sprechzentren verantwortlich. Es kommt dadurch, rein physiologisch gesehen, zur Hemmwirkung infolge des durch Schreck ausgelösten passiven Schutzreflexes.

All das, was GUTZMANN schon als die prädisponierenden Ursachen des Stotterns bezeichnet hat, spielt auch in LEBENS Auffassung eine Rolle: konstitutionelle Faktoren, allgemeine Erschöpfungszustände nach hochfieberhaften Krankheiten, insbesondere die Wirkung von Toxinen auf die Hirnrinde bei Infektionskrankheiten, das Temperament . . . usw.

Das Stottern setzt also ein, wenn ein Schreck oder auch nur eine geringere seelische Erschütterung in dem Augenblick auftritt, in welchem das Kind zu sprechen beabsichtigt. Dadurch wird der unbedingte Hemmreflex wirksam, das Wort, das eben ausgesprochen werden sollte, wird zum negativen bedingten Reiz.

Wörtlich heißt es bei LEBEN nun weiter: „In besonderem Maße ist das Brocasche Zentrum gehemmt. Die Sprache versagt für einen Moment. Bisher indifferente Reize, die zu diesem Zeitpunkt in die gehemmten Zentren der Großhirnhemisphäre einfließen, werden zu bedingten Hemmern. Sie rufen nunmehr bei ihrem neuerlichen Auftreten stets denselben Hemmungsprozeß hervor, der bei dem früheren Auftreten des passiven Schutzreflexes im Kortex herrschte.

Solch ein Reiz, der sich auf die beschriebene Weise zu einem bedingten Hemmer entwickelt hat, kann die kinästhetische Reizspur des Wortes sein, das im Stadium des unbedingten Hemmungszustandes gesagt werden sollte.“ (15)

Damit ist das erstmalige Auftreten eines Stotteranfalles physiologisch erklärt.

Wie stellt sich LEBEN nun die progressive Durchdringung der Sprache mit sich häufenden Stotteranfällen vor? Um das zu verstehen, müssen wir auf die schon erwähnte Erscheinung der Irradiation der Nervenprozesse verweisen. Die Reizwelle strahlt bekanntlich aus, es werden auch die umliegenden Hirnrindenareale davon betroffen. Dementsprechend wird die Reizspur des gesprochenen Wortes zu einer irradiierenden inneren Hemmung.

Wenn z. B. das Wort „Papa“ als primärer Hemmreiz aufgetreten ist, kann sich die Irradiation darin äußern, daß alle mit „P“ beginnenden Wörter oder Silben nun von der Hemmung betroffen werden. Weiterungen können sich auf Grund desselben Mechanismus darin zeigen, daß alle Verschlusslaute gestottert werden, ja auch auf das Begriffliche kann sich die Reizwelle ausdehnen, so daß auch alle mit dem Wort „Papa“ in irgendeinem

Zusammenhang stehenden Wörter oder ähnlich klingende Wörter gestottert werden.

Damit ist nach LEBEN das Stadium des physiologischen Stotterns erklärt. Er sagt hierzu zusammenfassend: „Bei kleinen Kindern, die an physiologischem Stottern leiden, kann man bemerken, daß sie auch beim Alleinsein, beim Vorsichhinsprechen oft stottern. Bei diesen Kindern fehlt noch völlig die affektive Komponente, das Bewußtsein einer Störung. Die kinästhetischen Reizspuren der Wörter wirken noch direkt als Hemmagens.“ (16) Wie entwickelt sich daraus nun das pathologische Stottern? Wie nicht anders zu erwarten, muß LEBEN nun das Bewußtwerden des Stotterns durch emotionale Einflüsse, die Selbstbeobachtung und die sich daraus ergebenden Versuche des Stotterers, sein Leiden zu unterdrücken, in sein System aufnehmen. Die physiologische Grundlage dieses Prozesses sieht LEBEN in dem Vorgang der negativen Induktion, wodurch die im Subkortex verankerten Affekte die Hemmung in den Rindenstrukturen erhöhen.

LEBEN setzt viele Termini technici der Reflexlehre einfach voraus. Deshalb muß folgendes eingeschaltet werden: Dem Begriff Induktion kommt im genannten Fall ein spezifisch physiologischer Inhalt zu, wodurch das Wesentliche und Prinzipielle des geschilderten Sachverhaltes — der Verstärkung des Stottersymptoms — erst in seiner vollen Bedeutung verständlich wird. Die Reflexlehre versteht unter Induktion jene Erscheinung, die die Erregungs- und Hemmungsherde in der Hirnrinde nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten aufrecht erhält und verstärkt. Diese Gesetzmäßigkeiten aufzuzeigen, kann aber im Rahmen des gestellten Themas nicht unsere Aufgabe sein, wir müssen sie daher als gegeben zur Kenntnis nehmen.

Der Wille zum guten Sprechen führt beim Stotterer zu einer weiteren Verschlechterung seines Leidens. Nach der Reflexlehre erklärt sich das folgendermaßen: „Die für die Reizspuren der Vorstellung ‚Ich kann gut sprechen‘ das anatomische Substrat bildenden geschwächten Rindenzellen geraten durch den Erregungsimpuls in einen Hemmungszustand. Die Zellen der Gegenvorstellung ‚Ich kann schlecht sprechen‘, die mit den ersteren eng verknüpft sind, . . . gehen nach dem Gesetz der reziproken Induktion in einen Erregungszustand über.“ (17) LEBEN bezeichnet diesen Vorgang als ultraparadoxe Phase.

Der Gedanke, der Sinn des Wortes, wird so mit der Zeit zum stellvertretenden Hemmreiz der kinästhetischen Reizspur. Damit ist aber eine bedeutsame Verlagerung eingetreten. Der bedingte Hemmreiz wird jetzt durch Stotterparoxysmus bestätigt, das Stottern ist damit ohne Bekräftigung durch den passiven Schutzreflex manifest geworden. Der durch die Sprechangst gegebene Spurenkomplex der gedanklichen Fixierung des Nichtkönnens, des Nichtzustandbringens, wirkt als Hemmreflex z w e i t e r O r d n u n g. Er vermag schließlich auch allein einen Hemmungsprozeß auszulösen. Die experimentell und empirisch erhärtete Tatsache, daß beim Tier

und besonders beim Menschen bedingte Reflexe und bedingte Hemmungen vielfacher Grade ausgebildet werden können, hat LEBEN zu einem Hauptpfeiler der kausal-physiologischen Begründung der Pathogenese des Stotterns gemacht. Er formuliert daher: „Der sekundäre bedingte Hemmungsreflex, der aus dem Reizspurenkomplex ‚Jetzt kann ich nicht sprechen‘ besteht, wird beim pathologischen Stottern der wesentliche Faktor.“ (18)

Die physiologische Deutung des Klonus versucht LEBEN auf zweifache Art. Einmal ist der Klonus ganz allgemein gesprochen eine Äußerungsweise, die aus dem Stammhirn kommt. Daraus erklären sich z. B. die Reduplikationen der frühen Kindersprache und die Silbenwiederholungen in den Lallmonologen der Säuglinge, da hierbei im wesentlichen Stammhirnreaktionen zum Ausdruck kommen. Alle Äußerungen primitivster Art, ganz gleich ob motorischen oder akustischen Charakters, verlaufen rhythmisch wiederholend (STEIN). Zum anderen ist im besonderen Fall des klonischen Stotterns folgender Modus anzutreffen: Wird die motorische Sprachregion durch einen heftigen Schutzreflex gehemmt, so können davon kortikale und subkortikale Zentren betroffen sein. Beim Abklingen der Hemmung wird zunächst der Subkortex wieder aktionsfähig, während die Hemmung in der Rinde noch bestehen bleibt. Die Erregungen der am Sprechen mitbeteiligten subkortikalen motorischen Neuronen gelangen so in die Sprechmuskulatur und verursachen dort den Sprechklonus.

