

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR  
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.  
LANDESGRUPPE BERLIN

Die  
**Sprachheilarbeit**

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

A u s d e m I n h a l t

**H. Jussen, Köln**

Das Problem des Stotterns in der amerikanischen Fachliteratur

**F. Trojan und H. Weihs, Wien**

Die Polarität der sprach- u. stimmheilkundlichen Behandlung

**Umschau und Diskussion**

**Aus der Organisation**

**Bücher und Zeitschriften**

Herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland  
Sitz Hamburg

Postverlagsort Berlin  
A 21 843 F

9. Jahrgang

Juni 1964

Heft 2

## Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

Mitglied der I. G. L. P. (Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie)

1. Vorsitzender: J. Wulff, 2 Hamburg 6, Karolinenstr. 35, Tel. 3 41 09 / 30 67

2. Vorsitzender: P. Lüking, 1 Berlin 44, Delbrückstr. 8 b, Tel. 62 71 60

Geschäftsführer: J. Wiechmann, 2 Hamburg-Fuhlsb., Ratsmühlendamm 37, Tel. 59 19 51

Schriftführerin: H. Jürgensen, 2 Hamburg-Altona, Bernstorffstraße 147, Tel. 42 10 71 (61 51 63)

Rechnungsführer und Mitgliederabteilung: G. Reuter, 2 Hamburg 6, Karolinenstr. 35, Tel. 3 41 09 / 30 67, Postscheckkonto: Hamburg 97 40.

Referat Landespolitik und Koordination: K. Leites, 2 Hamburg 6, Karolinenstr. 35  
Referat Presse und Statistik: J. Wiechmann, Adresse s. o.

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

Anschriftenänderung bitte sofort der Mitgliederabteilung und der Geschäftsstelle der Zeitschrift mitteilen!

Zum erweiterten Vorstand gehören die Vorsitzenden der Landesgruppen, der Geschäftsführer und der Schriftleiter unserer Fachzeitschrift.

Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (Vorsitz: 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“

Hauptschriftleiter: Arno Schulze, Heimsonderschule der Neuerkeröder Anstalten, 3305 Obersicke/über Braunschweig, Tel. Dettum 266

Stellv. Schriftleiter: Klaus Wegener, 1 Berlin 51, Emmentaler Str. 79 a, Tel. 49 38 59

Geschäftsstelle: Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61, Tel. 43 61 94

### Landesgruppen

Baden-Württemberg:	Günter Diekmann, 68 Mannheim-Feudenheim, Am Aubuckel 48
Bayern:	Anni Braun, 8 München 22, Triftstr. 10
Berlin:	Karl-Heinz Rölke, 1 Berlin 47, Fritz-Reuter-Allee 162
Bremen:	Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 22
Hamburg:	Heinrich Staps, 2 Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Hans Döbler, 62 Wiesbaden, Eberleinstr. 1
Niedersachsen:	Hildegard Schneider, 3 Hannover, Burgstr. 14
Rheinland:	Ernst Kremer, 5 Köln, Stadthaus Pipinstraße, Schulamt
Rheinland-Pfalz:	Erich Zürneck, 545 Neuwied, Gehörlosenschule
Schleswig-Holstein:	Prof. Dr. Dr. Hermann Wegener, 23 Kiel, Wilhmshavener Str. 23
Westfalen-Lippe:	Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

# Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

Herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland  
Sitz Hamburg

9. Jahrgang

Juni 1964

Heft 2

## *Christian Winkler — am 18. März 60 Jahre*

*Prof. Dr. Chr. Winkler, Lektor für Sprechkunde, Vortragskunst und Theaterkunde an der Philipps-Universität Marburg/L. ist auch den Sprachheilpädagogen aus seinen zahlreichen Schriften und Büchern bekannt. Seit der Einrichtung der Lehrgänge für die Ausbildung von Sprachheillehrern in Marburg war er für die Fächer Sprechkunde und Sprecherziehung dem jungen Nachwuchs ein beliebter Lehrmeister. Fast alle seine Schriften bieten auch uns vielerlei Anregungen und fallen im praktischen Schulalltag auf fruchtbaren Boden. Jeder Sprachheillehrer muß sich zwangsläufig um Sprechkunde und Sprecherziehung bemühen.*

*Für die wissenschaftliche Grundlegung dieser Gebiete, für Fragen der Rechtslautung als Mitherausgeber des neuen „Siebs“ und für die Probleme einer Rechtschreibereform ist sein Name nicht mehr wegzudenken. In 6 Büchern und 75 Aufsätzen dokumentiert Prof. Dr. Chr. Winkler sein fruchtbares Wirken.*

*Für seine sprechkundliche Tätigkeit wünschen ihm auch die Sprachheilpädagogen als interessierte Nachbarn für die Belange muttersprachlicher Bildung weiterhin Erfolg.*

Johannes Wulff  
Vorsitzender

DAS PROBLEM DES STOTTERNS IN DER AMERIKANISCHEN  
FACHLITERATUR.

Unter den verschiedenen Sprach-, Sprech- und Redestörungen beansprucht das Problem des Stotterns seit jeher unsere besondere Aufmerksamkeit. Veranlassung hierfür bietet nicht nur die relative Häufigkeit seines Vorkommens<sup>1)</sup>, sondern vor allem die Schwierigkeit, seine eigentlichen Ursachen im Einzelfall zu erkennen und von daher die angemessene Behandlung zu bestimmen. Vor allem in den letzten Jahrzehnten haben die immer noch unbefriedigenden Erfolge in der Stottererbehandlung eine verstärkte Diskussion um das Problem des Stotterns ausgelöst. Wir stehen heute vor einer Vielfalt von Theorien und Hypothesen, die eine zureichende Lösung des Stottererproblems anbieten, ohne jedoch eine entscheidende Klärung herbeigeführt zu haben.

Da den meisten der auf diesen Theorien aufbauenden Behandlungsmaßnahmen ein Dauererfolg versagt blieb, stellte sich verschiedentlich in der Vergangenheit ein ausgesprochenes Pessimismus über die Möglichkeiten der Erfassung und Behandlung stotternder Kinder und Erwachsener ein. Ärzte, Psychologen und Pädagogen gelangten häufig zu der Auffassung, daß das Stottern weder ätiologisch noch therapeutisch wirklich ausreichend erfaßt und angegangen werden könne.

Es verwundert deshalb nicht, daß bei der notwendigerweise geforderten engen Beziehung von Therapeut und Patient sich eine solche Überzeugung leicht auf den Stotterer selbst übertrug und er — nicht zuletzt auch aufgrund seiner eigenen negativen Erfahrungen — einem gewissen Fatalismus nachgab.

Der Grund für die bisherigen unzureichenden Ergebnisse intensiven Forschens liegt vornehmlich in dem Umstand begründet, daß es kein einheitliches Krankheitsbild des Stotterns gibt, sondern daß das Stottern als Erscheinungsform verschiedenster Ursachen angesehen werden muß.

Aus Gründen des Vergleichs soll zunächst ein kurzer Hinweis gegeben werden auf die

*Auffassungen über das Problem des Stotterns in Europa.*

Die komplexe Problematik hat dazu geführt, daß sich gleichermaßen Mediziner, Psychologen und Sprachheilpädagogen um eine echte Klärung und Erhellung der Ätiologie des Stotterns bemüht und nach neuen Wegen zu seiner Überwindung gesucht haben.

<sup>1)</sup> Nach den Veröffentlichungen von B. BRYNGELSON (6) wird die Zahl der nord-amerikanischen Stotterer mit mehr als 2 Mill. angegeben. L. D. REID (31) schätzt, daß ungefähr 1% der Gesamtbevölkerung Amerikas an Stottern leidet. Im Vergleich hiermit interessiert, daß die entsprechenden Angaben für Europa zwischen 0,5 und 1,7% liegen. (Die Schwankung hat ihre Ursache in dem Fehlen einwandfreier statistischer Untersuchungen über die Häufigkeit des Auftretens von Stottern bei Kindern und Erwachsenen.)

Man kann vereinfachend und ohne allzu starke Verzerrung der wirklichen Verhältnisse feststellen, daß sich in Europa grundsätzlich 3 Richtungen herausgebildet haben:

1. *Eine erste Richtung* wendet ihre Aufmerksamkeit besonders den somatischen Befunden zu. Wir können sie deshalb zusammenfassend als somatogenetische Richtung bezeichnen. Vertreter dieser Richtung sind: G. E. ARNOLD (1), E. FRÖSCHELS (14/15), M. NADOLECZNY (29), M. SEEMANN (36/37).

Sie sehen im Stottererleiden vornehmlich das Symptom einer Organschwäche — meist einer Schwäche des zentralen Nervensystems und einer allgemeinen Störung des vaso-motorisch-vegetativen Nervensystems —, den Folgezustand nach frühkindlicher Hirnschädigung u. ä.

Durch Anwendung bestimmter medikamentöser Mittel, durch Elektro-Massage, physikalische Heilbäder und Heilschlafbehandlung versuchen die Vertreter dieser Richtung eine dämpfende Wirkung auf beide Teile des vegetativen Nervensystems zu erzielen.

Die medikamentöse Heilbehandlung vermag wesentlich zur Besserung des Stottererleidens beizutragen. Zur Heilung reicht sie im allgemeinen jedoch nicht aus, wie von den genannten Autoren selbst betont wird.

2. *Die zweite*, von H. GUTZMANN (18) und A. KUSSMAUL (26) begründete *Richtung* deutet das Stottern funktionell und strebt eine Heilung auf dem Wege über Sprechübungsbehandlungen, in der Form von Artikulations- und Stimmbildungsübungen an. Diese Richtung ist in ihrer Ausschließlichkeit heute weitgehend überholt. In der Form einer falsch verstandenen Symptombehandlung ist sie sicherlich abzulehnen<sup>1)</sup>.
3. *Eine dritte Richtung* betrachtet das Stottern als psychogen verursacht oder bedingt (LIEBMANN [27], HOEPFNER [22]) bzw. als Symptom eines psychoneurotischen Zustandes, also als Zeichen einer emotionellen Anpassungsstörung mit abwegigem Verhalten<sup>2)</sup>. Wesentliche Vertreter sind: A. DÜHRSEN (10), H. FERNAU-HORN (12), E. OPITZ (30), E. SCHNEIDER (35). Die eingehenden Untersuchungen der letzten Jahre haben bewiesen, daß in weitaus mehr Fällen, als man früher angenommen hat, Stottern neurotischen Charakters ist. Nach den Untersuchungen von W. HENNIG u. a. werden hier Zahlen von 50 % und mehr genannt<sup>3)</sup>.

Zusammenfassend darf festgestellt werden, daß die Aussagen in der europäischen Fachliteratur zum Problem des Stotterns durch voneinander sehr unterschiedliche Auffassungen gekennzeichnet sind und durch zum Teil streng

<sup>1)</sup> P. FLOSDORF (13) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß man gegen jede Art von oberflächlicher Symptombehandlung skeptisch wird, wenn man verstanden hat, „in welchem Maße das Stottern wirklich der Ausdruck einer Persönlichkeitsnot ist“.

<sup>2)</sup> M. SEEMANN (37:314)

<sup>3)</sup> W. HENNIG (20:17)

gegeneinander abgehobene Schulen. Die Ergebnisse sind häufig unbefriedigend, weil jeweils nur einseitig bestimmte Aspekte des Phänomens untersucht und betrachtet werden<sup>1)</sup>).

In der weiteren Darstellung soll nun versucht werden, einen allgemeinen, informierenden Überblick zu bieten über die gegenwärtigen

*Auffassungen zum Problem des Stotterns in der amerikanischen Fachliteratur<sup>2)</sup>.*

Ähnlich wie den europäischen Fachleuten stellt sich auch in Amerika das Stottern den Medizinern, Psychologen und Sprachheilpädagogen als ein vielschichtiges Problem dar. Nach außerordentlich gründlichen Vorarbeiten gelang es den Amerikanern mit Hilfe systematischer Untersuchungsreihen über Jahrzehnte hinweg, die früheren festgefahrenen Fronten in der Auffassung aufzulockern. Dank ihrer phänomenologischen Art der Betrachtung und unbeeinflusst von traditionell gewachsenen Vorurteilen gegenüber der Problematik haben sie in sehr zielstrebig und breit angelegten Untersuchungen das Stottererproblem unter den verschiedensten Gesichtspunkten angegangen. Als Ergebnis dieser konsequenten Suche nach neuen Verfahren zur Stottererbehandlung läßt sich seit einigen Jahren deutlich eine Zunahme an Zuversicht erkennen, dem Stotterer besser als bisher helfen zu können. Vor allem bemerkenswert erscheint mir bei der Durchsicht der Fachliteratur, daß die amerikanischen Forscher Einseitigkeiten zu vermeiden trachten und die Möglichkeiten der Behandlung offen und unbeeinflusst diskutieren.

Da die Auffassungen in der amerikanischen Fachwelt ineinander übergehen, ist es schwierig, klare Linien herauszuarbeiten:

Im Grunde können auch hier 3 Richtungen herausgestellt werden, nämlich:

1. *eine entwicklungstheoretische Richtung*, hauptsächlich getragen von den beiden Amerikanern BLUEMEL (4) und JOHNSON (24/25).

Das „Stottern“ erscheint hier als eine bloße Hemmungsform, die sich als Ergebnis einer vorübergehenden Entwicklungsstörung darstellt. Sie trägt noch nicht das Merkmal des Abnormen, Krankhaften an sich, und ist weder psychologisch noch physiologisch von der Sprachgeschicklichkeit des Kleinkindes zu unterscheiden. Es gibt deshalb sehr einflußreiche und bedeutende amerikanische Forscher, die den Ausdruck „Stottern“ auf diese entwicklungsbedingten Formen der Redehemmung noch *nicht* angewendet wissen wollen.

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu ARNOLD, F. E.: „Viele der gesammelten Befunde stehen einander sogar in schroffem Widerspruch gegenüber.“ (1:631)

<sup>2)</sup> Für die Mitarbeit und Mithilfe bei den umfangreichen Übersetzungsarbeiten habe ich Frau H. Kokorsch und Herrn Fr. W. Kesting sowie den Teilnehmern einer Arbeitsgemeinschaft zu danken, die unter meiner Leitung im vergangenen Jahr am Heilpädagogischen Institut Köln durchgeführt wurde.

2. *Eine dysphemische Richtung* sucht die Ursachen für das Stottern vorwiegend im Körperlichen, in konstitutionellen, biochemischen und organischen Ursachen. Die bedeutendsten Vertreter sind: BOLAND (5), EISENSEN (11), FRÖSCHELS (14), HILL (21) und TRAVIS (39).
3. Die *psychologisch-pädagogische bzw. psycho-therapeutische Richtung* sieht im Stottererleiden eine Neurose. Sie untersucht die psycho-neurotischen Bedingtheiten, evtl. emotionelle Fehlanpassungen beim Kind, seine neurasthenische oder hysterische Einstellung, Angst- und Zwangszustände, Geburtstraumen u. ä. Diese Richtung wurde maßgeblich durch GLAUBER (16), van RIPER (33/34) und SHEEHANN (38) beeinflusst.

Trotz dieser scheinbaren Parallelität der Richtungen zeichnen sich zwischen den europäischen und amerikanischen Auffassungen zum Problem des Stotterns recht unterschiedliche Meinungen sowohl in der Betrachtung seines Wesens, als auch in den Möglichkeiten seiner Behandlung ab. Die Gründe hierfür sieht FRÖSCHELS (14/15) vor allem darin, daß man in den USA im allgemeinen stärker ein Mitwirken organischer Ursachen annehme, während in Europa die Auffassung überwiege, daß es sich im wesentlichen um ein psychogenes Leiden handele. Doch bahnt sich auch hier in den letzten Jahren ein Wandel an, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden.

Die Unterschiedlichkeit der Meinungen drückt sich schon in der Bestimmung dessen aus, was das Wesen des Stotterns ausmacht.

Charakteristisch für die klassische *europäische Auffassung* ist die Definition von NADOLESZNY, ARNOLD und anderen. Sie bezeichnen bekanntlich das Stottern als eine krampfartige Ausdrucksneurose mit konstitutioneller Grundlage in Form einer nervösen Reaktion auf dem Gebiete der sprachlichen Koordination.

Man wird dieser Definition am besten gerecht, wenn man den Begriff „Ausdrucksneurose“ hier auffaßt als eine Verhaltensstörung, die auf seelischen Konflikten beruht und die sich in bestimmten körperlichen und seelischen Symptomen (hier als Dysfunktionen der Rede) ausdrückt.

Demgegenüber entspricht es der *Art der Amerikaner*, daß sie keine Wesensdefinition des Stotterns bieten, sondern *Leistungsdefinitionen*. So etwa bei Charles van RIPER, dem neben JOHNSON und EISENSEN führenden amerikanischen Forscher auf diesem Gebiet. Er bezeichnet Stottern als eine Redestörung, die sich darin äußert, daß Laute, Silben und Wörter blockiert sind oder wiederholt werden, wodurch der rhythmische Sprechablauf unterbrochen wird. Diese Sprechstörungen sind oftmals mit spastischen Bewegungen verbunden. Ähnlich definiert EISENSEN Stottern als eine vorübergehende Störung im Gebrauch von Worten, die der Sprecher selbst formuliert hat, im Gespräch mit andern. Offensichtlich sind diese Leistungsdefinitionen der eigentliche Grund für die unzureichende terminologische Bestimmung des Stotterns: vielfach werden im Amerikanischen die beiden Begriffe Stuttering und Stammering promiscue verwendet; beides kann Stottern bezeichnen:

W. JOHNSON<sup>1)</sup>:

Stammering, a disturbance in imitating or continuing the act of speaking.

Although „stammering“ and „stuttering“ have the same meaning, the word „stuttering“ is preferred by speech authorities.

Die Begriffe „stammering“ und „stuttering“ lassen aber auch eine unterschiedliche Auslegung zu, etwa „stammering“ im Sinne des klonischen Stotterns, „stuttering“ im Sinne des tonischen Stotterns:

Nach WEBSTER<sup>2)</sup>:

stammer, to speak or say with involuntary pauses and rapid repetitions of syllables and sounds as from excitement, confusion, embarrassment ect.

stutter, to speak or say with involuntary pauses, spasms, and repetition or *prolongation* of sounds and syllables generally as a symptom of some psychic disturbance.

Bei amerikanischen Wissenschaftlern kontinental-europäischer Herkunft (FRÖSCHELS) wird schärfer unterschieden:

z. B.

stuttering“ = Stottern

„stammering“ = Stammeln.

Darüber hinaus wird das Stottern bei verschiedenen Autoren sehr deutlich gegen die Sprechungeläufigkeit abgehoben, wie sie im Verlauf der normalen Sprachentwicklung gewöhnlich aufzutreten pflegt. So betont van RIPER (33): „Erst dann, wenn er durch seine Sprechungeläufigkeit bedeutende Verständigungsschwierigkeiten hat und durch seine besondere Redeweise die Aufmerksamkeit auf sich zieht, erst dann sprechen wir von einem Stotterer.“ Er unterstreicht, daß die Sprache erst dann als gestört anzusehen ist, wenn der Sprecher durch sie sozial auffällig wird.

Von dieser Auffassung und von dieser Definition des Stotterns her wird auch das eigentliche *Ziel* der Stottererbehandlung erkennbar. Die Amerikaner sehen, im Gegensatz zu den Europäern, das Ziel der Stottererbehandlung weniger in einer Heilung, die sie in vielen Fällen selbstkritisch bezweifeln, sondern sie wollen die Möglichkeit schaffen, daß der Stotterer ein *lebenswertes Leben mit einem befriedigenden sprachlichen Kontakt* zu führen vermag: der Stotterer soll in seiner Rede *unauffällig* werden und die sprachliche Mitteilung nicht als Qual empfinden müssen.

Wie schon angedeutet, nehmen die Forscher in Amerika von vornherein multiple Ursachen an, wobei allerdings auch die Auffassung, daß es sich um eine Neurose handele (MADISON u. NORMAN sprechen von ‚basic character neurosis‘) in jüngerer Zeit stärker vertreten wird.

Obwohl natürlich die unterschiedlichen Ansatzpunkte, wie physische, psychische, psycho-somatische, psychotherapeutische, sozialpsychologische oder sprachheilpädagogische Betrachtungsweisen eine große Rolle spielen, zeigen sie doch von einer Richtung zur andern auch in der Therapie mannigfache Querverbindungen.

<sup>1)</sup> W. JOHNSON: In: The encyclopedia Americana, 1960, Vol. 25, S. 474.

<sup>2)</sup> Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Language, 1960, S. 1771.

Wie bereits erwähnt, mühten sich die Amerikaner in den vergangenen Jahrzehnten mit großer Sorgfalt um die Klärung des Problems. So wird beispielsweise in der Regel jede *Anamnese-Erhebung* durch Tonband- und Plattenaufnahmen ergänzt, selbst Tonfilmaufnahmen wurden angefertigt. Manchmal werden zu den Untersuchungen außerdem Spektrogramme angefertigt, um die Schwingungen der Stimme festzuhalten, wobei vor allem die Unter- und Obertöne untersucht werden. Da bei solchen Spektrogrammen die Wiederholungen, Regungen, Pausen und Ansätze sowie die Zwischentöne deutlich erkennbar werden, haben sie für die Erhellung der Redestörungen ihren besonderen Wert.

Im Hinblick auf das obenerwähnte eingeeengte Ziel ist in der amerikanischen Forschung ein zunehmender Optimismus in der Behandlung des Stotterns unverkennbar. Dies trotz der Einsicht in die Schwierigkeiten, die vor allem van RIPER (17) sehr anschaulich herausgearbeitet hat. Er vergleicht das Problem des Stotterns mit der Situation eines Eisberges und stellt fest: „Wir sehen nur die Spitze des Eisberges, was unter der Oberfläche liegt, können wir nur ahnen.“

Die Zuversicht findet vor allem bei W. JOHNSON (24a) ihren Niederschlag in der Erwartung, daß es vielleicht möglich sein wird, „durch weitere Forschung und eine umfassende Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit, das Übel des Stotterns schon in den kommenden Jahren nahezu auszurotten.“

#### *Entstehungstheorie*

In langjähriger Forschungsarbeit hat neben BLOODSTEIN, BLEUMEL, FRÖSCHELS vor allen Dingen JOHNSON Untersuchungen über die Entstehung des Stotterns durchgeführt und einen umfassenden Bericht in seiner Abhandlung „The Onset of Stuttering“ (24) gegeben.

JOHNSON lehnt es darin entschieden ab, Sprechgeschicklichkeit bereits als Stottern zu bezeichnen. Statt dessen wählt er lieber den Ausdruck „non-fluency“ (= nicht gleichmäßig fließender Sprechablauf). Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß einzig und allein die Reaktion der nächsten Umwelt des Kindes für eine Verfestigung des „non-fluency“ bis hin zum Stottern verantwortlich gemacht werden muß. Auf Grund dieser Auffassung, die geprägt ist durch die Ergebnisse des amerikanischen Behaviourismus<sup>1)</sup>, sieht JOHNSON die Aufgabe in einer optimalen Anpassung („adjustment“) und Angleichung an das sprachliche Verhalten der Mitmenschen und an ihre Sprechsituation. JOHNSON beschriftet bei eigenen Untersuchungen folgenden Weg:

Er arbeitete hauptsächlich mit Interviews, zunächst in freier Form, später mit Fragebogen. Seine Erhebungen waren sehr eingehend. Zuletzt verwendete er Fragebogen mit über 600 Fragen, die so formuliert waren, daß die Antworten eingestuft und statistisch ausgewertet werden konnten.

Befragt wurden sowohl die Eltern, nahe Verwandte, die Kindergärtnerinnen oder Lehrer stotternder Kinder, als auch eine ähnlich strukturierte Kontroll-

<sup>1)</sup> Bekanntlich ist im Unterschied zur europäischen Psychologie die amerikanische Psychologie in der Vergangenheit weithin von Behaviourismus bestimmt gewesen.

gruppe von gesunden Kindern. Gefragt wurde vor allem nach Geburtstraumen, Beginn und Anlaß der Sprechgeschicklichkeit, physischen und emotionalen Auffälligkeiten (körperliche Stigmata, Defekte in der motorischen Koordination), frühkindlich erworbenen Schäden (schwere Krankheiten), Erblichkeit, Nervosität, fehlender Dominanz, Imitation u. a.

Die gefundenen Ergebnisse verglich JOHNSON mit den Ergebnissen der Kontrollgruppe. Er kam dabei zu der Überzeugung, daß das Stottern seinen Anfang nimmt, *wenn Kinder überbesorgter, strenger oder anspruchsvoller Eltern lernen, sich wegen ihrer sprachlichen Ungewandtheit verlegen und unbeholfen zu fühlen, und sich infolgedessen gewaltsam anstrengen, um ihre Unterbrechungen und Wiederholungen zu vermeiden.*

In diesem Zusammenhang erscheinen zwei Feststellungen bedeutsam:

1. BLOODSTEIN (3) untersuchte in einer Arbeit „A study of the Diagnosis of Stuttering“ ebenfalls die Einstellung der Eltern der Sprache ihrer Kinder gegenüber. Er ließ zwei Minutenproben von Bandaufnahmen stotternder und nichtstotternder Kinder durch Eltern der beiden Gruppen beurteilen. Das Ergebnis zeigte, daß die Eltern stotternder Kinder bei diesen Proben viel häufiger und schneller die Laut-, Silben-, Wort- und Satz wiederholungen als Stottern bezeichneten als die Kinder nichtstotternder Kinder.
2. JOHNSON (25) erwähnt, daß bei vielen Indianer- und Eingeborenensstämmen das Stottern unbekannt ist. Er nimmt an, daß es sich um Stämme handele, die in der Erziehung ihrer Kinder ein hohes Maß an Toleranz und Gewährenlassen zeigen, und die keine Konkurrenzkämpfe kennen, welches Kind am frühesten sitzen, stehen, laufen oder sprechen kann.

JOHNSON kommt danach zu dem Urteil, daß das Stottern geradezu als eine Zivilisationskrankheit anzusprechen ist. Es ist dies eine Auffassung, die auch von modernen europäischen Psychologen<sup>1)</sup> geteilt wird.

Auf Grund der gefundenen Ergebnisse wenden sich die amerikanischen Fachwissenschaftler vor allem gegen den falschen Ehrgeiz und die überhöhten Forderungen, die die Eltern an ihre Kinder stellen. Dieser Auffassung stimmt auch van RIPER bei. Er gibt als Ursachen für das Entwicklungstottern an:

1. die normale Sprechungeläufigkeit wird durch die Eltern unvernünftig forciert,
2. die gefährdeten Kinder erfahren nur geringe Duldung und Anerkennung in der Familie, in der Schul- und Spielgemeinschaft,
3. auf das Kind stürmen mehr Dinge ein, als es sprachlich verarbeiten kann. Da es aber noch nicht das Selektionsprinzip beherrscht, kommt es zu „Stotter-Sensationen“,
4. infolge der sprachlichen Indisposition entwickeln sich emotionale Konflikte, die durch das Unverständnis und den Druck von außen noch vertieft werden.

<sup>1)</sup> vgl. z. B. A. DÜHRSEN (10:288 ff.)

### Zusammenfassung

Alles in allem kommen die genannten amerikanischen Forscher zu der Auffassung, daß *Ausgangspunkt* gemeinhin eine gewisse Ungewandtheit im Sprechen, eben die „non-fluency“ ist, die für das Kind Teil seiner normalen Entwicklung ist, die von den Eltern aber aus Unverständnis fixiert wird.

Sie sind damit der Meinung, daß die Redestörung sich nicht *vor* der Diagnose entwickelt, sondern *nachher* („diagnosogenetische“ Entstehungstheorie JOHNSONS). Diese Diagnose, zusammen mit den hohen Erwartungen, dem abwertenden Urteil oder Druck, dem das sprachlich unbeholfene Kind ausgesetzt ist, führt dann zum Stottern. Die Forscher schließen selbstverständlich nicht aus, daß auch andere Faktoren (z. B. biologische) zum Stottern hinführen können. Doch sind sie der Meinung, daß dies nicht die Regel darstellt.

Auf Grund dieser Auffassung wird der *Beratung der Eltern* besonders große Bedeutung beigemessen. Van RIPER sieht darin geradezu die Schlüsselaufgabe. Die Eltern werden dadurch zu Schlüsselfiguren bei der Behandlung des Stotterleidens. So fordert GLAUBER (16) mit Nachdruck vor allem eine gleichzeitige psycho-therapeutische Behandlung der Mutter und des Stotterers. Denn nur verständnisvolle Eltern betrachten die unvollkommene Sprechweise ihrer Kinder als Merkmal einer normalen Sprachentwicklung. Nur unter dieser Voraussetzung kann damit gerechnet werden, daß die Phase des „non-fluency“ ohne Schaden durchlaufen wird. In Übereinstimmung hiermit stellt auch FRÖSCHELS fest: „Wenn dem Kind nicht in diesem Stadium des beginnenden Stotterns durch falsche Erziehungsmethoden oder überängstliches oder falsches Verhalten der Erziehungsberechtigten seine unvollkommene Sprechweise bewußt wird, verschwindet das Stottern wieder, sobald der Gedankenstrom geordneter geworden ist und dem Kind ein ausreichender Wortschatz zur Verfügung steht<sup>1)</sup>.“

### Primärstottern

Es ist kennzeichnend für das Primärstottern, daß sich hier im Gegensatz zum Sekundärstottern die Symptome bei den einzelnen Stotterern sehr stark ähneln. Besonders charakteristisch sind unbewußte Wiederholungen, leichte Verlängerungen, besonders im Anlaut.

Die Erfolgsaussichten werden in dieser Gruppe noch allgemein als gut beurteilt. Durchweg werden 60—70 % der Fälle als geheilt oder gebessert angegeben. Bei 15—20 % lassen sich klar erkennbare Besserungen feststellen und nur bei einem relativ kleinen Prozentsatz zeigen sich noch keine Besserungen.

### Die Behandlung des Primärstotterns

Als die wichtigste Forderung wird in der amerikanischen Fachliteratur die Notwendigkeit angesehen, ein mittelbares oder unmittelbares Hinübergleiten in das Sekundärstottern zu verhindern. Im Gegensatz zum „non-fluency“, bei dem es sich um eine natürliche Übergangserscheinung handelt, wird für das

<sup>1)</sup> E. FRÖSCHELS, „Symptomatologie des Stotterns“ in: M. Schr. f. Ohrenheilk., 1934, 166.

Primärstottern herausgestellt, daß eine *Selbstheilung* außerordentlich selten ist. Die anfänglichen Hoffnungen der Eltern, es wird sich schon von selbst geben, erfüllen sich meist nicht. Die Schwierigkeit liegt darin, daß der Beginn des primären Stotterns von den Patienten selbst wie von der Umgebung nicht klar erkannt und infolgedessen keine Einsicht gewonnen wird in die Notwendigkeit einer Behebung der Sprechanomalie.

Da der Stotterer sein Gebrechen selbst nicht erkennt, ergibt sich zwingend, daß die Behandlung nur eine *indirekte* sein kann. Eine direkte Sprachheilbehandlung auf dieser Stufe wird abgelehnt, weil sie ja dazu führen *muß*, daß sich das Kind seines Stotterns bewußt wird. Kennzeichnend für die Periode des primären Stotterns ist ferner, daß sie verhältnismäßig kurz andauert. Die Behandlung muß daher *sofort* begonnen und behutsam und zielstrebig durchgeführt werden, wobei die besondere Schwierigkeit zweifellos in der rechtzeitigen Erkennung dieser Phase liegt.

Die amerikanische Fachliteratur weist grundsätzlich zwei Wege auf:

1. psychologisch-pädagogische Maßnahmen,
2. psychotherapeutische Maßnahmen.

#### *Psychologisch-pädagogische Maßnahmen*

Diese Richtung wird hauptsächlich von van RIPER (33) vertreten. Das *Ziel* wird in folgendem gesehen:

- a) Es muß verhindert werden, daß das Kind sich seiner Störung bewußt wird;
- b) alle Faktoren sind auszuschalten, die das Stottern verstärken oder verschlimmern könnten.

Der Ansatzpunkt der Behandlung wird in der Umwelt des Kindes gesucht. Der Therapeut muß ein möglichst umfassendes Bild vom Lebenskreis des Kindes zu gewinnen suchen, vor allem von den Menschen, die zu seinem Umkreis gehören: Eltern, Geschwister, Hausbewohner, Lehrer, Spiel- und Schulkameraden.

Vor allen Dingen kommt es darauf an zu erkennen, welche Personen die gestörte Sprachentwicklung des Kindes günstig und in welchen Fällen eindeutig ungünstig beeinflussen. Da verhütet werden soll, daß sich die leichtere Form der Sprechungeläufigkeit in die schwerere Form des sekundären Stotterns steigert, wird unter dem genannten Aspekt vor allem eine Aufklärung der Umgebung angestrebt. Hierzu gibt van RIPER in dem Buch „Speech Correction: Stuttering“ u. a. folgende Gesichtspunkte an:

1. alle Einflüsse, die das Kind bedrängen und das Kind negativ beeinflussen können, müssen beseitigt werden. Das Kind darf niemals auf seine Fehler aufmerksam und lächerlich gemacht werden.
2. Das Kind soll in einer guten physischen Kondition leben, es braucht Ruhe und Ausgeglichenheit.
3. Es ist eine erfreuliche Familienatmosphäre zu schaffen.
4. Eltern und Lehrer sollen nicht erregt auf die Sprechungeläufigkeiten reagieren. Man versuche auch nicht, ihm beim Sprechen nachzuhelfen, es zu korrigieren oder es zu unterbrechen.

Man lasse es in Ruhe seine Sätze vollenden.

5. Eltern und Lehrer sollen versuchen, beim Kind das Erkennen der Sprechunfähigkeit durch Ablenkung zu vermeiden.
6. Das Persönlichkeitsempfinden des Kindes soll gestärkt werden.

Als *indirekte Verfahren* werden genannt vor allem Entspannungsspiele, Bieten von Sprechreizen in der positiven Phase des Kindes sowie allgemeine Ermutigung.

W. JOHNSON (24) weist vor allem darauf hin, daß die Eltern alles daran setzen sollten, daß die Kinder Freude am Sprechen gewinnen und daß das Gespräch mit ihrem Kinde immer mehr zu einem echten gemeinsamen Erlebnis wird. „Mitteilen“ bedeutet nach JOHNSON im tiefsten und wahrsten Sinne des Wortes ein ‚Mit-teilen‘ im Sinne eines gemeinsamen Teilens von Freude und Leid.