Umgekehrt ist auch der Fall möglich, daß bei einer schwachen Schutzhemmung nur das zweite Signalsystem gestört ist, und die Stammhirnreaktionen von Anfang an ungehemmt ablaufen. Das Erstreben der Stimme oder das Versagen der Phonation im Angstzustand sind die adäquaten Reaktionen dieser Situation. Beim voll entwickelten Stottern fließt die Reizwirkung direkt ins entsprechende Zentrum der Hirnrinde, wo sie als innere Hemmung mit Hilfe eines Hemmreizes zweiter Ordnung den Redefluß zerstört. Die Stammhirnreaktion bleibt aber voll erhalten.

Die Verschlechterung des Sprechens, die Entwicklung des Tonus, erfolgt nach LEBENS Auffassung durch eine aktive Reaktion des Kortex unter dem Einfluß des Störungsbewußtseins. Die kritische Selbstkontrolle verleitet den Stotterer zu Bemühungen im Sinne einer gewaltsamen Unterdrückung des Klonus. Da aber die Hemmung der motorischen kortikalen Nervenzellen weiter besteht, kommt weder das beabsichtigte Wort, noch der Klonus zustande. Ein Festsitzen auf einem Laut ist die Folge. Die verschiedenen Stadien des klonisch-tonischen oder tonisch-klonischen Stotterns spiegeln die verschiedenen Grade des Rindeneinflusses wider. Es sei allerdings hier darauf verwiesen, daß die tatsächlichen Verhältnisse auf diesem Gebiet noch weitaus komplizierter sind, wie neuere Untersuchungen ergeben haben. (19)

Im Abschnitt „Stottern und vegetative Erscheinungen“ betont der Verfasser, daß das Stottern nicht allein durch die Hemmungsprozesse in den Groß-

hirnhemisphären erklärt werden kann. Durch die Sprechangst, durch Zorn- und Schamaffekte geraten mittelbar auch vegetative Zentren in Erregung, die durch die bekannten vegetativen Symptome in Rückwirkung auf das zweite Signalsystem die Hemmung und damit das Stottern verstärken. LEBEN sagt darüber: „Für das Stottern läßt sich folgendes konstatieren: Primär ist der kortikale Prozeß der Hemmung, sekundär sind die vegetativen Erscheinungen, sekundär sind die beim Stottern entstehenden subjektiven Gefühle wie Angst, Verlegenheit, Wut, Sprechfurcht usw.“

An anderer Stelle gibt LEBEN aber auch zu, daß die Sprechangst nicht nur durch die Sprechhemmung bedingt ist, sondern daß hier doch auch die triebhafte Lebensangst der schwachen Gesamtpersönlichkeit zum Ausdruck kommt.

Stottern tritt nicht bei allen Individuen auf, die gleichen oder ähnlichen schädigenden Einflüssen ausgesetzt waren. Es muß deshalb noch eine Ursache dafür gesucht werden, die diese verschiedene Reaktion erklärt. LEBEN findet sie in der konstitutionellen Verschiedenheit der Temperamente. Das Nervensystem der Phlegmatiker und Sanguiniker ist am widerstandsfähigsten gegenüber Störungen durch äußere oder innere Reize. Erregungs- und Hemmungsprozesse verlaufen so, daß das angestrebte Gleichgewicht immer leicht herzustellen ist. Anders beim Choleriker und Melancholiker, die nach PAWLOW hinsichtlich der Verarbeitung und Beherrschung nervaler Prozesse weniger gut ausgestattet sind. Besonders der Melancholiker soll nach dieser Darstellung das am ehesten zu hemmende Nervensystem besitzen. Dementsprechend ist er nach LEBENS Auffassung auch der für das Stottern anfälligste Typ.*)

Der Verfasser beschließt den theoretischen Teil seiner Arbeit sehr wirkungsvoll mit einem Zitat aus dem Werk „Die Vorgänge im Gehirn und das geistige Leben“ von ROHRACHER: „Alle im Bereich des Psychischen feststellbaren Gesetzmäßigkeiten müssen in Gesetzmäßigkeiten des zerebralen Geschehens eine Grundlage haben. . . . Bei jedem psychischen Vorgang geschieht etwas im Gehirn, wodurch dieser Vorgang erst möglich wird, und jedes derartige Geschehen hinterläßt im Gehirn seine Spur. . . . Die Neurologen können bei umschriebenen psychischen oder motorischen Ausfallserscheinungen aus der Art derselben feststellen, an welchen Stellen des Nervensystems der krankhafte Prozeß sich abspielt.“ (20)

Die Therapie des Stotterns nach LEBENS physiologischem Gesamtplan. In allen bekannten Therapieformen ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit vom Sprechakt in irgendeiner Form als wirksamer Faktor enthalten. „Ablenkung der Aufmerksamkeit“, ist ein Terminus psychologischer Kategorie. LEBEN versucht nun, in konsequenter Weiterführung seiner Theorie, die physiologische Grundlage für diese Erscheinung zu geben. Der gleiche Vorgang wird nach der Terminologie der Reflexlehre als *E n t h e m m u n g*

*) Eine Kritik dieser Auffassung erfolgt später.

bezeichnet. Der Mechanismus ist klar und leicht einzusehen: Hemmung, die auf Hemmung trifft, ruft eine Enthemmung hervor. LEBEN zitiert hierzu PAWLOW: „Wenn ein neu hinzutretender Reiz auf einen positiven bedingten Reflex wirkt, so hemmt er ihn; wirkt er aber auf einen negativen bedingten Reiz, so beseitigt er die Hemmung, er enthemmt ihn. Das kann auch in folgender Form ausgedrückt werden: in beiden Fällen kehrt er den im Zentralnervensystem vorhandenen Prozeß in sein Gegenteil um.“ (21) Die Hemmung der Sprechhemmung also soll dem Redefluß freie Bahn schaffen.

Wie kann das am besten geschehen, welche Reize wirken enthemmend? Die experimentelle Untersuchung hat ergeben, daß Reize aus der Gruppe der äußeren Hemmer die verlangte Qualität haben. So vor allem Orientierungsreflexe, aber auch alle Reflexe und Reize, die in physiologischen Erscheinungen des eigenen Körpers wurzeln (Schmerzzustände u. dgl.). Die Reize dürfen allerdings nicht zu schwach und nicht zu stark sein. Im ersteren Fall bleiben sie unwirksam, im letzteren hemmen sie auch den Reflex. Für die Situation des Sprechens heißt das, daß dann die Sprechintention überhaupt aufgegeben wird. So etwa beim Geräusch eines vorbeidonnernden Zuges, das einen Orientierungsreflex und dadurch die zeitweilige Einstellung eines Gespräches erzwingt.