#### *Psychotherapeutische Maßnahmen*

Nach Auffassung der Psychotherapeuten ist nachweisbar in fast allen Fällen das Mutter-Kind-Verhältnis gestört. Es bedarf deshalb einer umfassenden Neuordnung und verfestigten Bindung.

Gertrud L. WYATT (40) prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „closeness therapy“. Sie versteht darunter eine Therapie der Nähe, die eine Stärkung der körperlich-seelischen Bindung meint. Die Bindung muß wieder auf eine Ebene zurückgeführt werden, auf der dieser enge Kontakt noch Wirklichkeit war.

Zum körperlich-seelischen Kontakt kommt die Forderung nach einer Förderung des sprachlichen Austausches, und zwar auf einer Ebene, die dem geistigen Entwicklungsstand des Kindes entspricht. Die Mutter soll das Kind wieder regelrecht „füttern“ mit kurzen Sätzen, die in ihrer wenig differenzierten grammatikalischen Form nur wenig über die frühen Sprachformen des Kleinkindes hinausgehen.

Da aber, wo der Mutterkontakt nicht mehr möglich ist, muß ein entsprechender Ersatz gefunden werden (Vater, Verwandter, Therapeut).

*Ziel* dieses Bestrebens ist es, das Kind noch einmal die emotionelle Sicherheit der prä-verbale Stufe erleben zu lassen. Dies setzt eine entsprechende Haltung der Mutter voraus. Sie wird ermöglicht durch eine gelenkte Beratung, die in Amerika zu guten Erfolgen geführt hat.

In Ergänzung der psychotherapeutischen Behandlung schlagen MURPHY und FITZSIMONS (28) im einzelnen vor:

- a) Spieltherapie in der Einzelbehandlung.
- b) Spieltherapie in der Gruppenbehandlung.

Phoebe HONIG (23) spricht hier davon, daß „The Stutterer acts is out“. Sie schlägt in ihrem Buch Gesellschaftsspiele vor, entwickelt Sketchs und läßt improvisierte Theaterstücke aufführen. Sie will damit bei dem Patienten eine Katharsis erreichen, durch die der Stotterer sich von seinen Konflikten freispielt.

c) Entspannungsübungen, z. B. Syllable-Tapping.

Nach Marijn van DANTZIG (8) soll die Aussprache jeder Silbe begleitet sein durch leichtes Fingertippen an einer Hand, und zwar immer derselben, und immer am kleinen Finger zum Daumen hin ablaufend.

Diese Bewegung wird automatisiert und bei gebundenem Sprechen geübt. Tritt ein Spasmus auf, drückt das Kind alle Finger auf den Tisch, wobei die Ellenbogen leicht angehoben und der Spasmus abgeleitet wird. Das wird geübt im Lesen, Rezitieren, Antworten und Spontansprechen, zuerst auf dem Tisch, dann verdeckt und dann gegen die andere Hand. Zuletzt werden die Tippbewegungen nicht mehr ausgeführt, sondern nur mehr Impulse in die Hand geleitet, wobei endlich die Vorstellungen davon ausreichen.

#### *Übergangsstottern*

In der weiteren Entwicklung seiner Redestörung wird sich der Stotterer jetzt seiner Behinderung bewußt und bemüht sich, ihr energisch und mit allen Mitteln entgegenzutreten. Die Entwicklung zu dem wesentlich schwieriger beeinflussbaren Sekundärstottern schreitet mit unheimlicher Konsequenz fort, wenn das Übergangsstottern nicht sofort und erfolgreich angegangen wird. Zu den leichten Wiederholungen und vereinzelt, dann aber immer häufiger auftretenden Blockierungen im Sprechablauf tritt nun der Tremor. Er ist eine Folge von Anspannung und Anstrengung und von fixierten bzw. verkrampften Artikulationsstellungen. Viele der spastischen Bewegungen in der Grobmotorik haben hier ihren Ursprung. Es ist geradezu charakteristisch für diese Übergangszeit, daß symptomfreie Zeiten mit schweren Störungen wechseln und dadurch ein starkes Gefühl der Unsicherheit und des Versagens verursachen.

Greift zu Beginn des Übergangsstotterns nicht die richtige Therapie ein, so manifestiert sich das Übel: es kommt zum sekundären Stottern.

#### *Behandlung*

Die Behandlung des Übergangsstotterns sieht von RIPER in einer intensiven und sorgfältigen Sprachheilbehandlung, die mit einer psychotherapeutischen Behandlung verbunden sein muß. Der Weg wird rückläufig gesucht, über das Primärstottern und über die Sprechgeschicklichkeiten zum normalen Sprechen.

Die *sprachheilpädagogische* Behandlung strebt erstmalig und ganz behutsam eine direkte Therapie an, indem die Verhaltensweisen dieses Stadiums bewußt eingeübt und eingeschliffen werden: das leichte, mühelose Wiederholen und das ruhige, geduldige Abwarten bei Stockungen und Verzögerungen im Sprechablauf.

Die *psychotherapeutischen* Bemühungen sind angelegt auf die Ausschaltung aller Umwelteinflüsse, die das Stottern verschlimmern könnten (z. B. belastende, schockierende Erlebnisse mit Kindern oder Erwachsenen).

### *Sekundärstottern*

Das Besondere gegenüber den früheren Phasen des Stotterns wird auch bei den amerikanischen Forschern darin gesehen, daß der Patient sich seines Leidens nunmehr voll bewußt ist. Er versucht jetzt, energisch gegen das Stottern anzugehen. Seine Überkompensationen lassen sich an den charakteristischen Verkrampfungen in der Sprech- und Körpermotorik deutlich ablesen.

Die Auswirkung des erfolglosen Bemühens ist ein noch schlimmeres Versagen, wobei sich die Gesamtsituation als eine „Kettenreaktion“ darstellt; die Furcht zu stottern erzeugt im Kinde eine Spannung, die wieder neues Stottern hervorruft. Panikgefühl, Enttäuschung und Selbstverachtung blockieren und lähmen den Vollzug des Sprechablaufs.

Die amerikanischen Wissenschaftler betonen im Hinblick auf die Phase des Sekundärstotterns, daß in den meisten Fällen gerade die Eltern die Veranlasser dieses gänzlich vergeblichen Bemühens seien, wenn auch ungewollt. Denn sie sind sich über die Ursachen und die unheimliche Macht dieses Sprachleidens meist völlig im unklaren.

Die Eltern provozieren das Stottern, indem sie dem stotternden Kind immer wieder zeigen, wie traurig, enttäuscht, besorgt, ungehalten oder aufgebracht sie wegen seines Leidens sind.

Nach van RIPER führt diese emotionale Belastung auf die Dauer zu einer Schwächung der Funktion des zentralen Nervensystems. Das Stottern wird also ausgelöst durch Gefühle, die in der Erwartung

- a) gefürchteter Situationen,
  - b) gefürchteter Laute, Wörter oder Redeeinheiten,
- zu einer großen Belastung des Kindes und zu einer Blockierung der Koordination im Redefluß hinführen.

Erwachsen aus der Furcht vor bestimmten Situationen oder Wörtern gerät das Kind in einen innerseelischen Konflikt mit gegenläufigen Tendenzen

- a) einmal, sich sprachlich äußern zu wollen oder zu müssen,
- b) auf der anderen Seite, aus der Angst vor Versagen lieber schweigen zu wollen.

Aus dieser Unsicherheit und Hemmung heraus beginnt das Kind verstärkt zu stottern.

Daß diese Angst bei den verschiedenen Stotternern in verschiedenen Schweregraden sich zeigt, läßt nach Meinung von van RIPER erkennen, daß sie konstitutionell mitbedingt ist. Diese Tatsache wird im übrigen von allen amerikanischen Fachleuten angegeben, sogar von denen, die sonst organische Ursachen für völlig ausgeschlossen halten.

Es ist also festzuhalten, daß der Stotterer sein Leiden dadurch objektiviert, daß er durch sein Sprechen und seine spastischen Bewegungen seiner Umgebung gegenüber auffällig wird und dabei häufig sogar abstoßend wirkt.

Aus dem vergeblichen Versuch, einen nahenden Situationskonflikt zu vermeiden, erwächst dann das Stottern, indem ein echtes Spannungsverhältnis

entsteht. Einerseits fühlt sich der Stotterer gezwungen, seine Rede zu vollenden; er stößt deshalb die Worte schnell heraus. Gleichzeitig wird er aus seiner Hemmung heraus gebremst und blockiert. Dies kann so weit gehen, daß sich der Kampf der Überwindung bis zu einem völligen *Schweigen* steigert, wobei der Mund zu einer unbeweglichen Grimasse erstarrt.

#### *Erscheinungsformen*

Im Gegensatz zu den früheren Phasen zeigt sich das Sekundärstottern in sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen. Die schweren klonischen und tonischen Formen des Stotterns sind häufig von mehr oder weniger heftigen Mitbewegungen begleitet: vom Tick, Tremor über das Grimassieren bis hin zu grotesken Verrenkungen.

Um seinen Redeschwierigkeiten zu entgehen, versucht der Stotterer mit Hilfe bestimmter *Tricks* von seinem Leiden abzulenken:

1. Er vermeidet vermeintlich schwierige Wörter und Laute,
2. er versucht, den Sprechversuch durch Verlegenheitsbewegungen, Verlegenheitslaute und -wörter aufzuschieben,
3. er verwendet sog. „starters“, die den Einsatz erleichtern sollen, wie tiefes Einatmen, Japsen u. ä.,
4. der Redeblock des Sprechganzen wird in sinnlos gegliederte Sprechstücke, wobei unter Umständen jedes Wort mit neuer Atmung und Phonation angegangen wird, aufgegliedert,
5. schwierige Wörter werden durch Synonima ersetzt. Dieses Ersetzen und Kaschieren führt letztlich zu einer innerlich unwahren Darstellung und zu einem freiwilligen Schweigen als der schlimmsten Form sozialer Isolation. Diese Ersetzung ist deshalb so nachteilig, weil sie die Wortfurcht noch vertieft, damit den Konflikt vergrößert und den Patienten dadurch an den Rand völliger Verzweiflung bringt,
6. der Stotterer versucht, eine kompensierende Furchthaltung einzunehmen, die mit Furcht unvereinbar scheint (Lachen, monotone Sprechweise, forsches Auftreten u. ä.).

Diese Tricks sind so charakteristisch, daß sie geradezu eine Symptomanalyse ermöglichen. Die Fehlerursachen lassen aber auch das Grundziel der Behandlung deutlich erkennen: *Der Stotterer muß sich seiner Sprechangst stellen lernen.*

#### *Behandlung*

Entsprechend dieser Einsicht umfassen die Arbeitspläne, in denen sich die führenden amerikanischen Forscher durchweg einig sind, grundsätzlich 3 Gebiete mit jeweils besonderen Aufgaben, nämlich:

1. *Vermeidung von Verstärkungstendenzen* durch Sicherung des Sprechablaufs: (van RIPER [34])
  - a) durch Einübung einer leichten und mühelosen Artikulation,
  - b) durch Verlängerung des Anlautes,
  - c) Adaption durch mehrmaliges Lesen oder Sprechen des gleichen Textes,

- d) durch Kontrolle der Sprechgeschwindigkeit und Einpendeln auf das therapeutisch richtige Redetempo, das ein wenig unter der Geschwindigkeit liegen soll, die vom Stotterer selbst als die günstigste empfunden wird.
2. *Psychologische Sicherung des Sprechablaufs:*  
Beseitigung der Empfindlichkeit des Stotterers gegenüber dem eigenen Stottern und der Reaktion anderer, wobei vor allem die willkürliche Kontrolle des eigenen Stotterns in der Form der negativen Übung (negative practice) als freiwilliges (willentliches und absichtliches) Stottern geübt wird (JOHNSON [24/24a]).
3. *Erziehung des Stotterers zu einer neuen Persönlichkeit*, die sich selbst begreift und so annimmt, wie sie ist. (SHEEHAN [38])
- Gewinnung einer positiven Einstellung des Stotterers zu sich selbst durch Selbstanalyse mit Hilfe eines Therapeuten,
  - Koordinierung und Abstimmung der zu erlernenden Sprechweise mit der psychischen und konstitutionellen Disposition des Stotterers.
  - Erziehung zu einer positiven Einstellung gegenüber der Mitwelt durch wachsende soziale Belastung in der Gruppe.

Von den genannten Behandlungsmethoden, die erprobt und einer kritischen Überprüfung unterzogen worden sind, beschränke ich mich hinweisend nachfolgend auf 3 Verfahren, die mir besonders wichtig erscheinen:

- die negative Praxis,
- die Konflikttheorie,
- die Integration von Psychotherapie und Sprachtherapie.

#### *Die negative Übung,*

die JOHNSON unter der Bezeichnung „negative practice“ empfiehlt, steht im Gegensatz zu der europäischen Auffassung, den Stotterer vom Sprechvorgang abzulenken. Vielmehr soll der Stotterer sein Symptom möglichst auch im Spiegel beobachten, es bewerten und sich selbst imitieren. Das heißt, er soll freiwillig stottern. Wenn möglich, sollen zwei Stotterer sich gegenseitig kopieren, übertreiben, Mitbewegungen machen und dahin kommen, daß sie *willkürlich* in beliebiger Weise stottern können. Beherrschen sie diese Fertigkeit, dann sind sie in der Lage, Spasmen — die nun keine mehr sind — zu unterlassen. Sie bauen die Symptome graduell ab.

Auch hier zeigt sich die grundsätzliche Auffassung der Amerikaner, daß der Patient sich seinem Übel stellen muß. Van RIPER: „Lehre den Stotterer nicht Ängste und Hemmungen zu vermeiden, sondern sie dazu zu gebrauchen, wie man lernt, in einer leichten, mühelosen Art zu stottern, mit einem Minimum an Unterbrechung und Regelmäßigkeit.“

Nur wenn er so tatsächlich die Angst seiner ‚blockings‘ befriedigt und nur, wenn diese Erwartung erfüllt ist, wird das Maß der Spannung nachlassen.

Ähnlich wie die negative Praxis wird die JOHNSONSche Form der Adaption in der Therapie angewandt. Man übt wiederholtes lautes Lesen oder

Schreiben. In abgewandelter Form wird sie mit der „negative practice“ gekoppelt:

der Patient imitiert zunächst stotterndes Lesen, übertreibt, lernt das Symptom beherrschen und baut es ab.

Dem Schreiben kommt in diesem Zusammenhang eine doppelte Aufgabe zu:

- a) bei gleichzeitigem Schreiben und lautem Mitlesen unterstützt die Schrift die Gliederung der Rede,
- b) die schriftlichen Darstellungen dienen gleichzeitig als therapeutisches Mittel insofern, als die schriftlichen Berichte Auskunft geben sollen über Erfolg und Mißerfolg, über die Gefühle und Reaktionen des Stotterers.

Eine verwandte Form ist die „differenzierte Entspannung“ nach B. DOMINIK (9). Das Ziel ihrer differenzierten Entspannung ist eine Lösung der Sprechmuskulatur. Sie läßt einen bestimmten Laut immer straffer und härter artikulieren, bis sich die Anspannung nicht mehr steigern läßt. Dann läßt man die Spannung abklingen, bis der Laut mit ganz geringem Kraftaufwand gesprochen werden kann.

#### *Die Konflikttheorie SHEEHANS*

SHEEHAN, der in seinen Arbeiten lernpsychologische Theorien zur Anwendung bringt, geht es um die Nutzung des therapeutisch fruchtbaren Momentes in der Stottererbehandlung. Unmittelbar hinter dem Zeitpunkt, in dem sich der Tonus gelöst hat, ist die Tendenz zu sprechen beim Patienten stärker geworden als die Tendenz zu schweigen. Hat der Patient das gefürchtete Wort gesprochen, so erlebt er ein Gefühl der Befreiung. Aus der Tatsache, daß er das gefürchtete Wort nicht gemieden hat, erfährt er ein Gefühl der Stärkung.

Auf dieser Situation baut die Behandlung im Sinne der Konflikttheorie SHEEHANS auf, indem sie die positiven Tendenzen, erwachsen aus dem Gefühl der Befreiung und Stärkung und des Mitteilungsdranges, sich zu eigen macht.

#### *Integration von Psychotherapie und Sprachtherapie*

SHEEHAN bemüht darüber hinaus sich um eine enge Integration von Psycho- und Übungstherapie. Er sucht zunächst den Ansatz der Behandlung bei den Symptomen und geht erst allmählich auf die Ursachen zurück. Der Patient soll erst erkennen, daß er sprechen kann. Und aus dieser Einsicht soll er die Angst überwinden lernen. Nach seiner Auffassung kommt ein großer Teil der Sprechangst auch aus einem Gefühl der Schuld: der Stotterer empfindet sein Sprechen als eine Plage und Strafe für die Umwelt. Aufgabe der integrierten Sprach- und Psychotherapie ist es, diesen Komplex zu lösen.