Reize mittlerer Stärke haben sich für die Enthemmung am günstigsten erwiesen. Dabei ist aber sehr zu beachten, daß ein ständig angewendeter Reiz mit der Zeit unwirksam wird, die anfangs enthemmende Kraft daher verliert.

Für die Behandlung des Stotterns bedeutet diese Tatsache, daß zunächst wenigstens in der Übungssprache die Stotteranfänge unterbunden werden müssen, und zwar radikal.

Die Methode, von der sich LEBEN die zweckmäßigste Beeinflussung des Stotterns verspricht, ist nach der dialektisch fesselnden Begründung seiner Theorie enttäuschend. Der Verfasser propagiert taktmäßiges Armschwingen während des Sprechens als hervorragend geeignetes Mittel zur Enthemmung des motorischen Sprachzentrums. Das durch das Armschwingen erregte allgemeine motorische Zentrum wirkt durch irradiierende Erregungen auf das motorische Zentrum des zweiten Signalsystems. Der Normalsprechende, Ungehemmte, würde durch den zusätzlichen Reiz gehemmt. Beim Stotterer trifft aber Hemmung auf Hemmung, die Sprache wird enthemmt, ein störungsfreier Ablauf der Rede ist die Folge. Im Prinzip, wie daraus zu ersehen, einwandfrei aus den theoretischen Ergebnissen der Reflexologie abgeleitet. Aber doch, welche unbefriedigende, frappierende Wahl der Methode!

(Schluß im nächsten Heft)

Umschau und Diskussion

DER DEUTSCHE SPRACHLAUT Z

*Eine Frage an Phonetiker, Sprechkundler, Sprachärzte
und Sprachheilpädagogen*

Mit dem Laut „z“ ist hier nicht das stimmhafte s nach üblicher phonetischer Lautschrift gemeint, sondern das orthographische z, das auch tz, ts oder zz geschrieben wird.

Es wird in fast allen Lehrbüchern behauptet, daß dieser Laut sich aus t und s zusammensetzt, also kein eigener, selbständiger Laut sei. WAGENER spricht bei der Bildung des z von einem „S mit T-Vorschlag“¹⁾. Es sei die Frage aufgeworfen, ob diese Auffassung zu Recht besteht.

Beim ks = orthogr. x ist zweifellos die aufeinanderfolgende Zwielaufung von k und s zu hören und auch nachzuspüren; denn dem k-Verschuß und der Luftstauung folgt merkbar das Reibegeräusch des s als angehängter Laut, wobei außerdem eine spürbare Veränderung der Zunge und des Unterkiefers erfolgt, wenn man den Laut ausprägt. Die deutliche Zwielaufigkeit des orthogr. x hängt damit zusammen, daß dieser Laut gewissermaßen an der dritten Artikulationsstufe beginnt und zur zweiten fortschreitet und schon dadurch den Eindruck eines zusammengesetzten Lautes machen muß. Dieser Wechsel in der Artikulationsstelle fehlt beim z, es wird nur an einer Stelle und in einer Artikulationsstellung ohne jede Veränderung erzeugt. Es ist offenbar kein zusammengesetzter, sondern ein selbständiger Laut. Er kann ebenso wie das stimmlose s apikal und dorsal gebildet werden und unterscheidet sich von diesem Laut lediglich durch eine Luftstauung und ein verstärktes und zeitmäßig schnelles, aber äußerst kurzes Reibegeräusch. Ein Charakteristikum dieses Lautes ist gerade seine Plötzlichkeit. Bei geringer Luftstauung und zu langem Reiben tendiert dieser Laut bereits zum s. Gemeinsam aber ist dem s und z die Zungenstellung, einerlei ob apikal oder dorsal gebildet. Der Unterschied besteht nur darin, daß bei z der Anhub des Zungenblattes verstärkt wird und einen kurzen Augenblick zum Abschluß und damit zur Stauung führt, während beim s nur eine Verengung vor sich geht.

Vom t unterscheidet z sich dadurch, daß dieser Laut vorwiegend mit der gehobenen Zungenspitze gebildet wird, das z jedoch nicht, weil dann bereits ein fremdes Geräusch hineinspielen würde. Es ist natürlich bekannt, daß auch das t nicht unbedingt mit der Zungenspitze, sondern auch mit dem Zungenblatt zu bilden möglich ist und im Fluß der Rede auch vorkommt.

¹⁾ H. J. Wagener: Zur Frage der durch Kieferentwicklungsstörungen und Zahnstellungsanomalie bedingten Sprachstörung. Diers, Marburg, 1933, S. 8.

Das ist ja immer abhängig davon, in welche anderen Laute das t eingebettet ist. Auf alle Fälle empfindet man das z im Gegensatz zum orthogr. x als eigenen, sogar äußerst kurzen Laut, und zwar besonders im Anlaut, etwas weniger im Auslaut und noch weniger im Inlaut. Diese letztere Erscheinung hängt mit dem Wortakzent zusammen. Die Betonung des a in Katze schwingt noch zum beginnenden z hinüber, bewirkt eine etwas verlängerte Stauung — jedenfalls weit mehr als beim z im Anlaut — und erweckt dadurch ungerechtfertigterweise den Eindruck eines zusammengesetzten Lautes. Allerdings ist ein eigentlicher „Vorschlag“ im Sinne WAGENERs auch hier nicht zu spüren, wenn flüssig und natürlich gesprochen wird. Ein Verweilen auf dem t in Katze erscheint jedenfalls laut- und redewidrig.

Die Klärung der aufgeworfenen Frage ist für die Behandlung eines falschen Z-Lautes sehr wichtig und wird darum zur Diskussion gestellt.

Johannes Wulff

Aus der Organisation

Bericht über die Arbeitstagungen der Landesgruppe Hamburg am 29. 6., 30. 6. und 14. 11. 1960

Die Landesgruppe Hamburg führte in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Institut für Lehrerfortbildung am 29. und 30. Juni 1960 an der Volks- und Mittelschule für Sprachkranke, Karolinenstr. 35 eine Arbeitstagung durch, auf der eine Reihe von Referaten und Demonstrationen zu dem Thema „Die Bedeutung der Rhythmik und der Musik für die Erziehung von Sprachgestörten“ geboten wurde. In seinem Referat über das Thema „Rhythmisch-musikalisch-gymnastische Elemente bei der Sprach- und Stimmbehandlung“ wies Herr Wulff darauf hin, daß bei der Sprachbehandlung keineswegs das Artikulieren als das Primäre angesehen werden dürfe. Da es oft um die Beseitigung von Bewegungshemmungen und motorischen Ungeschicklichkeiten gehe, müsse das sprachkranke Kind zunächst durch akustisch-motorische Spiele zum ganzheitlichen Erleben von Wort, Ton, Rhythmik und Bewegung gebracht werden. Erst dadurch sei die Voraussetzung für eine erfolgreiche Sprachverbesserung gegeben.