SHEEHAN ist der Überzeugung, daß, wenn die Sprachheilbehandlung erfolgreich abgeschlossen wird, sich dieser Erfolg auf die ganze Persönlichkeit positiv auswirken muß. Damit wird die Sprachheilbehandlung zu einer Form der Psychotherapie, weil sie dem Stotterer hilft, die geheimen Widerstände gegen seine Heilung aufzudecken, sie ihm bewußt zu machen und dem Stotterer bei ihrer Überwindung behilflich zu sein.

*Aus der Sprachambulanz der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Wien (Vorstand Prof. Dr. O. NOVOTNY)*

*Prof. Dr. F. Trojan und Dr. H. Weihs*

## DIE POLARITÄT DER SPRACH- UND STIMMHEILKUNDLICHEN BEHANDLUNG

*Ein Beitrag zur logopädisch - phoniatischen Methodik*

Durch ein von der Schriftleitung bedauerlicherweise nicht bemerktes Versehen unserer Druckerei ist ein Teil des Aufsatzes von Herrn Professor TROJAN nicht abgedruckt worden. Der fehlende Text, den wir im folgenden nachtragen, ist zwischen den beiden in Heft 1 und 2 des gegenwärtigen Jahrganges erschienenen Teilen der Arbeit einzusetzen. Es empfiehlt sich, in einem dieser beiden Hefte einen diesbezüglichen Vermerk anzubringen. Wir bitten den Autor und unsere Leser um freundliche Entschuldigung. Die Schriftleitung

### *3. Der Registermechanismus*

Physiologisch kommt der Kopfklang durch Kontraktion des Ringschildknorpelmuskels zustande, wodurch die Stimmlippen gedehnt werden. Beim Brustklang zieht sich der Brustbeinschildknorpelmuskel zusammen, was nach W. und A. ZENKER eine Kontraktion des Ringrachenmuskels zur Folge haben kann; dadurch können die Ansatzpunkte der Stimmlippen einander genähert werden.

Klinisch hat sich mir immer wieder die schon in der „Ausbildung der Sprechstimme“ angegebene Methode zur Herstellung der Mischstimme und eines schwingenden Antagonismus zwischen ihren Polen bewährt: bei vorgewölbter Zunge (wodurch der Brustbeinschildknorpelmuskel gedehnt wird!) eine ein I enthaltende Silbe mit Kopfklanganteil der Mischstimme phonieren und dann im Portamento zu einer einen anderen Vokal enthaltenden Silbe mit Brustklanganteil übergehen. Leichtes Klopfen auf die Gegend des Brustbeines oder Vibrationsmassage mit Verwendung eines daruntergeschobenen kleinen Polsters lassen nicht nur den akustischen Effekt deutlicher hervortreten, sondern regen auch den Brustbeinschildknorpelmuskel zu noch stärkerer Kontraktion an. — Das ist der dritte Hauptfehler.

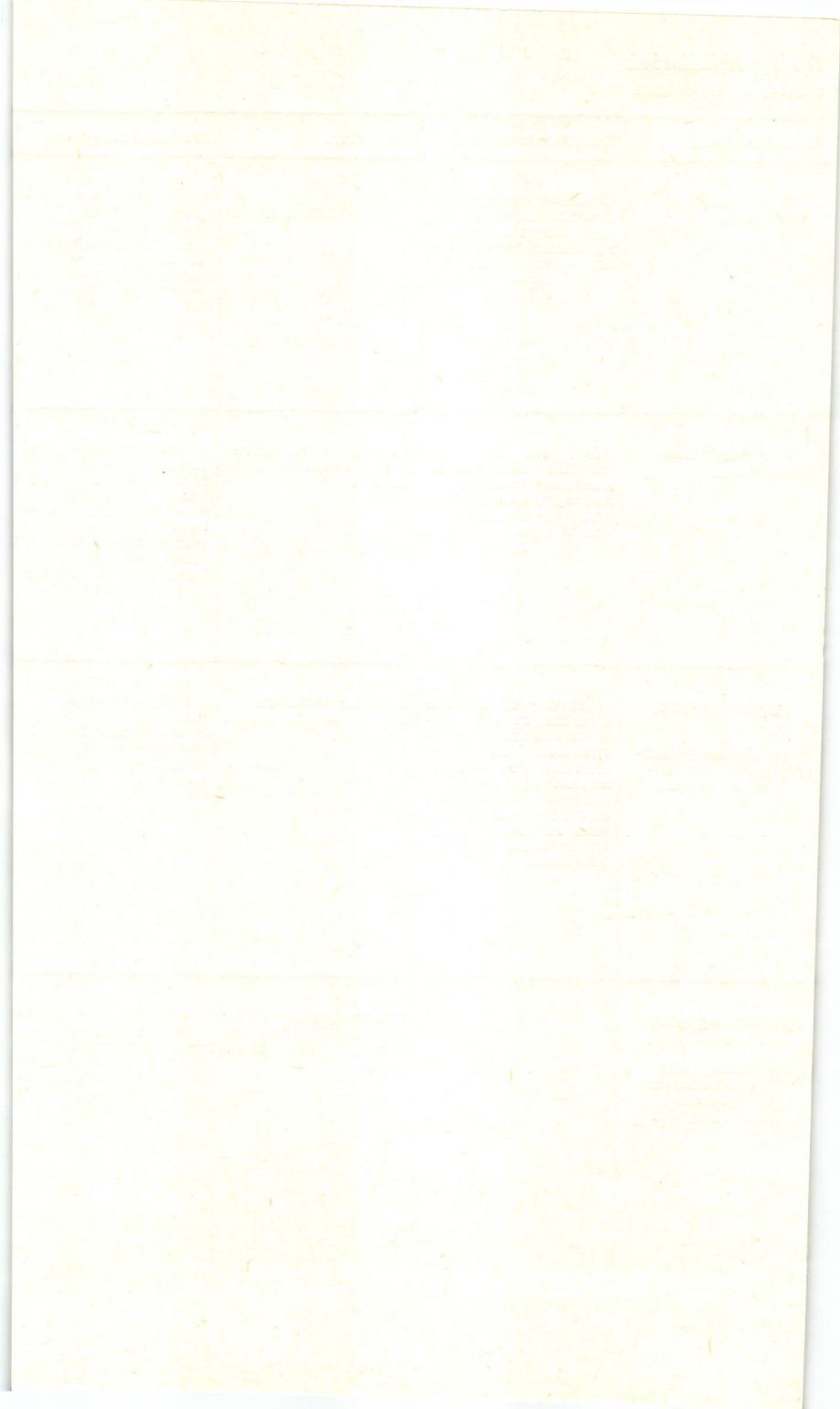
### *4. Die vegetative Steuerung*

Hier handelt es sich nicht um einen muskulären, sondern um einen neuralen Antagonismus: das vom Zwischenhirn gesteuerte Widerspiel von Ruhe- und Leistungsverhalten, dem in der Peripherie das Zusammen- und Gegenspiel von Parasympathikus und Sympathikus zugeordnet ist. (Einen anderen — offensichtlich damit zusammenschalteten — Antagonismus hat neuerdings H. W. MAGOUN beschrieben: er besteht zwischen der Wachheit (Vigilität) des Bewußtseins, die eine Leistung der „Formatio reticularis“ des Hirnstamms ist, und ihrer Hemmung durch Sehhügel und

*(bitte wenden)*

Rinde.) Die den vegetativen Funktionsrichtungen zugehörigen stimmlichen Ausdrucksgegensätze haben die Bezeichnungen „Schonstimme“ (benannt nach dem vegetativ bedingten „Schongang“ des Herzens) und „Kraftstimme“ erhalten. Ihr Zusammenhang mit dem Vegetativum wurde in drei experimentellen Reihen (1952) aufgewiesen. Die Schonstimme ist durch erweichte Einsätze und leichte Schwellklänge, ruhige Atemführung, Mischklang, Vorherrschaft des Vokalismus, gleichmäßige Betonung und Legato gekennzeichnet, die Kraftstimme durch verhärtete Einsätze, eine mehr stoßweise vor sich gehende Atmung, Neigung zu einseitigem Kopf- oder Brustklang, Vorwalten des Konsonantismus, ungleichmäßige Betonungsschwere und Stakkatoführung. Man erkennt sofort die Wiederkehr von Begriffen, die bei der Kennzeichnung der „Hauptpfeiler“ der Stimmtherapie verwendet wurden. Tatsächlich kann der vegetative Antagonismus und besonders die Schonstimme als das Fundament angesehen werden, auf dem sich diese Hauptpfeiler erheben.

Hauptrichtung:	Kennzeichnung:	Vertreter:	Primäres Stottern:
1. Genetische Richtung	Stotterer psychol. u. konstitutionell nicht von Normalsprecher zu unterscheiden. St. = Ergebnis einer Entwicklungsstörung.	Bluemel, Wendel Johnson	Aus dem entwicklungsbedingten Sprechablauf mit seinen Wiederholungen und Stockungen entwickelt sich eine Redestörg. Kind ist sich ihrer noch nicht voll bewußt.
2. Dysphemische Richtung	sucht die Ursachen im Körperlichen: in konstitutionellen, neurophysiologischen und biochemischen Vorgängen.	Boland, John Elsen-son, Fröschels, Hill, Travis.	Stottern wird als ein „negativ konditionierter Reflex“ angesehen (Eisen-son). Das Stottern resultiert aus der perseverierenden Erregung einer Reihe v. Neuronen = „Perseverationstendenz“
3. Psycholog.-päd. Richtung: a) psychoanalytisch-psychotherapeutischer Aspekt	sieht die eigentliche Ursache in der psychoneurotischen Konstitution, in einer emotionalen Fehlanpassung, in neurasthenischer od. hysterischer Konstitution, Angst oder Zwangszuständen, Träumen.	J. Peter Glauber, Albert T. Murphy, G. L. Wyatt	Meist klonisches Stottern. Periode des „primären Stotterns“ verhältnismäßig kurz. In nahezu allen Fällen Mutter-Kind-Verhältnis gestört.
3. Psycholog.-päd. Richtung: b) psychologisch/psychotherapeutisch-pädagogischer Aspekt		Margr. Hall, Powers, Charles van Riper, Josef Sheehann.	Auch hier nur kurze Periode des „Primären Stotterns“. Sympt. ähneln sich bei allen Primärstotternern stark.

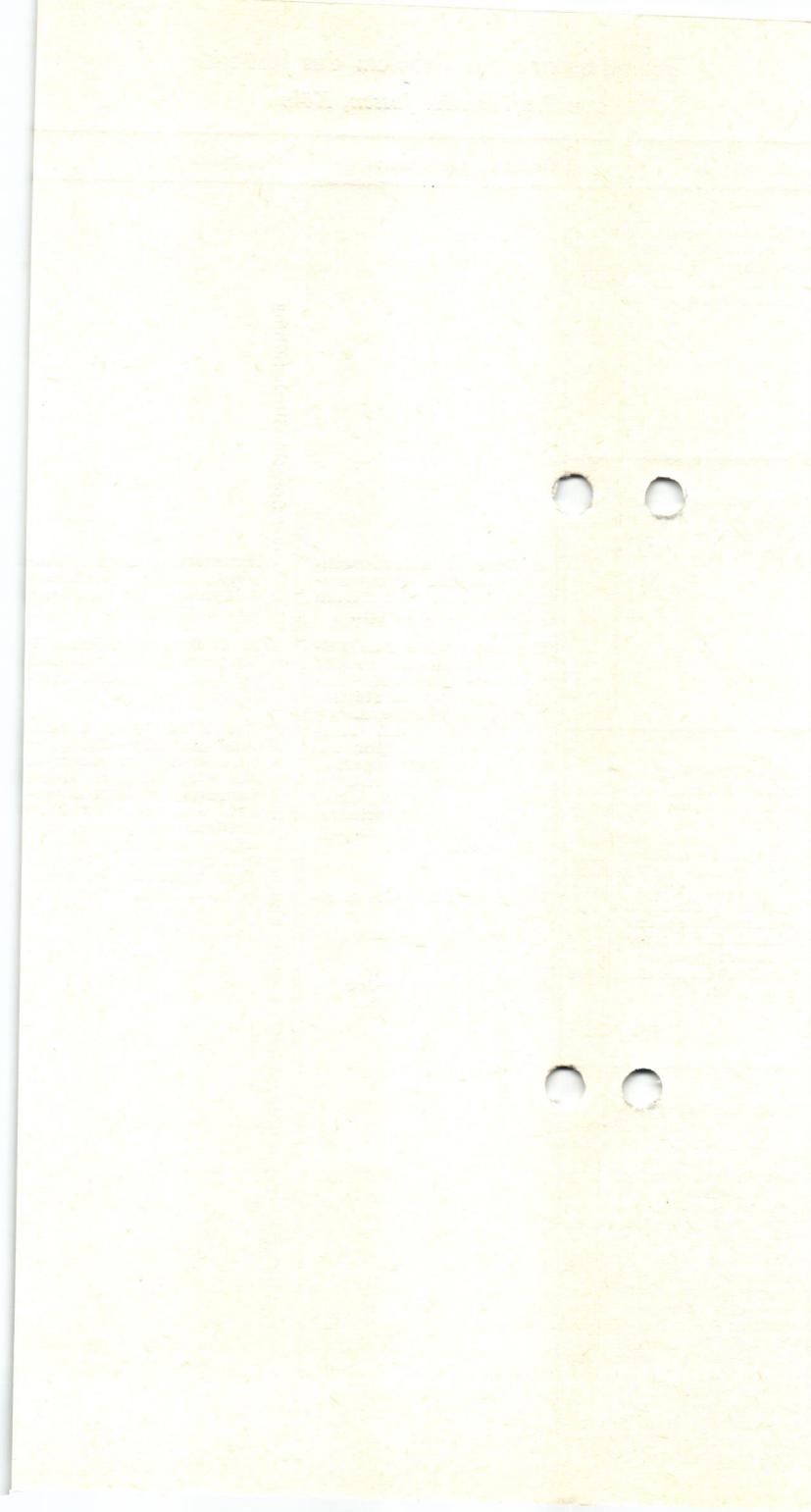


# Übersichtsskizze zum Problem des Stotterns

von Prof. Dr. H. Jussen, Köln

Behandlung:	Übergangsstottern:	Behandlung:
<p>Ablenken v. Sprechvorgang. Gutes sprachliches Vorbild. Viele Sprechreize in der positiven Phase.</p>	<p>In diesem Stadium wechseln nahezu symptomfreie Zeiten mit Zeiten schwerer Störungen.</p> <p>Stotterer wird sich seiner Behinderung mehr u. mehr bewußt. Immer häufiger u. stärker werdende Blockierungen im Sprechablauf. Auftreten von Tremor infolge der übersteigerten Anspannung u. Anstrengung. Auftreten eines starken Unsicherheitsgefühls und solchen des Versagens.</p> <p>Doppelte Schwierigkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Überwindung des Tremors,</li> <li>b) Überwindung der Redehemmungen.</li> </ol>	<p>Beseitigung negat. Umwelteinflüsse (schädig. Erlebnisse im Umgang mit Mitschülern u. ä.).</p> <p>In d. Sprachheilbehandlung erstmalig und ganz behutsam „direkte Therapie“:</p> <p>Das Kind wird wieder zum „Primär - Stottern“ zurückgeführt, indem d. Verhaltensweisen dieses Stadiums bewußt eingeübt und eingeschliffen werden: das leichte, mühelose Wiederholen und das ruhige und geduldige Abwarten b. Stokungen und Verzögerungen im Sprechablauf.</p>
<p>Behandlung schnell u. zielstrebig. Medikamentöse Ruhigstellung. Vitamin B1 = Therapie (Hale).</p>	<p>In diesem Stadium wechseln nahezu symptomfreie Zeiten mit Zeiten schwerer Störungen.</p> <p>Stotterer wird sich seiner Behinderung mehr u. mehr bewußt. Immer häufiger u. stärker werdende Blockierungen im Sprechablauf. Auftreten von Tremor infolge der übersteigerten Anspannung u. Anstrengung. Auftreten eines starken Unsicherheitsgefühls und solchen des Versagens.</p> <p>Doppelte Schwierigkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Überwindung des Tremors,</li> <li>b) Überwindung der Redehemmungen.</li> </ol>	<p>Beseitigung negat. Umwelteinflüsse (schädig. Erlebnisse im Umgang mit Mitschülern u. ä.).</p> <p>In d. Sprachheilbehandlung erstmalig und ganz behutsam „direkte Therapie“:</p> <p>Das Kind wird wieder zum „Primär - Stottern“ zurückgeführt, indem d. Verhaltensweisen dieses Stadiums bewußt eingeübt und eingeschliffen werden: das leichte, mühelose Wiederholen und das ruhige und geduldige Abwarten b. Stokungen und Verzögerungen im Sprechablauf.</p>
<p>Indirekte Verfahren: Spieltherapie, rhythmische Übungen, Entspannung (Murphy). Sog. „closeness therapy“ (Therapie der Nähe). Das Kind muß in seinem Verhältnis zur Mutter wieder in die Kleinkindzeit zurückkehren (Frühformen der Sprache). Glauber: gleichzeitige Psychotherapie d. Mutter u. d. Stv.</p>	<p>In diesem Stadium wechseln nahezu symptomfreie Zeiten mit Zeiten schwerer Störungen.</p> <p>Stotterer wird sich seiner Behinderung mehr u. mehr bewußt. Immer häufiger u. stärker werdende Blockierungen im Sprechablauf. Auftreten von Tremor infolge der übersteigerten Anspannung u. Anstrengung. Auftreten eines starken Unsicherheitsgefühls und solchen des Versagens.</p> <p>Doppelte Schwierigkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Überwindung des Tremors,</li> <li>b) Überwindung der Redehemmungen.</li> </ol>	<p>Beseitigung negat. Umwelteinflüsse (schädig. Erlebnisse im Umgang mit Mitschülern u. ä.).</p> <p>In d. Sprachheilbehandlung erstmalig und ganz behutsam „direkte Therapie“:</p> <p>Das Kind wird wieder zum „Primär - Stottern“ zurückgeführt, indem d. Verhaltensweisen dieses Stadiums bewußt eingeübt und eingeschliffen werden: das leichte, mühelose Wiederholen und das ruhige und geduldige Abwarten b. Stokungen und Verzögerungen im Sprechablauf.</p>
<p>Indirekte Verfahren: Lebenskreis des Kindes muß erkannt werden. Welche Personen beeinflussen das Kind günstig — ungünstig? Welche Motive bewegen den St.? Wie sind seine charakt. Reaktionen auf Erfolg, Mißerfolg und Enttäuschungen? Alle Faktoren sind auszuschalten, die das Leiden verstärken könnten. Spieltherapie. Direkte Sprachheilbehandlg. wird auf dieser Stufe abgelehnt. Gutes sprachl. Vorbild. Selbsterziehg. zu einer Persönlichkeit d. Selbstanalyse mit Hilfe der Therapeuten (v. Ripper).</p>	<p>In diesem Stadium wechseln nahezu symptomfreie Zeiten mit Zeiten schwerer Störungen.</p> <p>Stotterer wird sich seiner Behinderung mehr u. mehr bewußt. Immer häufiger u. stärker werdende Blockierungen im Sprechablauf. Auftreten von Tremor infolge der übersteigerten Anspannung u. Anstrengung. Auftreten eines starken Unsicherheitsgefühls und solchen des Versagens.</p> <p>Doppelte Schwierigkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Überwindung des Tremors,</li> <li>b) Überwindung der Redehemmungen.</li> </ol>	<p>Beseitigung negat. Umwelteinflüsse (schädig. Erlebnisse im Umgang mit Mitschülern u. ä.).</p> <p>In d. Sprachheilbehandlung erstmalig und ganz behutsam „direkte Therapie“:</p> <p>Das Kind wird wieder zum „Primär - Stottern“ zurückgeführt, indem d. Verhaltensweisen dieses Stadiums bewußt eingeübt und eingeschliffen werden: das leichte, mühelose Wiederholen und das ruhige und geduldige Abwarten b. Stokungen und Verzögerungen im Sprechablauf.</p>