Frau M. Pötschke versuchte diese Frage „Was ist rhythmisch-musikalische Erziehung?“ zu beantworten und verwies u. a. auf das von der „Landesarbeitsgemeinschaft Musik, Nordrhein-Westfalen“ herausgegebene Merkblatt „Wesen und Merkmale der rhythmisch-musikalischen Erziehung“, worin die Merkmale einer Musik- und Bewegungserziehung herausgestellt werden: Erarbeitung der Bewegungsgesetze des eigenen Körpers, Übung der musikalischen Grundfunktionen in Verbindung mit der Bewegung in freier und gebundener Form, Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten von Raum, Zeit, Kraft und Form im Zusammenspiel mit Partner, Gruppe und Gerät und schließlich Veranschaulichung geistiger Vorgänge und Inhalte durch die Bewegung.

Herr H. J. Reckling gab ein Bild einer elementaren rhythmisch-musikalischen Erziehung im 1. Schuljahr der Sprachkrankenschule. Sehr früh müsse neben der Bewegungserziehung eine planmäßige Hörerziehung einsetzen. Da bei den Kindern des 1. Schuljahres noch kein Grundtonempfinden vorhanden sei, müsse man von der Rufterz ausgehen. Das Hinführen zum Grundton dürfe nur ganz allmählich erfolgen. Erst im 2. Schuljahr sei der Übergang vom pentatonischen zum Dur-Ton-Raum möglich. Daß wegen der akustischen Unaufmerksamkeit vieler sprachkranker Kinder (vor allem der Stammer) eine besonders gründliche Hör-

schulung an der Sprachkrankenschule erforderlich sei, brauche wohl kaum erwähnt zu werden.

Fräulein **E. Petersen** (Flensburg) berichtete über ihre Erfahrungen aus der Arbeit mit dem Sportkreisel bei sprachkranken Kindern. Dieses von Herrn **Prochnow** in Flensburg eingeführte Gymnastikgerät habe sich gut bewährt. Die Atmung werde günstig beeinflusst, die Muskulatur des ganzen Körpers stehe in ständigem Wechsel von Spannung und Entspannung. Verkrampfungen werden gelöst. Die Geschicklichkeitsspiele auf dem Sportkreisel seien bei Kindern aller Altersstufen sehr beliebt.

Frau **E. Klindt** zeigte Filme von **L. Diem** von der Kölner Hochschule für Leibeserziehung über Bewegungserziehung im 1./2. und 3./4. Schuljahr und referierte über Fragen der Bewegungserziehung.

Die außerordentlich gut besuchte Tagung (die Aula reichte kaum aus) wurde am folgenden Tage in Aula und Turnhalle der Sprachkrankenschule Karolinenstraße mit sehr instruktiven Demonstrationen fortgesetzt. Herr **J. Wulff** führte in seiner schwungvollen, fröhlichen Art Einzel- und Gruppenbehandlungen von Sprach- und Stimmstörungen „unter Berücksichtigung von rhythmisch-musikalisch-gymnastischen Notwendigkeiten“ vor. — Einen Einblick in die rhythmische Erziehung in der 1. und 5. Klasse sowie im Schulkindergarten gab Frau **Pötschke**, während Herr **H. J. Reckling** zum Thema „Rhythmik und Musikerziehung“ einen interessanten Beitrag lieferte. Eine zweite Unterrichtsprobe gab Herr **Reckling** zum Thema „Rhythmische Schreiberziehung“. — Mit besonderem Interesse folgten die Tagungsteilnehmer den Vorfürungen mit dem Sportkreisel, da diese Art der Bewegungserziehung den meisten Anwesenden unbekannt war. — Fräulein **E. Petersen** führte Kindergruppen der Unter-, Mittel- und Oberstufe vor und gab hierbei einen Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten der rhythmischen Erziehung mit dem Sportkreisel. — Den Abschluß bildeten die mit Fröhlichkeit und Schwung vorgeführten Proben aus der Bewegungserziehungsarbeit von Frau **E. Klindt**.

Am 14. November 1960 gab der Dezernent für das Sonderschulwesen in Hamburg, Herr Oberschulrat **Duus**, in einem sehr ausführlichen Referat einen Überblick über die Entwicklung des Sonderschulwesens im Stadtstaat Hamburg: Die **Sonderschule für Blinde und Sehschwache** erhielt einen Neubau (mit Internat). Der Bau eines Lehrschwimmbeckens wird demnächst in Angriff genommen. Die Einrichtung eines Mittelschulzuges und die Intensivierung der Berufsvorbereitung in der Schule sollen dazu beitragen, den Blinden und Sehschwachen neue Berufsmöglichkeiten zu eröffnen. An der Hamburger **Gehörlosenschule** haben alle Schüler die Möglichkeit, in einem freiwilligen 10. Schuljahr ihre Schulkenntnisse zu erweitern. Für die Begabten besteht seit Ostern 1960 ein Aufbauzug (Begabtenförderzug). Für bestimmte Fächer ist ein Mittelschulabschluß vorgesehen. Versuchsweise wurde eine Fremdsprache eingeführt. Die **Schwerhörigenschule** hat einen Mittelschulzug im vierten Jahr, d. h. Ostern 1961 kann die erste Mittelschulprüfung abgenommen werden. Die **Spracheheilschulen** besitzen schon länger einen Mittelschulzug (in der Karolinenstraße). 1961 entsteht in Hamburg-Harburg ein Neubau einer Sprachheilschule. Auf demselben Gelände soll eine Schule für Körperbehinderte gebaut werden. Die dreijährige Arbeit an den **Sonderschulen für spastisch gelähmte und körperbehinderte Kinder** wird als sehr erfolgreich bezeichnet. Ein Ausbau beider Schulen ist erforderlich. Außer den schon an diesen Schulen tätigen Heilpädagogen, Kindergärtnerinnen und Krankengymnastinnen sollen Beschäftigungstherapeutinnen und Krankenträger angestellt werden. Die **Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder** hat einen Neubau erhalten. Über die Aufnahme in diese Sonderschule entscheiden die Diplompsychologen der Dienststelle „Schülerhilfe“. Die Einrichtung von zwei **Sonderschulen für geistig behinderte Kinder** ist geplant. Sie sollen die nur wenig bildungsfähigen Kinder (Mongoloide usw.) aufnehmen.

Anschließend ging der Referent ausführlich auf das Problem der Rehabilitation ein. Es solle angestrebt werden, auch die stark behinderten Kinder in die Gemeinschaft einzugliedern. Voraussetzung für einen Erfolg aber sei die Früherfassung und Frühbetreuung dieser Kinder. Eine neu zu schaffende Zentralstelle in der Gesundheitsbehörde müsse mit dieser Aufgabe betraut werden. Der Leiter dieser Stelle (ein Facharzt) müsse dem Sonderschuldezernat der Schulbehörde zur Verfügung stehen.

An das mehrstündige Referat schloß sich eine lebhafte Diskussion an. Den Abschluß der Arbeitstagung bildete die Vorstandswahl der Hamburger Landesgruppe.
H. G. Müller

Die Mitglieder der Arbeitsgem. f. Sprachheilpäd. i. D. werden gebeten, den Beitrag für 1961 auf das Postscheckkonto Hamburg 97 40 zu entrichten.

Laut Beschluß der Delegiertenversammlung vom 3. 10. 60 sind ab 1. 1. 61 — inkl. Bezug der Zeitschrift — 15,— DM im Jahr zu zahlen.

Bücher und Zeitschriften

Elisabeth Plattner: Gehorsam — Eine Hilfe für Lehrer, Eltern und wem sonst Gehorsam gebührt. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 420 Seiten, Leinen, 14,80 DM.

Ihren erfolgreichen Büchern „Die ersten Lebensjahre“, „Der Weg des Vertrauens“ und „Reifejahre“ läßt die bewährte Pädagogin ihr Werk „Gehorsam“ folgen. Mit den Worten des Mephisto zum Schüler über die Teile in der Hand, denen leider nur das geistige Band fehle, begründet die Autorin die Notwendigkeit einer lebensnahen Darstellung aller von ihr geschilderten Vorgänge an Stelle einer trockenen Vermittlung von Anweisungen oder lehrbaren Wissens. Und in der Tat ist das ganze Buch mit einer Wärme und Güte aus dem täglichen Schulerleben geschrieben, daß der Leser mitfühlt, und es ihn besinnlich stimmt. Warum der echte Gehorsam nicht gedeihen kann, wenn das Vertrauen verlorengeht, und andere Schwierigkeiten in einer verwahrlosten, lernscheuen Klasse werden aufgedeckt. Verlorenes Vertrauen wiederzugewinnen ist das Anliegen dieses Buches. Martin Klemm

J. Berna: Erziehungsschwierigkeiten und ihre Überwindung. 2. Aufl. 1959, 234 Seiten. Verl. Hans Huber, Bern und Stuttgart. Leinen Fr./ 19,— DM.

Hans Zulliger: Schwierige Kinder. — 12 Kapitel zur Erziehungsberatung und Erziehungshilfe. . 4. Aufl. 1958, 240 Seiten. Verl. Hans Huber, Bern und Stuttgart. Leinen Fr/21,50 DM.

Oft sind Sprachstörungen bei Kindern mit Erziehungsschwierigkeiten oder sonstigen psychischen Fehlentwicklungen ursächlich verknüpft. Sprachtherapie sollte in solchen Fällen mit einer Entwicklungshilfe verbunden werden. Wir nennen das seit Rothe „Umerziehung“. Sie ist ein schwieriges Kapitel. Mit Unterdrückung unerwünschter Regungen ist noch keine Erziehung geleistet, sondern es kommt darauf an, „eine bestimmt gerichtete Entwicklung in Gang zu setzen“ (Zulliger).

Die zwei obengenannten Bücher sind geeignet, unseren Blick für Fehlentwicklungen im Kindesalter und für Möglichkeiten der Umerziehung zu weiten und zu schulen.

Jacques Berna bietet in anschaulicher Darstellung viele Beispiele, an denen Zusammenhänge deutlich gemacht werden, die uns bisher möglicherweise entgangen waren. Wo man das Buch aufschlägt, findet man Wesentliches angesprochen, und es fällt schwer, im Weiterlesen innezuhalten. Neben diesem Vorzug bietet das Buch ein ausführliches Register, so daß es auch gut zum Nachschlagen geeignet ist, ganz gleich, ob man Stichwörter aus der pädagogischen, medizinischen oder tiefenpsychologischen Terminologie aufsucht. So finden sich z. B. bei den Stichwörtern „Spiel“ und „Spieltherapie“ 35 Hinweise, bei „Strafe“ 27.

Zulliger schildert Fälle aus seiner Erziehungsberatung, unter denen neben allen möglichen Verhaltensstörungen auch Sprachschäden anzutreffen sind. Mit einer in langen Jahren erzieherischer und psychotherapeutischer Praxis erworbenen Intuition werden die Ursachen der Schwierigkeiten aufgedeckt und die Maßnahmen zu ihrer Behebung geschildert. Auch auf die positiver Einflußnahme gesetzten Grenzen wird hingewiesen. An Fällen aus seiner Praxis läßt Z. beispielsweise deutlich werden, wann es angezeigt ist, einen Milieuwechsel vorzunehmen, was dabei zu beachten ist oder wann und wie andere tiefenpsychologisch begründete Methoden angewandt werden, darunter seine sog. „reine Spieltechnik“. Hier demonstriert Z. den richtigen Einsatz und den Wert der Formdeutests. Schließlich wird die Forderung einer tiefenpsychologisch fundierten Pädagogik aufgestellt und begründet und die Bedeutung der Tiefenpsychologie für den Pädagogen aufgezeigt. Auch hier bleibt uns Z. Belege aus der Praxis nicht schuldig. Heinrich Staps

Dr. H.-H. Wängler: Leitfaden der pädagogischen Stimmbehandlung. Carl Marhold Verlag, Berlin 1961, 66 Seiten, kart., etwa 6,— DM.

In der Schriftenreihe „Heilpädagogische Beiträge“, herausgegeben von Dr. Gerhard Heese, erschien Wänglers „Leitfaden der pädagogischen Stimmbehandlung“. Im ersten Teil des Heftes wird noch einmal sehr anschaulich mit guten bildlichen Darstellungen der Atmungsorgane, des Kehlkopfes und des Ansatzrohres die Anatomie und Physiologie der betreffenden Organe aufgezeigt. Der Ruf des Autors nach einer Stimmerzziehung und Stimmausbildung für Lehrer im Rahmen ihrer pädagogischen Ausbildung kann nur immer wieder unterstrichen werden. Alle Pädagogischen Hochschulen sollten diese Disziplin als Pflichtfach in ihren Plan aufnehmen. In dem Abschnitt „Grundfragen der Stimmerzziehung“ geht der Autor noch einmal auf den gesundheitlichen Wert des Singens ein. Die Sänger-

atmung ist eine typische Heilatmung und bessert Kreislauf, Herzinsuffizienzen, Zwerchfell- und Lungentätigkeit. Darum findet man unter Sängern auch selten einen Hypertoniker.

Nach dem „Allgemeinen Übungsteil“ werden im „Speziellen Übungsteil“ hyper- und hypokinetische Stimmstörungen, Formen des falschen Stimmsitzes, die persistierende Mutationsstimme und die Nässelformen besprochen. Im ganzen: ein sehr praktisches Handbüchlein, besonders für redende Berufsausübende, die zur Phonasthenie oder Resasthenie neigen.
Martin Klemm

Emanuel Bernart: Die Unterstufe der Hilfsschule. Allgemeine Fragen der heilpädagogischen Praxis. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin (West)-Charlottenburg 9, 1961. VIII und 203 Seiten. Mit 6 Faltafeln. Gzl. geb. 19,80 DM.

Wilhelm Borgards: Methodische Behandlung der Rechenschwäche. Ein Weg zur Einführung der Kinder in das Rechenverständnis. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin (West)-Charlottenburg 9, 1960. Mit Abbildungen und zahlreichen ausführlichen Unterrichtsbeispielen nach dem Verfahren an Sonderschulen. 140 Seiten. Kart. 13,50 DM.