Psychologisch-psychotherapeutische Behandlung, sorgfältig abgestimmt mit intensiver Sprachheilbehandlung



Sekundäres Stottern:	Behandlung:
<p>Stotterer ist sich seines Leidens in jedem Fall voll und ganz bewußt.</p> <p>Das Stottern wird für das Kind zu einer „Schutzfunktion“ (Sheehan). Von hier werden gew. Widerstände geg. Heilung verständlich. Hierdurch auch mancher Rückschlag zu erklären.</p> <p>Er kämpft stark dagegen an. Erscheinungsformen u. Reaktionsweisen sind dabei im einzelnen Fall sehr unterschiedlich.</p> <p>Infolge des gesteigerten Bemühens, der Anstrengung und der Verkrampfung und der Verkrampfung schlimmeres Versagen. Ergebnis: gegenläufige Tendenzen:</p> <p>a) sich sprachlich äußern zu wollen oder zu müssen,</p> <p>b) aus Angst vor Versagen lieber schweigen zu wollen: Angst vor best. Anfangslauten, Wörtern m. bestimmtem Inhalt, best. Situationen (Respektspersonen).</p>	<p>Stottern hat seinen Anfang genommen, als die Umgebung (überbesorgte, strenge anspruchsvolle Eltern und Lehrer) den Schüler aufmerksam macht „closeness-therapy“ (vgl. unten)</p> <p>Zusammenhänge des Stotterns aufdecken (ähnl. der „Umerziehung“ b. Rothe): Aktivierung des Willens.</p> <hr/> <p>Kombination der psychotherapeutischen und symptomatischen Behandlung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Negative Praxis (s. unter Van Riper),</li> <li>2. Adaption bei mehrmaligem Lesen und Schreiben,</li> <li>3. Kontrolle der Sprechgeschwindigkeit der Rede u. a. Fröschels „Kaumethode“, Marijn van Dantzig „Syllable Tapping“: Automatisierung der Fingerbewegungen zur Ableitung der Spasmen.</li> </ol> <hr/> <p>Untersuchung des Einflusses der Umgebung (vor allem der Mutter) auf das Leiden des Kindes. Posit. Einstellung des Stott. zu sich selbst: Der St. muß lernen, sich als Sprechbehinderter zu akzeptieren und die Sprechangst zu überwinden: „closeness therapy“. Einzel- und Gruppenbehandlg., Spiele, rhythmische Übungen, Entspannungsübungen, Tätigkeiten, die nur einhändig durchgeführt werden können. E. W. Skripture: Prinzip der wachsenden Belastung (Ausgehen von Situationen, die für den St. keine Belastung bedeuten). R. Carhat: Die Zwei-Raum-Technik (als Weiterentwicklung).</p> <hr/> <p>Integration von Sprach- und Psychotherapie: St. lernt sein Symptom kennen (Spiegel), bewertet es und untiert sich selbst: Er soll „freiwillig stottern“ (Johnson), dabei kopieren, übertreiben. Ziel: willkür. Stottern, um Spasmen ausschalten zu können = „Negative Praxis.“ Schriftl. Berichte, tägl. Übungen im gleichzeit. Schreiben u. laut lesen (Van Riper). Sprachheilbehandlung auch dort unbed. erforderlich, wo Stottern neurot. bedingt ist (Sheehan). Setzt Hebel bei Symptomen an und geht erst allmählich auf Ursachen zurück: Er soll erst erkennen, daß er sprechen kann und dann die Angst überwinden (Van Riper). Der fruchtbare Augenblick liegt unmittelbar hinter dem Zeitpunkt, in dem sich der Tonus löst, in diesem Augenblick ist die Tendenz zu sprechen stärker geworden als die Tendenz zu schweigen (Konflikt-Theorie Sheehans).</p>



Die Rückfälle bieten SHEEHAN eine willkommene Gelegenheit, dem Stotterer zu zeigen, daß auch sie in der gleichen Weise wie bisher überwunden werden können, und keine Katastrophe darstellen.

Als eine besonders notwendige Aufgabe erscheint SHEEHAN die Schwierigkeit, den behandelten und fast geheilten Stotterer in seine Rolle als normal sprechender Mensch zurückzuführen. War bisher für den Stotterer vielfach das Stottern selbst eine Art Schutzfunktion, deren er sich bedienen konnte, um unerwünschten Situationen aus dem Wege zu gehen, so ist er jetzt scheinbar jeder Situation schutzlos preisgegeben. Damit der Patient dieses Gefühl überwindet, bedarf es einer eingehenden Vorbereitung und Übung. Es ist dies eine Aufgabe, die nach SHEEHANS Erfahrungen bedeutend schwieriger zu lösen ist als die, daß der Stotterer lernt, sich als Sprechbehinderter zu akzeptieren.

Faßt man das Bemühen der Amerikaner zusammen, so sind sie der Meinung, daß, wenn auch nicht Heilung im echten Sinne, wenn auch nicht völlige Symptomfreiheit erreicht werden kann, so doch wenigstens die Möglichkeit geschaffen werden sollte, daß der Stotterer ein lebenswertes Leben mit einem befriedigenden sprachlichen Kontakt zu führen vermag.

#### Literaturverzeichnis

1. **Arnold, G. E.:** Die Sprache und ihre Störungen. In Luchsinger-Arnold, Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, 2, 1959.
2. **Ainsworth, St.:** Integrating Theories of Stuttering J. of Speech Dis. (10), p. 205 bis 210, 1945.
3. **Bloodstein, O. a. Smith, S. M.:** A Study of the diagnosis of Stuttering with Reference to the Sex Ratio J. of Speech a. Hear Dis. (19) Dec. 1954, Nr. 4.
4. **Bluemel, C. S.:** The Riddle of Stuttering, 1957.
5. **Boland, J. L. jun.:** Type of Birth as Related to Stuttering J. of Speech a. Hear. Dis. (15), p. 40, 1950.
6. **Bryngelson, B.:** Sidedness as an Etiological Factor in Stuttering, J. of Gen. Psychol., Vol. XVII, Nr. 1, Sept. 1935.
7. **Bryngelson, Chapman, Hansen:** Know Yourself — A Workbook 1958.
8. **van Dantzig, M.:** Syllable Tapping, a new Method for the Help of Stammerers, J. of Speech Dis. (5), P. 127, 1940.
9. **Dominick, A. B.:** Stuttering — A Psychodynamic Approach 1954.
10. **Dührssen, A.:** Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 2, 1955.
11. **Eisensohn:** A perseverative Theory of Stuttering; In Stuttering A Symposium, 1958.
12. **Fernau-Horn, H.:** Ruhe- und Ablauftraining in der Behandlung schwerer Sprachangstneurosen, 1955 (Sonderdruck).
13. **Flosdorf, P.:** Das Stottern — Sein Wesen und seine Behandlung, Zeitschr. Jugendwohl, 1, 1961.
14. **Fröschels, E.:** Differences in the Symptomatology of Stutterers in USA and Europa. J. of Speech Dis., 6, p. 45, 1941.
15. **ders.:** The Significance of Symptomatology for the Understanding of the Essence of Stuttering, Folia Phoniatica (4), p. 217—230, 1952.
16. **Glauber, I. P.:** Dynamic Therapy for the Stutterer. In Bychowski, G. a. J. L. Resperis eds. Specialised Techniques in Psychotherapy, 1952.
17. **Gruber, L. a. van Riper, Ch.:** A Casebook in Stuttering 1957.
18. **Gutzmann, H.:** Sprachheilkunde, 3, 1924.
19. **Hahn, E.:** Stuttering — Significant Theories and Therapies, 2, 1958.
20. **Hennig, W.:** Beiträge zur Erforschung des Stotterns 1959.
21. **Hill, H.:** An Interbehavioral analysis of several aspects of stuttering, J. of Gen. Psychol. (32), p. 289—291, 1945.
22. **Hoepfner, T.:** Assoziative Aphasie (Stottern), 1925.

23. Honig, Ph.: The stutterer acts it out J. of Speech Dis. (12), p. 105—111, 1947.
24. Johnson, W.: Stuttering in Children and Adults (General Orientation — The Onset of Stuttering) 1955.
- 24a. ders.: Stuttering and what you can do about it, 1961.
25. ders.: The Indians have no word for it, J. Speech Dis. (9), p. 330, 1944.
26. Kußmaul, A.: Die Störungen der Sprache, 1910.
27. Liebmann, A.: Vorlesungen über Sprachstörungen H. 1.
28. Murphy, A. T. — Fitzsimons, R. M.: Stuttering and Personality Dynamics, 1960.
29. Nadoleczny, M.: Schicksal und Verhalten der Stotterer im bürgerlichen Leben, 1929.
30. Opitz, E.: Zur Pathogenese und Psychotherapie des Stotterns, 1956.
31. Reid, L. D.: Some Facts about Stuttering, J. Speech Dis. (11), 3, 1946.
32. Rothe, K. C.: Das Entwicklungsstottern als sprachneurotischer Prozeß, Z. päd. Psychol. (30), p. 565—569, 1929.
33. van Riper, Ch.: Speech Correction: Principles and Methods, 3, 1954.
34. ders.: To the Stutterer as he begins his Speech Therapy, J. of Speech and Hearing Dis. (14), p. 303, 1949.
35. Schneider, E.: Über den Sinn des Stotterns, Z. psychoanal. Pädagog. (2), p. 335 bis 341, 1928.
36. Seemann, M.: Über somatische Befunde bei Stotterern Mschr. Ohrenheilk. 68, p. 895—912, 1934.
37. ders.: Sprachstörungen bei Kindern 1959.
38. Sheehan, J. G.: An Integration of Psychotherapy and Speech Therapy through a Conflict Theory of Stuttering, J. Speech a. Hear Dis. (19) p. 474, 1954.
39. Travis, L. E.: The need for Stuttering, J. of Speech Dis. (57), p. 193, 1940.
40. Wyatt, G. C.: Stammering and Language in Early Childhood, J. of Abnormal and Social Psychol. (19), p. 75—84, 1949.

*Anschrift des Verfassers:*

*Prof. Dr. H. Jussen, 504 Brühl (Bezirk Köln), Am Inselweiler 19*

---

Als Ergänzung zu dem Artikel von Prof. Jussen erscheint in Heft  
3/64 eine Übersichtsskizze über das Problem des Stotterns

---

*Aus der Sprachambulanz der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik  
der Universität Wien (Vorstand: Prof. Dr. O. NOVOTNY)*

*Prof. Dr. F. Trojan und Dr. H. Weihs*

## DIE POLARITÄT DER SPRACH- UND STIMMHEILKUNDLICHEN BEHANDLUNG

*Ein Beitrag zur logopädisch-phoniatrischen Methodik*

*(Schluß aus Heft 1/64)*

Aber nicht für die Behandlung von Stimmstörungen aller Art, sondern auch für die des Stotterns sind diese Zusammenhänge von grundlegender Bedeutung. Die Sprechweise des Stotterers hängt bekanntlich weitgehend von seiner augenblicklichen vegetativen Zuständigkeit ab. Wie kann heute — nach den Arbeiten von SEEMAN und seiner Schule — noch in Frage gestellt werden, daß hier enge Beziehungen bestehen, mögen Ursachen und

Voraussetzungen des Stottersyndroms auch noch so mannigfaltig sein. Therapeutisch bietet sich hier das anderwärts schon mehrfach beschriebene „Phonische Training“ an.

### *B. Die Oppositionen*

Die in die Bereiche der Lautordnung, des Wortschatzes, der Wortbiegung und Satzbildung aufgegliederten sprachlichen Normen werden bei der verzögerten und dabei zum Teil in falsche Bahnen einlenkenden Sprachentwicklung unzureichend verwirklicht. Hier soll nur von der Lautbildung und ihren Störungen die Rede sein.

Seitdem JAKOBSON den Schichtenbau des Sprachlautsystems nicht nur als ein Tatsachenmaterial, sondern theoretisch, d. h. nach seinen Prinzipien erfaßt hat, wissen wir, daß alle „späteren“ Laute (darunter alle des dritten Artikulationsgebietes und alle Reibelaute) in „älteren“ „fundiert“ sind, so K in P und T und S in T. Aber JAKOBSON, der Mitbegründer der Phonologie, war viel zu sehr von der phonologischen Grundanschauung durchdrungen, als daß er in der Fundierung eine bloße „Ableitung“ gesehen hätte. Das Wesen eines Phonems liegt vielmehr darin, daß es zu allen anderen Phonemen in Gegensatz steht. In der Phonologie herrscht eine Form des digitalen Prinzips: die distinktive Opposition der Phoneme.

Ich halte darum die in der Behandlung des Stammelns vielfach üblichen „Ableitungsmethoden“ für theoretisch unzulänglich unterbaut, weil ihre Theorie den oppositionellen Charakter der Phoneme zu wenig herausstellt.

Abschließend sei beispielsweise eine auf dem Oppositionsprinzip beruhende Behandlung besonders lateraler Sigmatismen angegeben. Während bei T kinästhetisch alle Energie in der Zungenspitze empfunden wird, kann ein doppelter Antagonismus dazu verwendet werden, zur Bildung eines apikalen oder dorsalen S das Schwergewicht auf das Anlegen der seitlichen Zungenränder an die Alveolen zu gewährleisten. Dabei wird zuerst A gesprochen und die Zunge lang und schmal herausgestreckt (was durch die gleichzeitige Spannung des Kinnzungenmuskels und der queren Zungenfasern zustande kommt). Dann wird I gesprochen, die Zunge in den Mund zurückgezogen und so breit als möglich gemacht (was durch Kontraktion des Zungenbeinmuskels und des Griffelfortsatzzungenmuskels sowie der Längsfasern der Zunge erreicht wird). Das antagonistische Spiel führt dabei zu einer extremen Breitziehung der Zunge mit kinästhetischer Erregung ihrer Randbereiche. (WEINERT hat in seiner 16. Übung das Anlegen der Zungenränder an die Zähne empfohlen, aber ohne vorherige Kontraktion der Antagonisten; das Herausstrecken der Zunge dient bei ihm — später — nur zur Rinnenbildung.) Achtet man ferner noch darauf, daß die Zungenspitze und die Zähne das mediane Entweichen der Luft nicht verhindern, so wird man in den allermeisten Fällen in überraschend kurzer Zeit den Erfolg „bei Aufmerksamkeit korrekt“ erreichen.

## II. Grundzüge einer differentiellen logopädisch-phoniatrischen Therapie

(H. WEIHS)

Nach den klinischen und experimentellen Erfahrungen ist es im Hinblick auf die Pluricausalität von Sprach- und Stimmstörungen zweckmäßig, für eine adäquate logopädisch-phoniatrische Diagnose allgemeine Gesichtspunkte zu berücksichtigen und experimentelle Methoden anzuwenden. Sie werden nun in den Abschnitten A und B besprochen; daran schließt eine kurze Übersicht über die Therapie (C) und über die therapeutischen Maßnahmen (D).