Bernart will auch im Hilfsschulwesen zu einer „differenzierenden dynamischen Heilpädagogik“ kommen. Er schildert zunächst die Problematik seit 1945. Zwei Richtungen, so sagt er, stoßen seit dieser Zeit in der Hilfsschulpädagogik in Deutschland aufeinander: die von Herbart geprägte alte Schulform, die den Schwächen der Kinder mit einer „staunenswerten Verfeinerung der Unterrichtsführung“ beikommen wollte und die seit 1900 aufgekommene „psychotherapeutische Richtung“, die sich aber bisher in die Schulorganisation wenig einbauen ließ. Die Klärung liegt noch vor uns, und von diesem Problem müssen wir ausgehen.

Der Autor will beide Richtungen vereint sehen in der individuellen Erfassung, Erziehung und Unterrichtung jedes gestörten Kindes. Dabei ist der Schwerpunkt vom Unterricht auf die Heilerziehung und Lebenshilfe zu verlegen. Solange aber pädagogische Wunschbilder oder erziehungsphilosophische Konstruktionen die Praxis bestimmen“, ist das allerdings unmöglich. Darum muß man „systematisch heilpädagogische Tatsachenforschung“ treiben.

Diese ist dann auch ein Hauptbestandteil des vorliegenden Buches. Bernart bringt umfangreiche Falldarstellungen, und auf Grund der beobachteten und beschriebenen Tatbestände werden Anregungen zur Sondererziehung und zum Sonderunterricht gegeben. Seine Kapitel „Allgemeine heilpädagogische Schulprobleme“ und „Heilpädagogische Hilfen“ sind für jeden Fachpädagogen interessant und lesenswert. Vieles, was Bernart von den Hilfsschulkindern sagt, trifft z. B. auch auf unsere sprachgestörten Kinder zu; deuten sich hier nicht doch bestimmte gemeinsame Grundlagen der Sondererziehung für alle irgendwie geschädigten oder gestörten Kinder an?

Das Buch macht jedenfalls auch dem Fachpädagogen für Hör- und Sprachgeschädigte wieder einmal deutlich, daß in einer Hilfsschule — wie Bernart sie noch immer nennt — sehr differenzierte Störungsgruppen zu finden sind, und durchaus nicht der Schwachsinn im Vordergrund steht. Es ist daher auch in dieser Hinsicht zu empfehlen.

Wilhelm Borgards behandelt das unterrichtliche Problem der Rechenschwäche und zeigt einen methodischen „Weg zur Einführung der Kinder in das Rechenverständnis“. Die Unterrichtsbeispiele erhöhen den Wert des Buches, das ebenfalls nicht nur für den Hilfsschullehrer von Bedeutung ist, denn rechenschwache Kinder finden wir auch in anderen Schulen.

Der Westberliner Marhold Verlag zeigt sich mit den beiden gelungenen Büchern wieder eindrucksvoll als spezieller Anwalt der Sondererziehung (Heilpädagogik).
Arno Schulze

Heilwege der Tiefenpsychologie, herausgegeben von L. Szondi, Zürich, Verlag Hans Huber, Bern u. Stuttgart, 188 S. Leinen DM/Fr 17,50.

Das Buch entstand aus einem 1955 in Zürich gehaltenen Vortragszyklus. Mit dem Ziel, eine Integration der verschiedenen Richtungen der Tiefenpsychologie vorzubereiten, wurden ihre Vertreter an einen Tisch zusammengebracht. Der derzeitige Zustand — jede Teilrichtung ist fest davon überzeugt, daß sie allein die ganze Tiefenpsychologie repräsentiere — verhinderte bisher, daß diese Fachrichtung einen einheitlichen status academicus erreichen konnte. Erst wenn es ihren Vertretern gelingt, so argumentiert Szondi, eine Einigung zu erzielen, wird es möglich sein, an den Universitäten den „diplomierten Tiefenpsychologen“ auszubilden.

In Einzelreferaten werden folgende Heilwege dargestellt: Ps.analyse S. Freuds, analytische Psychologie C. G. Jungs, Schicksalsanalyse Szondis, Individualpsychologie A. Adlers und Gruppenpsychotherapie. Den Referaten folgt eine Diskussion und eine Zusammenfassung. Es ergibt sich, daß fast alle vorhandenen

Gegensätze „komplementärer und nicht kontradiktorischer Natur“ sind. Demnach ergänzen die verschiedenen Richtungen sich wechselseitig. Sie schließen sich nicht gegenseitig aus. Die Zusammenfassung bringt eine nach den einzelnen Richtungen aufgegliederte anschauliche Beantwortung der Fragen nach Heilverfahren, Heilobjekt, Angriffspunkt, Technik, Ziel, Gebieten für die beste Eignung des Verfahrens, Grenzen und fundamentalen Theorien. Schließlich schlägt Szondi einen Weg vor, auf dem es möglich wäre, das gemeinsame Ziel zu erreichen, nämlich „eine selbständige akademische Zwischendisziplin der Tiefenpsychologie, die zwischen der Medizin und der Psychologie steht und in 8–10 Semestern an der Universität sowohl die nötigen medizinischen wie auch die allgemeinen psychologischen und die speziellen tiefenpsychologischen Kenntnisse aller Richtungen den Kandidaten theoretisch und praktisch beibringt und sie als diplomierte Tiefenpsychologen — mit oder ohne Dokortitel — in die Praxis stellt.“ Es ist nicht schwer, vorauszusehen, daß die Kinderkrankheiten der Tiefenpsychologie nicht mit ihrem Tode enden werden. Szondi gebührt das Verdienst, den einzigen Weg zur Genesung aufgezeigt zu haben. Heinrich Staps

Edith Wolf u. Egon Aderhold: Sprechzieherisches Übungsbuch. 128 S. Henschel-Verlag, Berlin 1960. 7,50 DM.

K.-L. Harth: Deutsche Sprechübungen mit Ausspracheregeln. 168 S. Hermann Böhlau Nachfolger Verlag, Weimar 1960.

Zur gleichen Zeit werden uns zwei sprecherzieherische Werke vorgelegt, die in Anlage, Diktion und vielen Einzelheiten zu interessanten Vergleichen herausfordern.

Wolf-Aderhold erheben in wohlthuender Schlichtheit ihr Werk in den Rang einer „Sammlung von Übungsmaterial“ — und sie bieten damit ungleich mehr. Keine umstürzenden Neuigkeiten, keine welterschütternden Forschungsergebnisse, lediglich ein einfacher Bericht von der Arbeit mit Schauspielschülern. Dabei waltet über dem Ganzen die exakte, wissenschaftliche Grundhaltung und eine Terminologie, die aus der alten Schule des ersten sprechkundlichen Instituts an der Hallischen Universität stammt.

Sehr richtig wird unterstrichen, daß immer noch der Atmung auch übungsmäßig eine fundamentale Bedeutung zukommt, eine Meinung, die hier und da in den Hintergrund zu treten scheint, besonders nach Husson's Theorie der neurochronaxischen Stimmlippenschwingungen. Nicht oft genug kann betont werden, daß gerade in unserer Zeit allgemeiner Überspannung und vegetativer Dysregulationen von Seiten der Atmung her wohlthuend entgegengearbeitet werden kann.