### A. Allgemeine diagnostische Aspekte

#### I. Lebensalter

##### a) Entwicklungsstand:

Art, Reife und Alter der Körpermotorik; intellektuelle, psychische und sprachliche Reife; Lateralität; physische Reife (z. B. somatische Früh- oder Spätreife); Entwicklung des äußeren Atemapparates, insbesondere des Brustkorbes, der Atem- und Skelettmuskulatur.

##### b) differenzierte Krankheitsanfälligkeit [E. GERFELDT, H. WEIHS (1963),

##### F. TROJAN—H. WEIHS (1962)].

Bei allgemeiner Charakterisierung der Lebensalter steht an der Spitze der Häufigkeitsskala die Erkrankung der Atmungsorgane, namentlich in der Kindheit, im Jugendalter und ca. bis zum 45. Lebensjahr. An zweiter Stelle stehen die Stoffwechselstörungen besonders im Jugendalter sowie im frühen und mittleren Erwachsenenalter; nach 45 Jahren kommt dazu die besondere Anfälligkeit für Kreislaufkrankungen, beginnende Thoraxstarre, vertebrale Erkrankungen und Störungen der Kombinationsmotorik. Pathogenetisch für Sprach- und Stimmstörungen sind auch Störungen oder Hemmung der motorischen Funktionen innerhalb der einzelnen Phasen der kindlichen und jugendlichen Entwicklung sowie psychische bzw. psychogene Störungen; insbesondere spielt die erhöhte Neurose-disposition in bestimmten Entwicklungsphasen und in Übergangsperioden von einer Phase in die nächste vor allem dann eine Rolle, wenn die Lebensreife der entsprechenden Altersstufe nicht erreicht wurde. In der absteigenden Lebenskurve ist dabei die infolge allgemeiner Hormonschwäche herabgesetzte Widerstandskraft gegen psychische Störungen und gesteigerte Erregbarkeit zu berücksichtigen.

#### II. Konstitution [vgl. H. WEIHS (1961 a und b)].

- a) spezielle anatomische Verhältnisse der Körperbautypen
- b) vegetativ und endokrin bedingte Reaktionsweise des Organismus
- c) Krankheitsdisposition
- d) augenblickliche vegetative Reaktionslage
- e) Ermüdbarkeit

#### III. Temperament [vgl. H. WEIHS (1957), 1961 a und b)].

- a) Persönlichkeitsstruktur
- b) pathologische Persönlichkeitszüge (z. B. Hysterie, schizoide Psychopathie, depressive oder Zwangszustände)

#### IV. Anamnese

- a) Eigene Vorgeschichte des Patienten
- b) Erblichkeitsverhältnisse (z. B. familiäre Neuropathie, Epilepsie, Psychopathie, Schwachsinn, familiäre congenitale Sprachschwäche, Taubheit).

##### c) Umwelt

z. B. interpersonale Familienbeziehung zum Kind und um das Kind; gegenwärtige familiäre und berufliche Situation; Art des sozialen Kontaktes (vgl. H. Weihs (1961 b), (1963) und F. Trojan—H. Weihs (1963).

#### V. Weitere lokal organische Faktoren

- z. B. 1) anlagebedingte habituelle Verstärkung des Kopf- oder Brustklanges der Mischstimme beim Sprechen
- 2) psychische Störungen
- z. B. zentralorganisch (traumatisch oder infektiös); durch Milieuschäden; durch Fehlerziehung bedingt oder im Zusammenhang mit somatischer Akzeleration

- 3) Wirbelsäulenhaltungsstörungen  
z. B. die verschiedenen Formen von Rundrücken; Zusammenhänge zeigen sich mit  
a) geistiger und motorischer Retardation und respiratorischer Insuffizienz besonders im Kindesalter;
- b) Entwicklungsstörung der Bruststimmfunktion
- 4) endokrine Störungen  
z. B. Jodmangelzustände bei Störung der Bruststimmfunktion
- 5) atemmechanische Störungen  
z. B. a) thorakale Unterentwicklung (besonders in Kindheit und Jugendalter)
- b) Thoraxträgeit bis -starre
- c) Tonnusstörungen der Atem- und Skelettmuskulatur
- d) paradoxe Zwerchfellbewegung
- 6) Allergie (vgl. E. Sedláčková)

#### VI. Weitere lokal organische Faktoren

- z. B. 1) Bildungsanomalien im Bereich des Kehlkopfes; des oberen Ansatzrohres
- 2) multiple Papillomata im Kehlkopf
- 3) Anomalien der Artikulationsorgane
- 4) äußeres Larynxtrauma
- 5) Recurrenslähmung nach Strumektomie
- 6) congenitale Taubheit

#### *B. Die experimentell diagnostische Methodik*

Die klinischen Untersuchungen werden zweckmäßig durch experimentelle — vor und nach der logopädischen Behandlung durchgeführte — ergänzt.

##### 1. Tonbandaufnahmen

##### 2. Elektroakustische Analysen

- a) der Sprech- und Singstimme
  - b) der Ösophagusstimme (vgl. H. Weihs [1958])
  - c) der Stimme und Sprache von Schwerhörigen (Tauben) nach Hörtraining mit Hörhilfe
  - d) der postoperativen Gaumenspaltsprache (nach Sprachtherapie).
- Zur Ergänzung werden Verständlichkeitsmessungen durchgeführt.

##### 3. Röntgenaufnahmen

##### 1. Seitliche rö-kinematographische Aufnahmen von Halswirbelsäule und Kehlkopf zur Bestimmung von

- a) Haltungstypus der Halswirbelsäule (vgl. L. Drexler)
- b) der Neigungswinkel der Halswirbelkörper und deren Veränderung (im Sinne einer verstärkten Lordose oder Kyphose) vor und während der Phonation
- c) der Bewegungsabläufe der Halswirbelsäule nach cranial und caudal bezogen auf die Lageänderung von Kehlkopf-Zungenbein-Kehldeckel vor und während der Phonation (wichtig für die Erkennung von anlagebedingten Registerstörungen; vgl. H. Weihs (1961 b) und (1962); W. Zenker (1958))

##### 2. posterior-anterior Hartstrahlübersichtsaufnahmen des Kehlkopfes vor und während der Phonation

##### 3. Seitliche Aufnahmen der Gesamtwirbelsäule. Die Messung der Neigungswinkel des 12. Brust- und 5. Lendenwirbelkörpers gegen die Horizontale (nach A. CRAMER) soll Aufschluß geben über statische Störungen.

##### 4. Röntgenaufnahme des Handgelenkes (bei stammelnden Kindern)

##### 5. Röntgenologische Beobachtung der Zwerchfellbewegungen

#### IV. Elektroencephalogramme (Hyperventilationstest)

#### V. Elektronystagmographie (nach R. SCHILLING und A. SCHILLING)

#### VI. Elektromyographische Übersichtsaufnahme (mit Oberflächen Elektroden) und synchroner Tonaufzeichnung zur Prüfung der Tätigkeit der Atem- und Skelettmuskulatur, der suprahyalen Muskelgruppen [vgl. H. WEIHS (1961)]

#### VII. Spirogramme

## VIII. Elektrovibrationstest (5000 Schwingungen/min.) zur Prüfung von

### 1. reflektorischer Tonusschwankungen

a) der Skelett- und Atemmuskulatur;

b) der suprahyalen Muskelgruppen; durch Vibration beiderseits der großen Zungenbeinhörner (von außen) werden auch Mitbewegungen des Gaumensegels (z. B. nach Tonsillektomie) angeregt; paradoxe Bewegungstendenzen der Zunge, die vielfach bei therapeutisch schwer beeinflussbaren lateralen Sigmatismen und unterentwickelter Kaufunktion auftreten, deuten darauf hin, daß die Genioglossuswirkung der jeweiligen Gegenseite auch ohne Lautbildung während der Vibration dominiert.

### 2. Schmerzreaktionsneigung auf Elektrovibration

a) beiderseits des Kehlkopfes; b) des Mundbodens; c) der Mm. Masseter; d) in organbezogenen Punkten im Bereich der Headschen Zonen; e) der Tonsillen, Kiefer usw. (bei Fokalinfektionsverdacht).

## IX. Psychologische Untersuchung

### 1. Projektive Tests

2. Spezielle Testbatterie zur Prüfung der Intelligenz; der motorischen, psychischen und sprachlichen Reife; des Sprachverständnisses; des akustischen und visuellen Gedächtnisses, der visuo-motorischen und konstruktiven Tätigkeit; des Vorstellungstypus.

3. Prüfung der Musikalität; des Tonsinnes; des rhythmischen Empfindens

4. Prüfung der Lateralität.

## C. Therapie

1. Die schweren zentralen Dyslalien (M. SEEMAN) und Dysarthrie mit klassischen neurologischen Störungen; die verzögerte Sprachentwicklung mit dem Syndrom von extrapyramidalen Sprach- und Stimmstörungen; Sprachstörungen bei allgemeiner motorischer Retardation und schwerer psychischer Asthenie, Asphasien bei Erwachsenen und akustischer Agnosie (M. SEEMAN) bedürfen einer neurologischen Behandlung und in vielen Fällen kann eine logopädische Therapie helfen, die gestörten Funktionen zu verbessern. Dasselbe gilt für das Stottern mit sensorischer und motorischer Polterkomponente und abnormem EEG [vgl. F. TROJAN—H. WEIHS (1963)]

2. Die einfacheren Fälle von motorischer und sensorischer Dysphasie bei Fällen von verzögerter Sprachentwicklung; funktionelle Dyslalie bei motorischen und sensorischen Störungen und Intelligenzdefekten; organische Dyslalie erfordern einen rechtzeitigen Behandlungsbeginn (mit 4 oder 5 Jahren, bei Taubheit sogar früher). Die logopädisch-phoniatrische Therapie hilft dem Patienten nicht nur im Bereich seiner größten Schwierigkeiten, sondern fördert die weitere zentrale Sprachentwicklung, die peripher-expressive Sprechfähigkeit und cerebrale Integration.

3. Die verschiedenen Formen von Funktionsstörungen der Stimme, nasale Dysphonien; psychoneurotische Sprachstörungen; das neuro- und das psychopathische Stottern erfordern eine kombinierte logopädische und psychagogische Therapie, welche auf die Gesamtpersönlichkeit abgestimmt ist und die Wiederherstellung der Störung erzielt.

#### D. Therapeutische Maßnahmen

Eines der Hauptziele der differentiellen Therapie ist die Korrektur von Atem- und Haltungsfehlformen. Durch „passive“ Atemtherapie in Form von Elektrovibration und passiver Dehnung der Wirbelsäule und der Flanken, welche zu Tiefatemreaktionen führt, wird eine vegetative Umstimmung in eine trophotrope Durchgangphase hervorgerufen [vgl. H. WEIHS (1961 a und b), F. TROJAN und H. WEIHS (1963)]. „Aktive“ Atemtherapie hat das Ziel, dem Patienten das Erleben der rhythmischen Vorgänge der Atmung und die Eigenkontrolle der feinmotorischen Koordination von Atmung und Phonation zu vermitteln. Aktive Haltungsarbeit des Patienten soll ihn an die biologisch richtige Gesamtfunktion der Körperhaltung, nämlich die, unter den individuellen, gegebenen Bauverhältnissen beste Streckung und Aufrichtung des Körpers gewöhnen, wodurch eine ungehemmte Anpassung der gesamtkörperlichen Bewegung an die Sprechhandlung und den Redesinn ebenso gewährleistet wird wie die für die Leistungsfähigkeit der Stimme erforderliche Registermischung von Kopf- und Brustklang. Diese setzt nämlich ein — bereits vor Beginn der Phonation elektromyographisch objektivierbares — harmonisches Zusammenwirken der supra- und infrahyalen Muskelgruppen, der gesamten Atemmuskulatur, der Mm. sternocleidomastoidei, der Schultergürtelträger und der antagonistischen Hals- und Nackenmuskulatur voraus sowie die initiale Zwerchfellsenkung bei der Inspiration. Die durch das muskuläre Kräftespiel des Registermechanismus (s. o.) auftretenden reziproken Lageänderungen von Zungenbein und Larynxskelett, die Formveränderung der Kehlkopfhohlräume und des Larynxfettkörpers, welche zu einer Verbesserung der Stimmbandschwingung und des Stimmlippenschlusses führen, kann stimmtherapeutisch und durch zusätzliche tonsynchrone harmonische Vibration der Kehlkopfknorpel beeinflusst werden. Bei Stimmstörungen richtet sich die Behandlung jeweils danach, ob primär oder sekundär hyper- oder hypokinetische Zustandsbilder bei Störungen der Kopf- oder der Bruststimmfunktion bestehen. Primär hypokinetische Stimmstörungen bei vegetativer und muskulärer Hypotonie, die verschiedenen Grade von Adduktorenschwäche, Internusparese, einseitige Recurrenslähmung werden erfolgreich behandelt mit tonsynchroner harmonischer Vibration der Schildplattenknorpel und des Sternums, kombiniert mit Elektrotherapie in Form von selektiver Muskelreizung mit Exponentialstrom [vgl. F. TROJAN—H. WEIHS (1956)].

Bei hyperkinetischen Stimmstörungen infolge von ergotropen Spannungszuständen, psychogenen Störungen und spastischen Tendenzen, Mißbrauch der Stimme, bei Taschenbandsprache und rheumatischer laryngealer Arthritis erweist sich eine spezielle synchrone harmonische Vibration vorwiegend im Bereich des unteren Schildknorpelrandes und des Ringknorpels sowie des Sternums in Verbindung mit einer vegetativen Umstimmung als zweckmäßig.

Die eigentliche Stimmübungstherapie beginnt erst nach Abklingen von lokalorganischen Entzündungen und Infektionen. Bei gleichzeitigem Bestehen von

Wirbelsäulenerkrankungen und Stimm- oder Sprachstörungen ist das Zusammenspiel von Fokalinfection, Stoffwechselstörungen, endokrinen Vorgängen und Erkrankungen der Atemwege therapeutisch zu berücksichtigen.

*Schlußbemerkung* (F. TROJAN)

Die hier gegebene Darstellung der Polarität, die zwischen einer generellen und einer differentiellen Sprach- und Stimmbehandlung besteht, kann, wie schon bemerkt, von jedem auf diesem Gebiet tätigen Therapeuten dazu benutzt werden, die Grundrichtung zu bestimmen, der er in seiner eigenen Behandlungsweise folgt. Für den mehr generell ausgerichteten Therapeuten steht die Normalität im Vordergrund, und sein Denken ist demgemäß dem Sprachkranken gegenüber vorwiegend teleologisch. Er wird zuweilen bessere Resultate von seiner Behandlung erwarten, als sie tatsächlich möglich sind, aber er wird sich durch die Tatsachen der Vererbung und der pathogenen Milieueinflüsse nicht entmutigen lassen und ihre Bedeutung eher unterschätzen. Umgekehrt wird der vorwiegend differentiell eingestellte Therapeut sein Hauptaugenmerk auf die kausalen Beziehungen zwischen den pathologischen Symptomen, der Heredität und der Umwelteinflüsse richten. Er wird zu einem geringeren Optimismus in der therapeutischen Prognose neigen und deterministische Denkformen und Gedankengänge bevorzugen. Das wahre Ziel des Logopäden und Phoniaters aber wird es sein, die richtige Mitte zwischen den beiden Polen zu finden.

**Literaturverzeichnis**

**ad I (TROJAN)**

1. **Coblener, H.:** Methodisches zum Atemrhythmus der Sprechstimme. Atem, Dez. 1963, Helfer-Verlag, Bad Homburg, sowie eine noch ungedruckte Arbeit.
2. **Draper, M. H., P. Ladefoged and D. Whitteridge:** Respiratory Muscles in Speech, *J. of Speech and Hearing Research*, 2, 1959, 16—27. — Expiratory Pressures and Air Flow during Speech. *British Med. J.* 1960, 1837—1843.
3. **Gehlen, A.:** Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. Berlin, Junker und Dünnhaupt (1940).
4. **Jakobson, R.:** Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. Uppsala Universitets Aarsskr. 9, 1. 1942.
5. **Magoun, H. W.:** The Waking Brain. Sec. Ed. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. (1963).
6. **Seeman, M.:** Über anatomische Befunde bei Stotterern. *Msch. Ohrenheilkunde*. 68: 895—912 (1934). — Sur la régulation neurovégétative de la durée de la phonation. *Folia phoniatica* 1, 22—37 (1947). — Sprachstörungen bei Kindern. Halle (Saale) Marhold (1959). Symposium on Muscle Recaptors. Ed. by D. Barker, Hong Kong, University Press (1962).
7. **Trojan, F.:** Die Ausbildung der Sprechstimme, 2. Aufl. Wien, Österr. Bundesverlag (1952). Der Ausdruck der Sprechstimme, 2., erg. Auflage. Wien—Düsseldorf, W. Maudrich (1952). Artikel „Phonisches Training“ in: Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik hrsg. v. G. Heese. Berlin-Charlottenburg, Marhold (im Erscheinen).
8. **Trojan, F. und H. Weihs:** Studien zur Stottertherapie. *Folia phoniatr.* 15, 42—67 (1963).
9. **Weinert, H.:** Die Bekämpfung der Sprachfehler. 2. Aufl. Halle (Saale) Marhold (1955).
10. **Weizsäcker, V.:** Der Gestaltkreis. 3. Aufl. Stuttgart, G. Thieme 1947 (1. Aufl. 1940).
11. **Wiener, N.:** Kybernetik, 2. Aufl. Düsseldorf — Wien, Econ-Verlag 1963 (1. amerikanische Ausgabe 1948).
12. **Wieser, W.:** Organismen Strukturen Maschinen. Zu einer Lehre vom Organismus. Fischer Bücherei 230. Frankfurt 1959.
13. **Zenker, W. und A. Zenker:** Über die Regelung der Stimmlippenspannung durch von außen angreifende Mechanismen. *Folia phoniatica* 12, 1—36 (1960).

## Ad II (H. WEIHS)

- Cramer, A.:** Funktionelle Merkmale von Störungen der Wirbelsäulenstatik; in: Störungen der Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule Bd. 5. pp. 84–93 (Hippokrates, Stuttgart 1958).
- Drexler, L.:** Röntgenanatomische Beobachtungen über den Einfluß verschiedener Sprech- und Kaubewegungen auf die Halswirbelsäule des Menschen. Erg. Heft Anatom. Anz. 106/107, 132–138 (1960); Röntgenanatomische Untersuchungen über Form und Krümmung der Halswirbelsäule in den verschiedenen Lebensaltern; in: Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis Bd. 23 pp. 7–37 (Hippokrates, Stuttgart 1962).
- Gerfeldt, E.:** Differenzierte Krankheitsanfälligkeit und Lebensalter. Vita humana 1: 19–41 (1958).
- Schilling, R. und A. Schilling:** Zur Diagnostik frühkindlicher Hirnschädigung bei Stotterern. Akt. Probl. Phoniät. Logop. 1: 134–140 (Karger, Basel/New York, 1960).
- Sedláčková, E.:** Les dysphonies hyperkinétiques des enfants, causées par surmenage vocal. Folia phoniät. 12: 48–60 (1960).
- Seeman, M.:** Neurologie und Sprachheilkunde. Akt. Probl. Phoniät. Logop. 1: 127–133 (Karger, Basel/New York 1960).
- Trojan, F. und H. Weihs:** Zur Behandlung einseitiger Recurrensparesen. Arch. Ohren- usw. Heilk. und Z. Hals- usw. Heilk. 169: 233–235 (1956); General and Differential Therapie in the Field of Logopedics and Phoniatics. J. South African Logopedic Society 9: 8–15 (1962).
- Weihs, H.:** Stimmstörungen und Persönlichkeitsstruktur. Folia phoniät. 9: 101–115 (1957); Der Einfluß benachbarter Bewegungssysteme auf die Hervorbringung der Osophagussprache. Arch. Ohren- usw. Heilk. und Z. Hals- usw. Heilk. 173: 529–533 (1958); Beiträge zur Kenntnis und Behandlung von Stimmstörungen. Folia phoniät. 13: 13–55 (1961a); Funktionsstörungen in der Stimme und psychische Hygiene. Akt. Probl. Phoniät. Logopäd. 2: 140–166 (Karger, Basel/New York 1961b); Über spondylogenen mitbedingte Stimmstörungen. Proc. 12th internat. Conf. Logopedics and Phoniatics, Padova 1962 (in Druck); Funktionsstörungen der Stimme in den verschiedenen Lebensaltern; in: Der Mensch als Persönlichkeit und Problem (Gedenkschrift für I. Betschart) pp. 369–397 (Pustet, München 1963).
- Zenker, W.:** Anatomische Probleme zum Spannmechanismus der Stimmlippen. Wien. klin. Wschr. 70: 801–802 (1958); Über Bindegewebsstrukturen des Kehlkopfes und seines Aufhängesystems und deren funktionelle Bedeutung für den Kehlkopfraum. Mschr. Ohrenheilk. 92: 269–307; 349–383 (1958).

*Anschrift der Verfasser:*

*Univ. Prof. Dr. Felix Trojan, Wien III., Wassergasse 15,*

*Dr. Herta Weihs, Wien II., Schüttelstraße 19/6/15, Österreich*

---

## Umschau und Diskussion

---

### Über Phonetik. Ein Diskussionsbeitrag

Dem Leben gegenüber ist unser Wissen vom Lebendigen überaus unzulänglich und daher bescheiden zu nennen. Nicht anders ist es bei den Lebensäußerungen in der Bewegungsforschung bestellt. Folgen wir der funktionellen Anatomie (**Höpke**: „Das Muskelspiel des Menschen“), dann gewinnen wir immerhin in dem Grundsatz: „Die Funktion prägt die Form“ den Schlüssel zur Entfaltung des Leibes, seiner Muskeln, seiner Knochen und seiner Organe. So dürfen wir in der Erscheinung des Lebendigen doch einen Einblick in die organische Geschichte unseres Werdens tun. Jeder von uns ist in seiner lebendigen Gestalt das jeweilige Ergebnis der Übung seiner von ihm selbst und von den Wirkungen der Umwelt angeregten Kräfte.

Neben dieser Betrachtung des Lebendigen als Lebensschau in der Gegenwart finden wir eine unfaßbare Fülle von Meinungen und Ansichten, Behauptungen und Urteilen von anderen in der Literatur als Vergangenheit aufgeschichtet. Wäre die Geschichte der Phonetik geschrieben, so stünde am Anfang die vollendet großartige Lautungslehre des Sanskrit, in der Mitte die Lautverwandlung und am Ende

der Lautverfall. Ist es nicht eine Tragik, wenn der große Wissenschaftler **Viëtor** in der letzten 7. Auflage seines Lebenswerkes „Elemente der Phonetik“, das 1923 nach seinem Tode erschien, geradewegs den Schiffbruch aller Bemühungen erklärt? „Allen vorstehend besprochenen Vokalsystemen — natürlich auch meinem eigenen Schema — haftet der Mangel an, daß sie zum größten Teile auf ungenauer Beobachtung und subjektiver Abschätzung, besonders in bezug auf die Artikulationsformen, beruhen.“ — „Die wichtigste experimentalphonetische Arbeit über die Vokalartikulationen ist ohne Zweifel **E. A. Meyers** Aufsatz in der **Viëtor-Festschrift**: „Untersuchungen über Lautbildung“, durch den die seither aufgestellten Systeme . . . wie es scheint, sämtlich ins Wanken geraten.“ „Wie ist es aber möglich, daß die seit langer Zeit von so vielen Phonetikern übereinstimmend gemachten Beobachtungen, wenn ihnen auch mancherlei Unvollkommenheit anhaften mag, in so schreiendem Widerspruch mit diesen neueren Ergebnissen stehen?“

Das Gegenstück hierzu hat **Fred. Bodmer** in „Die Sprachen der Welt“ unter „Sprach- und Schriftkrankheiten“ ausgesprochen:

„Sie (die Sprachgeschichte) ist eine Geschichte der Verwirrung, das Ergebnis einer ununterbrochenen Kette von Saumseligkeiten und uneinsichtiger Duldung der Fehler unserer Großeltern.“ —

Wir bewegen uns also auf sehr unsicherem Boden und haben die Pflicht zum Argwohn, wenn es der Wissenschaft nicht gelingt, die organische Einheit aller Laute in der Verbindung der Vokale mit den Konsonanten zu erkennen und zu begründen, die von Natur aus gegeben, in der Wissenskunde aber grundsätzlich als unvereinbar dargestellt wurde, obwohl im lebendigen Geschehen der Sprache, dem Sprechen, eben diese Verbindung in jedem gesprochenen Worte vollzogen wird. Der Überdifferenzierung der Phonetik, z. B. sogar 380 Vokale anzunehmen, oder 84 verschiedene Arten des *t* zu bestimmen, hat die Phonologie ein Ende gesetzt, indem aus jeder Lautvernetzung der mannigfachen Ähnlichkeiten das am besten brauchbare Phonem ausgewählt wurde. Damit ist es möglich, eine Verbindung mit der uralten Stimmbildungsweise aufzuheben, die auch **Paget** im mechanischen Nachbilden aller Laute dazu führte, den Laut als „Geste des Stimmorgans“ zu kennzeichnen. **Pietro Tullio**, Akustiker und Hörphysiologe, hat in „Das Ohr und die Entstehung der Sprache und der Schrift“ die wissenschaftliche Entwicklung der experimentellen Schwingungsforschung, nach dem Stand von 1929, von **Galileo Galilei** an aufgeführt und die sensomotorische Einheit aller Ausdrucksbewegungen — Gesten — bewiesen. Sie führte auch **Ludw. Klages** von seiner „Wissenschaft vom Ausdruck“ aus bis zu „Die Sprache als Quell der Seelenkunde“ (1947). Auch dem Philologen steht die große Schau frei, nur hat jedermann mit der Wahl auch die Qual.

Die Stimmbildung hat es immer mit dem lebendigen Menschen und seinen lautlichen Ausdrucksgesten zu tun, hingegen die Philologie mit bereits geschriebenen toten Büchern. Das ist ein großer Nachteil. Wieweit Bücher dem Leben wieder dienlich werden können, hängt von dem Auswähler der vorhandenen besten Werte ab, die in Worten und Aussprüchen, in Ansichten und Anschauungen bereits festgelegt sind. Es bedarf der glücklichen Hand und der klugen Einsicht, um aus vielen Fachgebieten die Auswahl so zu treffen, daß sie mit der lebendigen Erfahrung des Stimmbildners übereingehen kann.

Auch der Stimmarzt tastet sich, von der medizinischen Ausbildung in seiner Wissenschaft her vorsichtig probierend an das lebendige Geschehen bei der Stimmbildung heran. Er hat den Nachteil, meist nur behinderte Funktionen von Ausdrucksgesten vorzufinden, und bedarf wie die Sprachheillehrer der Ergänzung durch lebendige Erfahrung — nicht die des Lesens von Büchern — im eigenen Probieren am Wege zum optimalen Stimmgebrauch. Er bleibt das Ziel der Kunstgesangausbildung, von wo aus auch der Wegbeginn erfolgen möge. Erreichen weder der Philologe noch der Stimmarzt und der Sprachheillehrer dieses Ziel der mühelosen Vollendung der Funktionen im Spiel der Organbewegungen, dann verbleiben sie alle noch in der Theorie der Meinungen, der Ansichten und der Vermutungen. Denn die Kunst des Könnens ist wie die Heilkunst nur zur einen Hälfte Wissenschaft, zur andern aber angewandte Kunst.

Um „des Segens der Götter“ teilhaftig zu werden, wird heute noch nach uralten strengen Regeln und in der genauesten Befolgung derselben im Sanskrit die Ausbildung der Eingeweihten vollzogen. Nicht anders war es bei den Griechen in den Mysterienkulten. Im Mittelalter galten bis zum Belcanto die Regeln der Ausbildung als geheim und wurden mit Worten ausgesagt, deren begrifflicher Sinn einer lebendigen Aufklärung bedurfte, weil die gegenständliche Bedeutung der Worte absichtlich mißleiten sollte, um das Geheimnis der Könner in den angewandten Kunstgriffen zu schützen. Wer heute — so wie einst — das Wort im Begriff wörtlich nimmt, gerät ebenso auf Abwege, wie damals beabsichtigt.

Ohne Literaturkenntnis aber entfaltet sich die große Kunst immer noch bei den Begnadeten instinktiv geführt zur vollendeten Künstlerschaft, aus der das „offensichtliche Geheimnis“ der kunstgerechten und organgemäßen Funktion sich jedem „der Ohren hat zu hören“ auch ohne Wissenschaft erschließt. Diese Zusammenhänge zwischen dem oft unbewußten Erfüllen der Naturgesetze und der Wissens-

kunde über dieselben zeigen die Schwierigkeiten sowohl der Umschau wie der Diskussion auf.

**Trojan** hat sich in seiner Entgegnung zu „Schach dem Stottern“ auf die Quellen aus der Literatur bezogen. Er hat auch von seinem Standpunkt, der mechanischen Erklärung der Stimmfunktion als Polsterpfeife, aus recht. Nur ist die Orgel wie die Polsterpfeife tot und starr, während der akustische Raum des Ansatzrohres, des Mundes wie der Nase an der Rücksteuerung zum Schwingungserreger, lebendig bewegt und veränderlich ausgewogen in der wechselnden Resonanzbildung mit beteiligt ist. **Paget** konnte nachweisen, daß auch mechanisch nur aus dem Überklang zweier Röhren, also im Zusammenwirken verschiedener Hallen, die Vokale entstehen können. Nur die Schwingungslehre kann von der Akustik her die dem Stimmklang dienlichen physiologischen Bedingungen aufklären. Die Zweckmäßigkeit von Artikulationsbewegungen wird nur durch den mühelos erzeugten Stimmklang in seiner überaus großen Wirkungsweise als optimal bestimmt. „Das Wesen der Dinge, die Seele der Materie offenbart der Klang“, das besagt die harmonikale Forschung **Kaysers** und bestätigt damit das, was dem Musiker die lebendige Wirklichkeit verrät.

Mittlerweile ist ein sehr „interessantes“ Buch von Ingenieur **Eduard Rossi** „Die Entstehung der Sprache und des menschlichen Geistes“ (1962) erschienen. **Rossi** verwendet das Wort „Ausdruck“ wörtlich im Sinne von **Trojans** „Kraftstimme“ in der Begriffsbestimmung von starkem Druck und das „Zusammennehmen“ als Zusammenfassen aller muskulären Kräfte zum Andrängen des Atems. Wir haben hier die reinste Form des Arminschen „Stauprinzips“ vor uns, ohne daß es genannt wird. Es gibt auch bereits lobende Kritiken von dieser Art „Kraftstimme“ in letzter Konsequenz. **Trojan** hat inzwischen den Begriff „Stauen“ seiner ersten Auflage von „Die Ausbildung der Sprechstimme“ aus der zweiten herausgenommen. Der Diskussion ist damit erneut das Tor weit geöffnet.

Oskar Fitz, Wien.

---

## Aus der Organisation

---

### Dr. Werner Orthmann, Dozent für Sprechkunde

Herr Dr. W. Orthmann ist seit 7 Jahren als ausgebildeter und staatlich geprüfter Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer in Hamburg tätig und erfüllt seit mehreren Jahren in Kiel einen Lehrauftrag in seinem Fachgebiet Sprechkunde und Sprecherziehung.

Er erhielt die ehrenvolle Berufung an die Pädagogische Hochschule in Kiel als Dozent für Sprechkunde und Sprecherziehung und bleibt weiterhin im Heilpädagogischen Lehrgang bei der Ausbildung von Sonderschullehrern beteiligt.

Herr Dr. W. Orthmann trat durch richtungweisende Veröffentlichungen aus unserem Fachgebiet hervor und genießt über die Bundesrepublik hinaus einen guten Ruf als Wissenschaftler in Fragen der Sprach- und Stimmpathologie.

Wir hoffen auf weitere enge Verbindung und Zusammenarbeit und wünschen ihm in seiner neuen Stellung Initiative und Erfolg.

Für die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik i. D.  
Johannes Wulf  
Vorsitzender

---

## Freie und Hansestadt Hamburg

Bei der Schulbehörde sind an den Sonderschulen für Gehörlose, für Schwerhörige, für Sprachkranke sowie für Lernbehinderte (Hilfsschulen) Stellen für

### Lehrer an Sonderschulen

Besoldungsgruppe A 12 + 58,— DM und A 10 b  
des Hamburgischen Besoldungsgesetzes

zu besetzen.

**Gefordert werden:**

- a) für Lehrer an Sonderschulen der Besoldungsgruppe A 12 + 58,— DM:  
Sechsemestrige Hochschulausbildung zum Volksschullehrer, Erste und Zweite Lehrerprüfung; fachwissenschaftliches Hochschulstudium von vier Semestern in Verbindung mit einer schulpraktischen Ausbildung an einer Sonderschule, Prüfung für das Lehramt an Sonderschulen,
- b) für Lehrer an Sonderschulen der Besoldungsgruppe A 10 b:  
Eine andere Ausbildung oder Prüfung für das Lehramt an Sonderschulen. — Bewerber treten nach 10jähriger Tätigkeit im hamburgischen Schuldienst in die Bes.-Gr. A 12 + 58,— DM über. Eine Tätigkeit im außerhamburgischen öffentlichen Schuldienst wird bis zu 5 Jahren angerechnet.

**Geboten werden:**

Trennungentschädigung und Umzugskostenvergütung nach dem Umzugskostenrecht, Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung durch zinsgünstige Darlehen, Berufung in das Beamtenverhältnis für Bewerber, die das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Volksschullehrer, die bereit sind, die fachliche Befähigung für ein Lehramt an Sonderschulen durch ein Studium an der Universität Hamburg zu erwerben, können ebenfalls eingestellt werden. Sie erhalten während des Studiums ihre vollen Dienstbezüge als Volksschullehrer.

Bewerbungen sind zu richten an:

Schulbehörde Hamburg, Personalabteilung —111—, Hamburg 36, Postfach.

---

#### **Fünfzig Jahre Arbeit an schwerhörigen und sprachkranken Kindern in Hannover.**

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V., Landesgruppe Niedersachsen.