Wer sich vielleicht an dem hochgegriffenen Ausdruck *Sprecherziehung* je gestoßen haben sollte, hier erfährt er eine abgeklärte Reduzierung: sie (die Sprecherziehung) „ist nur insofern der Persönlichkeit des jeweiligen Erziehers verpflichtet, als sie dessen praktische Erfahrung . . . nutzt“ (12). Wenn dann wenig weiter ausgeführt wird, daß die heutige Sprecherziehung im Gegensatz zur mechanistischen den ganzen Menschen in seiner Persönlichkeit erfäßt, so möchte man die oben gegebene Einschränkung hier angewendet wissen: Nur in typenbedingten Grenzen. Jede erzieherische Einwirkung erfährt bisweilen Grenzen in der terra incognita der Typendivergenz. In diesen Fällen kann die diskreter vorgehende alte mechanistische Schule unverbindlichere Wege weisen und durch weniger — mehr bieten.

In 10 Grundgesetzen fassen die Autoren das Notwendige zusammen:

1. Kontrolle der Spannungsverhältnisse
2. Natürliche Körperhaltung
3. Kombinierte Atmung
4. Weite der Resonanzräume
5. Ausschöpfende Bewegung der Sprechwerkzeuge — eine besonders glückliche Formulierung
6. Natürliche Sprechtonlage
7. Geschultes Gehör
8. Bewußter Formungs- und Mitteilungstrieb (Persönlichkeitsgrenzen!)
9. Hörer- und Raumbezug — wird vielfach gering geschätzt.
10. Betont die Komplexität des Sprechvorganges als psychophysische Ganzheit.

Die praktische Durchführung wird im einzelnen erläutert, wobei neben bewährten älteren und neueren Übungsanleitungen (Pleuelübung, Stoßübung, Atemwurf, Kaumethode u. a.) manche neuen und aus praktischer Erprobung stammende „Kniffe“ mitgeteilt werden. Ob bei der sog. Atemstütze wirklich eine inspiratorische Spannung wirksam ist, oder nicht besser eine spannungsfreie natürliche Hochstellung des Brustkorbes tätig sein sollte, möchte Rezensent als Frage aufwerfen.

Die Autoren arbeiten an einer Schauspielschule, ihr Übungsbuch soll dem „künstlerisch-praktischen Bedürfnis der schauspielerischen Ausbildung“ Rechnung tragen. Das Textmaterial stammt daher ausschließlich aus der Sprache der Dichtung,

wobei Aussagen vieler Form- und Spannungsstufen berücksichtigt werden. Dadurch ist die Verwendung — was Übungsbeispiele ganztextlicher Art betrifft — etwas eingeschränkt. Die stimm-sprechpädagogischen Anweisungen haben jedoch im Sinne des Buchtitels Allgemeingültigkeit und können zum Teil direkt, zum Teil modifiziert, auch für die Praxis der Sprachheilpädagogik verwendet werden. Die Anschaffung dieses Übungsbuches kann daher gern empfohlen werden.

Für die Arbeit innerhalb der Lehrerbildung legt Harth deutsche Sprechübungen vor.

Der Autor bezieht durchgehend eine Art Kampfposition, deren Notwendigkeit nicht einleuchtend ist. Kann man wirklich die gewagte Behauptung vom Stapel lassen, daß Deutschlehrer herangebildet werden, „die in den spanischen Stiefeln der Sprachwissenschaft wohl dressiert sind, die jedoch zum größten Teil unfähig sind, deutsches Sprechen zu lehren“ (11), ja deren wenigste „frei reden“ (12) können. Aus einer äußerst zugespitzten Antihaltung gegenüber der Sprachwissenschaft erstrebt Autor eine „Renaissance“ durch die Sprachwissenschaft, für deren Ablehnung die „scheingelehrte Ignoranz der Muttersprache“ (12) verantwortlich gemacht wird.

Mit diesem Schwung wird auch der schlichte Titel „Deutsche Sprechübungen“ weit überschritten. Exkurse in sprachphilosophische Gebiete versuchen sich an einer Definition der Sprache, gehen auch ein auf den Komplex Arbeiten-Sprechen-Denken, streifen das Problem Rechtschreibung-Rechtlautung usw. usw.

„Wir müssen es auf uns nehmen, nur Wegbereiter und wissenschaftliche Agitatoren einer Lösung zu sein, die wir grundsätzlich schon geben könnten, für die die Deutschkunde aber noch nicht empfänglich ist“ (15), wird bescheiden zusammengefaßt.

Zu Einzelheiten:

Die Frage der Atmungsübungen wird zugunsten allgemeiner Haltungskorrekturen etwas an den Rand gerückt.

Im Kapitel „Stimmton“, das gut bebildert anatomisch-physiologische Gegebenheiten behandelt, wird für die weite Atmungsstellung bei Stimmlippen (5Eck) der Terminus „Blasestellung“ gebraucht.

Mit Recht wird die Notwendigkeit der sog. Zungenkontaktstellung (Spitze hinter Mitte der unteren Schneidezähne) betont. Nur wenige Konsonanten suchten sie nicht, sagt Autor, darunter z und ch, während bei flüssigem, schnellen Sprechen gelegentlich auch l, z und ch kontaktgestellt artikuliert würden. Nun denn: z und ch sind durchweg kontaktgestellt, l kann nur undeutlich in dieser Weise artikuliert werden.

Die eigentlichen Sprechübungen, auf S. 43 beginnend, unterteilen für jeden Laut:

I. Artikulation

- A. Lautbildung
- B. Fehlermöglichkeiten
- C. Abhilfe

II. Gebrauch

III. Übungen

IV. Satzbeispiele

Manches erscheint zumindest sehr problematisch. So zum Beispiel die Anweisungen zur R-Bildung, für die es doch weiß Gott eine Reihe bestens bewährter Methoden von Talma bis Wulff gibt, die Erklärung der Ch²-Artikulation mit schwingendem Zäpfchen u. a.

Befremdend wirken überzogene Termini wie „fraktionierte Lautbildung“, „additionale Auslautverhärtung“, „Stenolalie“, „Approximationsstellung der Zunge“ u. a. m. Daß auch „Atem und Atmung“ als Materie und Funktion durcheinandergeworfen werden, mag angesichts namhafterer Beispiele dahingehen, jedoch kann sich der sprachoffene Leser an „Atemerziehung“, „Atemmodus“ und „Atemtypus“ stoßen.

Die Auswahl der Übungswörter ist mit großem Fleiß zusammengestellt. Jedoch wird der bescheidene Sprechzögling der Gefahr des Minderwertigkeitskomplexes nicht entgehen, wenn er üben soll: „aquivock, Arar, Entomologie, Aga, Agnat, antediluvianisch, Idria, Irokesen, Itazismus, Klysmas, Python, Sylphe, Yttrium“ als Beispielauswahl.

Die Textauswahl bezieht anerkennungsruhmreicherweise die sprachliche Aussage in ihrer ganzen Breite ein. Die Kürze mancher Beispiele führt jedoch nicht selten zu fragmentarischen Bildungen, deren Sinndeutung im ganzheitlichen Sprechvollzug nicht einfach ist. „Was hast du dir da erwartet, Vogel?“ u. a.

Zusammenfassend: Das Bestreben nach wissenschaftlicher Präzision und Werterhöhung einer in der Vergangenheit vernachlässigten Seite der sprech-sprach-

lichen Ganzheit wird aus einer überhitzten Kampfposition wahrgenommen, welche der heutigen Situation in Forschung, Lehre und Praxis nicht gerecht wird. Deshalb kann Verlag und Autor angeraten werden, einer Neuauflage eine sorgfältige fachliche und stilistische Überarbeitung angedeihen zu lassen. Einmal sollte der Charakter des „Übungsbuches“ gewahrt bleiben, zum anderen dürften keine Scheingegensätze zwischen Sprach- und Sprechkunde, die gerade im Lehrerberuf ihr gemeinsames Arbeitsfeld haben, aufgerissen werden.

Im gleichen Verlag erschienen „Sprechübungen“ von Frau Prof. Dr. Irmgard Weithase in der 4. Aufl. 1956 und beim Böhlau-Verlag Köln in der 5. Aufl. (Besprechung siehe „Sprachheilarbeit“ 3/60).
Werner Orthmann

Zeitschriftenhinweise

Neue polnische Fachzeitschrift „LOGOPEDIA“

Seit 1960 erscheint in Lublin, von Dr. Leon Kaczmarek als Vorsitzendem eines Redaktionskollegiums herausgegeben, die Fachzeitschrift „LOGOPEDIA“, die sich den Problemen der Kultur des gesprochenen Wortes widmet.

Der I. Teil des Heftes 1/1960 behandelt allgemein logopädische Probleme, darunter „Die Sprachfürsorge des Kindes in Polen“ von Leon Kaczmarek.

Der II. Teil bietet Nachrichten über die Arbeit z. B. der Sprachstörungen-Beratungsstelle in Lublin, schulische Erfahrungen und die in anderen polnischen Zeitschriften erschienenen logopädischen Veröffentlichungen.

Der III. Teil umfaßt Besprechungen u. a. der Arbeiten von M. Sovák, K. Ohnesorg und H.-H. Wängler, während der IV. Teil, Chronik, einen Bericht über den 7. allgemeinen polnischen Vortragswettbewerb der Lubliner Woiwodschaft enthält.

Wünschenswert erscheinen kurze Zusammenfassungen in Englisch, Französisch, Deutsch oder Russisch, um einen internationalen Leserkreis den Zugang zur polnischen logopädischen Arbeit zu erleichtern.

Hans Krech

LOGOPEDIE EN FONIATRIE (Niederlande)

F. Grewel: Balbuties. (Heft 9, 10, 11 und 12/1960)

NEUE BLÄTTER FÜR TAUBSTUMMENBILDUNG

Otto Schmähl: Das „Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens“ und die Gehörlosenbildung. (Heft 10 u. 11/1960)

Arno Blau: Deutsche Taubstummenbildung in Zahlen. (Heft 10 u. 11/1960)

Fritz Jessler: Stotterbehandlung durch Bewegungstherapie, Atem- und Stimm-sicherung nach Oskar Fitz, Wien. (Heft 12/1960)

E. Kern: Sprachkrankenfürsorge in Nordbaden. (Heft 1 u. 2/1961)

ZEITSCHRIFT FÜR HEILPÄDAGOGIK

Gustav Lesemann: Gibt es eine „Sonderpädagogische Didaktik“? Ein Beitrag zur Klärung und Vertiefung des Eigencharakters der Sonderpädagogik und ihrer Integrierung. (Heft 11 u. 12/1960)

Eva u. Gottfried Kluge: Ein Lautprüfmittel zur Prüfung der Spontansprache bei sprachgestörten Kindern. (Heft 11/1960)

Harold Zumsteeg sen.: Rückschau auf ärztliche Tätigkeit in der Sprachheilpädagogik. (Heft 12/1960)

GESUNDHEITSFÜRSORGE

Martha Friedländer: Aufbau und Aufgabe eines Hörzentrums. (Heft 4/1960)

SOZIALE ARBEIT

Arno Schulze: Zum Stand der Sprachheil- und Schwerhörigenpädagogik in der Bundesrepublik und in Westberlin. (Heft 12/1960)

Schriftleitung: Arno Schulze, Berlin-Buckow II, Rudower Straße 87, Tel.: 60 78 87.
Geschäftsstelle: Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestraße 47-51. — Druck: Makowski & Wilde, Berlin-Neukölln, Hermannstraße 48. Tel.: 62 06 52. — Preis pro Heft 1,80 DM, erscheint 4× p. a.)

Für unverlangt eingesandte Manuskripte können wir keine Gewähr übernehmen. Wenn Rücksendung gewünscht wird, bitte Porto beifügen!
Die in der „Sprachheilarbeit“ abgedruckten und mit den Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Arbeitsgemeinschaft oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

1. „Die Sprachheilarbeit“, Fachzeitschrift unserer Arbeitsgemeinschaft — Bezugspreis pro Nr.	1,80 DM
Jahresbezug (erscheint 4mal im Jahr)	7,20 DM
Für Mitglieder ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.	
2. Übungsblätter zur Sprachbehandlung	
1. Folge: Für Lispler:	Folge 1—3
2. Folge: Für Sch-Stammler	pro Stück:
3. Folge: Für K- und G-Stammler	0,40 DM
4. Folge: Für R-Stammler	
5. Folge: Für leicht und schwer stammelnde Kinder	Folge 4—8
6. Folge: Für Heisere und Stimmchwache	pro Stück:
7. Folge: Für geschlossene Näsler	0,45 DM
8. Folge: Für offene Näsler und Gaumenspaltler	
9. Folge: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps, 48 Seiten, Einzelheft	2,00 DM
10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen (Für stimmkranke und stotternde Erwachsene) von J. Wulff, 48 Seiten; steif kartoniert, Einzelheft	1,60 DM
11. Folge: Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte. Zusammengestellt und erläutert von J. Wulff, 11 Seiten, Einzelheft	0,45 DM
3. „Hilf dem Stotterer“ v. M. Friedländer (Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes)	0,20 DM
4. Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke	0,50 DM
5. Tagungsberichte	
a) Theorie und Praxis der Stotterertherapie, Hbg. 1955	5,00 DM
b) Stimme und Sprache, Hbg. 1956	5,00 DM
c) Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen, Berlin 1958	7,50 DM
6. Lautstreifen v. P. Lükling	0,05 DM
Merkblatt z. Lautstreifen v. P. Lükling (im Neudruck)	0,75 DM
B-Streifen v. P. Lükling	0,05 DM
Sonderdruck: P. Lükling: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung. (Der B-Streifen)	1,50 DM
Tabelle der Randsymptome	0,20 DM

Druckschriftenbezug:

1. „Die Sprachheilarbeit“ durch Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestr. 47-51
2. Alle anderen Druckschriften über Frau Hannah Jürgensen, Hamburg-Altona, Bernstorffstr. 147

Überweisungen bitte wie folgt vornehmen:

1. Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ auf Postscheckkonto Berlin-West Nr. 1056 68
2. Beiträge auf Postscheckkonto Hamburg 97 40 (Jahresbeiträge bis 15. Februar eines jeden Jahres).
3. Alle übrigen Rechnungen ebenfalls auf Postscheckkonto Hamburg 97 40
Vermerken Sie bitte auf jeder Überweisung den Zweck oder die Rechnungsnummer Ihrer Zahlung!