Dieses sehr lesenswerte Heft wurde aus Anlaß der fachpädagogischen Tagung mit dem gleichen Thema herausgegeben. Die Beiträge stammen von Kolleginnen und Kollegen der Schwerhörigen- und Sprachheilschule Hannover. Dieses Heft ist gegen einen Unkostenbeitrag von DM 5,— für Druckkosten zu erwerben bei der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, Landesgruppe Niedersachsen, 3 Hannover, Burgstr. 14.

### **LOGOPÄDE (IN) gesucht**

Der Verein zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e. V.  
MÜNCHEN 25, Garmischer Straße, Tel. 76 67 00 sucht zum baldmöglichen Antritt eine(n) LOGOPÄDIN, die Erfahrung in der Behandlung spast. gel. Kinder hat. Bezahlung nach BAT 5, 40-Std.-Woche, Mittagessen frei, Wohnraumbeschaffung. Bewerbungen mit Lichtbild, Zeugnisabschriften und handgeschriebenem Lebenslauf an obige Adresse erbeten.

## Bericht über die 13. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde in Berlin am 31. 5. 1963

Auf dem Tagungsprogramm der 13. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, das — wie immer — einen Halbtage im Rahmen des Kongresses der HNO-Ärzte einnahm, standen in diesem Jahre nur 11 Referate, so daß den Referenten bis zu 20 Minuten Vortragszeit eingeräumt werden konnten.

**Winkel**, Berlin, berichtete über einen „Tonhöhen-Extraktor zur Messung und Steuerung von Stimme und Sprache“. Er wies darauf hin, daß beim Sprechen keine meßbaren Tonhöhen vorhanden sind, sondern eine „Verschmierung“ der Tonhöhen der einzelnen Laute stattfindet (weshalb die Sprache synthetisch auch nicht völlig naturgetreu nachgebildet werden kann). Ein Tonhöhen-Extraktor ist eine Art elektronisches Ohr, das genau das heraushören soll, was man ihm aufgibt. Der neue Extraktor, über den Winkel berichtete, soll den Grundton extrahieren. Die mit ihm gewonnenen Aufzeichnungen gesprochener Wörter zeigen, daß zwischen verschiedenen Sprechern keine Übereinstimmung besteht, sich jedoch individuelle Tonhöhenkurven erkennen lassen. Hinweise auf pathologische Verhältnisse sind aus den Aufzeichnungen nicht zu entnehmen. Lediglich bei Massenbelastung der Glottis läßt sich eine Verlängerung des Umschaltfaktors zwischen Vokal und Konsonant erkennen. Aufgezeichnet werden durch das Gerät Schalldruck, Tonhöhe und Zeit. Bei Stotterern zeichnen sich starke Schalldruckschwankungen, aber auch Tonhöhenschwankungen (Recurrensschwankungen) ab.

**Bauer**, Heidelberg, untersuchte das „Wesen der Nasalität als artikulatorisches und psycho-akustisches Problem“. Nachdem er die Nasalität als organisches Faktum dargestellt hatte, wies er auf die widersprechenden Klanganalysen hin, die in der Literatur zu finden seien, und die die Rhinolalie als akustisches Phänomen zu erfassen suchten. Bauer fand bei seinen eigenen Untersuchungen kein signifikantes klanganalytisches Bild. Es fiel lediglich eine Verstärkung des zweiten Formanten auf, wie sie auch im Klangbild der Oboe zu erkennen ist.

In der Diskussion wies **Winkel**, Berlin, darauf hin, daß Näseln elektronisch nicht herzustellen ist. Er glaubt, daß es sich dabei um eine allgemeine Veränderung der Resonanz handelt, die nicht mit dem Sonagraphen untersucht werden müßte, sondern mit dem von ihm vorgestellten Tonhöhen-Extraktor. Für den normalen Stimklang sei das Vorhandensein der Partiale um 3000 Hz wichtig, die z. B. nach Tonsillektomie und bei allgemeiner Nackenentspannung fehlen. **Arndt**, Kiel, wies ebenfalls auf die Nasalität nach Tonsillektomie hin und äußerte die Vermutung, daß es sich um eine Verstärkung des Partialbereiches unter 2000 Hz handele. **Habermann**, Frankfurt-Höchst, teilte seine Beobachtungen über Nasalität bei bestimmten Ausdrucksformen des Lachens mit (frivol, lüstern usw.), bei denen keine Veränderungen des Klangspektrums feststellbar gewesen seien.

*(Schluß in Heft 3/64)*

---

## Bücher und Zeitschriften

---

**P. Federn u. H. Meng: Psychoanalyse und Alltag.** Unter Mitarbeit zahlreicher Fachgelehrter. Verlag Hans Huber, Bern u. Stuttgart 1964. Fünfte, umgearbeitete Auflage. 298 Seiten, Leinen 22,80 DM.

Die Psychoanalyse ist heute in ihren gesicherten Erkenntnissen ein nicht mehr fortzudenkender Bestandteil der „Anthropologischen Psychologie“, also einer Gesamtpsychologie des Menschen. Die Einordnung der psychoanalytischen Ergebnisse ist durchaus nicht glatt und reibungslos abgelaufen, sie ist auch heute noch nicht überall eine Selbstverständlichkeit. In der Entwicklung der Psychoanalyse — von ihren Anfängen bis zur Gegenwart — beobachtete man nicht nur in der wissenschaftlichen Welt, sondern auch in breiten Schichten des Volkes Reaktionen auf ihre Aussagen, die von empörter Ablehnung bis zur begeisterten Zustimmung reichten. Deshalb haben **Federn** und **Meng** schon nach dem 1. Weltkrieg versucht, die Grundlagen der Psychoanalyse breit und allgemeinverständlich in ihrem „Psychoanalytischen Volksbuch“ darzustellen. Vier Auflagen erlebte das mit großer Zustimmung aufgenommene Werk, 1957 entschloß man sich zu einer fünften. Es erschien damals in neuer Form der 1. Band als „Allgemeine Einführung in die Grundlagen der Psychoanalyse“. Der nunmehr hier zu besprechende 2. Band „Psychoanalyse und Alltag“ behandelt spezielle Gebiete der Psychoanalyse, so z. B. den seelischen Gesundheitsschutz, Erziehung in Haus und Schule, Sexualerziehung,

Pubertätshygiene, Leib-seelische Hygiene des Liebeslebens, Vorbeugung von Kinderfehlern und anderen seelisch fundierten Fehlentwicklungen wie Stottern (!) und Störungen der Leib-seelischen Reifung. Im Schlußteil wird uns **Sigmund Freud** vorgestellt: wir erleben ihn in seiner Lebens- und Berufsgeschichte, als Gesprächspartner und Schriftsteller.

Eine Fülle bekannter Mitarbeiter gibt den angeschnittenen Themen Qualität und Rang. Viele dieser Autoren sind inzwischen leider verstorben. Wir lesen u. a. die Namen von **Hans Zulliger**, **Ernst Schneider**, **Oskar Pfister**, **August Aichhorn**, **Karl Landauer** und **Alfhild Tamm**. Aus **Tamms** Feder stammt der den Sprachheilpädagogen bestimmte ansprechende Aufsatz „Die psychische Behandlung beim Stottern“. Dieser wird besonders dadurch wertvoll, weil hier nicht nur einseitig tiefenpsychologisch gesehen wird, sondern der Übungstherapie nach **Kusmaul**, **Gutzmann** und Nachfolger auch ein gewisser Platz eingeräumt wird. Ebenso sollten wir Sprachheilpädagogen auch in bestimmten Fällen an tiefenpsychologische Faktoren denken: Stottern ist eben kein einheitliches Problem und kennt daher auch nicht nur den einen, einzig richtigen Behandlungsweg!

Das Buch ist wirklich anregend geschrieben, es liest sich beinahe wie ein interessanter Roman. Nachteilig erscheint, daß vieles vom Mitgeteilten noch zu psychoanalytisch-orthodox interpretiert wird, viele der angezogenen Quellen und Schriften stammen aus den zwanziger und dreißiger Jahren; kurz gesagt: man vermißt etwas die Berücksichtigung der neo-psychoanalytischen Weiterentwicklungen. Ansonsten kann das Werk, hauptsächlich zum Kennenlernen der Psychoanalyse und ihres breiten Anwendungsbereiches, nachdrücklich empfohlen werden.

**Johannes Wulff: Sprechfibel.** Wegweiser zum richtigen Sprechen für unsere Kleinen. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1964. 68 Seiten mit vielen Bildern. Kart. 4,80 DM.

Für geistig zwar normale, aber sprachentwicklungsgeschädigte Kinder füllt **Wulff** mit seiner Sprechfibel eine schon lange Zeit spürbare Lücke endlich aus, besonders im Hinblick auf die immer wieder geforderte Früherziehung. Das für die Hand der Eltern, Kindergärtnerinnen, Jugendleiterinnen, Hortnerinnen, Erzieherinnen, Ärzte, Lehrer und Sprachheilpädagogen gedachte Büchlein ist tatsächlich ein guter Wegweiser zum richtigen Sprechen. Da die vielen gut gelungenen und hübschen Schwarz-Weiß-Zeichnungen von **Helga Rothenbach** es ausgezeichnet illustrieren, eignet es sich schon für die Aller kleinsten, denen z. B. die Mütter die Texte vortragen und die dazu passenden Bilder vorweisen können. Den Kindern in der Sprachheilschule kann es evtl. sogar selbst in die Hand gegeben werden, um die vielen schönen Verse daraus lernen zu lassen. Diese zahlreichen, mit glücklicher Hand ausgewählten Übungstexte, Kinderreime und -lieder machen die Sprechfibel für jeden wertvoll, der mit sprachentwicklungsgehemmten Kindern zu tun hat.

**Hermann Wegener: Die Rehabilitation der Schwachbegabten.** Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1963. 126 Seiten mit 4 Abb. im Text. Kart. 5,50 DM.

Dieses Buch will alle Wege aufzeigen, die zur Eingliederung der Schwachbegabten in Gesellschaft und Beruf nötig sind. Die Aufgabe, die sich der Verfasser damit gestellt hat, ist vollauf gelungen. Bei den Schwachbegabten handelt es sich um die sog. „Dreiviertelintelligenten“, die zwischen den Normalbegabten und den schwer geistig Behinderten stehen. Bei den Schulkindern werden es nach dem Strukturwandel der alten Hilfsschule diejenigen sein, die heute zum größten Teil in die Sonderschulen für Lernbehinderte gehören, und so ist auch ein großer Teil des Buches diesen Sonderschulkindern (Hilfsschulkindern) gewidmet. Die Kinder in den jetzt im Aufbau befindlichen Sonderschulen für lebenspraktisch Bildbare (die eigentlich geistig behinderten, schwer schwachsinnigen bis imbezillen Kinder) werden somit in diesem Buche nicht erfaßt. Wir können nur hoffen, daß auch einmal ein Band für die Anliegen dieser Menschen folgt.

Der uns als Freund und Förderer des Sonderschulwesens und der Sprachheilpädagogik gut bekannte Autor des vorliegenden Buches, Prof. Dr. H. Wegener, Inhaber des Lehrstuhles für Psychologie an der Universität Kiel, bringt zunächst eine ausführliche Begriffsbestimmung der Begabungsschwäche und zeigt ihre Ursachen und Grade auf. Besonders interessant ist die abgehandelte Psychologie der Schwachbegabten. Ausführungen über die pädagogische Behandlung schließen sich an, wobei auf die geschichtliche Entwicklung der Hilfsschulen in Deutschland eingegangen wird. Die entsprechenden Vorgänge und schulrechtlichen Bestimmungen vom Sonderkindergarten bis zur (Sonder-)Berufsschule werden ausführlich geschildert und begründet. Die großen Kapitel „Der Schwachbegabte im Beruf“ und „Der Schwachbegabte als Glied der Gesellschaft“ schließen das über die Minderbegabung allseitig ausgezeichnet informierende Werk ab.

Der Herausgeber der Sonderreihe „Die Rehabilitation der Entwicklungsgehemmten“, Doz. Dr. G. Heese, hat mit dem vorliegenden 4. Band diese außerordentlich wichtigen Schriften würdig fortgesetzt. Es sei daher erlaubt, auf die bereits vorhandenen Bände „Die Rehabilitation der Gehörlosen“ (Heese) und „Die Rehabilita-

tion der Schwerhörigen" (Heese) noch einmal empfehlend hinzuweisen. Auf die bereits angekündigten Bände „Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten“ (Heese) und „Die Rehabilitation der Blinden und hochgradig Sehgeschädigten“ (Garbe) kann man mit Recht gespannt sein.  
Arno Schulze

**Fengler, F. A.: Leistungs- und Gesundheitssteigerung durch Atmungs-, Entspannungs-, Resonanz- und Konzentrationstraining.** 6. erw. Aufl. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin (Ost) 1961. 194 Seiten.

Sprachheilpädagogen entdecken im täglichen Umgang mit Sprachgestörten beachtliche Fehler der Atemtechnik. Über die systematische Durchführung von Atemübungen sind sie geteilter Meinung. Fengler meint, „... daß dem Menschen der Atmungsvorgang nicht bewußt genug gemacht werden kann“. Er rät, bei fehlatmen-den Kindern bereits vor dem Einschulungsalter Atemübungen vorzunehmen, die allerdings eine spieltherapeutische Einkleidung erhalten müssen. Er betont besonders den Wert der „stimmhaften Atmung“ und setzt diese sowie seine „Resonanztherapie und -pädagogik“ in Beziehung zur Lehre Pawlows.

Den weitaus größten Raum füllt das „Übungsgut“ aus. Hier findet der Interessent eine Menge Anregungen, wobei in dem Abschnitt „Übungen für Sprachleidende und Sprechgehemmte“ bereits eine spezielle Auswahl getroffen wurde. In einem neu entstandenen Teil wird über die „Stimmhafte Atmung“ gesondert referiert.

Die „Kasuistik“ ist für den Fachpädagogen vielleicht der interessanteste Teil des Buches. An Hand von 96 Falldarstellungen, wovon sich 69 auf stotternde Kinder beziehen, wird aufgezeigt, wie Fehlathmungen sowie Fehlspannungen abgestellt wurden. Besonderes Gewicht wird stets auch auf musiktherapeutische Einwirkung gelegt. Auch negative Ausgänge der Behandlung werden erörtert. Das Buch ist besonders deshalb für den Sprachheilpädagogen ein Gewinn, weil hier ein Praktiker über konkrete Ergebnisse seiner praktischen Arbeit überzeugend berichtet.

Klaus Wegener

**Kuhlmann, W.: Sprechkundliches Hören und Urteilen.** Beiträge zur Sprechkunde. Herausgegeben v. Institut f. Sprechkunde a. d. Universität Freiburg i. Br., Heft 2. L. Bielefelds Verlag, Freiburg i. Br. 1963. 56 Seiten, geheftet.

Dieses für Sprechkundler gedachte Heft kann den Sprachheilpädagogen nur am Rande interessieren. „Beurteilt“ werden soll nicht das pathologische Sprechen, sondern die normale oder gar künstlerische Sprechleistung, die nach Meinung des Verfassers oft unzulänglich und verbesserenswert sind. Für die Arbeit an seinem eigenen Sprechen, das stets vorbildlich sein sollte, findet man manche Anregung für die Selbstkontrolle und Selbstbeurteilung. Jedoch dürfte dem Fachmann das meiste bereits bekannt sein.

Klaus Wegener

**Grissemann, H.: Verpflichtendes und beglückendes Vorbild.** Zur heilpädagogischen Ausrichtung der Vorbildanalyse in der Erziehungsberatung. Beiträge zur Heilpädagogik und heilpädagogischen Psychologie, Band 2. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1963. 158 Seiten, 1 Abbildung, kartoniert. 14.80 DM.

Die psychologische und pädagogische Diskussion hat bisher kaum über die moralische Bedeutung des Vorbilds hinausgewiesen. Deshalb bemühte sich der Verfasser, den Vorbildbegriff zu differenzieren und vor allem auf die emotionalen Bedingungen des Vorbilderlebens hinzuweisen. Er zeigt, wie zum moralisch prägenden Vorbild — dem „verpflichtenden“ — das „beglückende“ hinzutritt, wie sie sich einander gegenseitig bedingen und sichern. Das Vernehmen eines vollen Vorbildes trägt seinen Teil zur Reifung des kindlichen Gemütes und damit der ganzen Persönlichkeit bei.

Es wird gezeigt, wie die psychodiagnostischen Arbeitsmittel — vor allem die projektiven Tests — in den Dienst einer Vorbildanalyse gestellt und wie die Wurzeln gescheiterten Vorbilderlebens erkannt werden können.

---

## Neue Preise für die „Übungsblätter“

Siehe 3. Umschlagseite

Die seit Jahren unverändert gebliebenen Preise für die „Übungsblätter“ mußten infolge der ständig gestiegenen Druck- und Verwaltungskosten einer unausweichlichen Korrektur unterzogen werden. Der begrenzte Abnehmerkreis läßt nur relativ kleine Druckauflagen zu, wodurch die Gestehungskosten ungünstig beeinflusst werden. Dazu kommt ein hoher Anteil von Bestellungen einzelner Hefte, bei denen Versand- und Verwaltungskosten den Verkaufspreis erheblich übersteigen. Mit den neuen Preisen ist ein tragbarer Durchschnitt ermittelt worden, der den Fortbestand der Schriftenreihe sicherstellt.

---

Das Buch setzt sich mehrmals mit tiefenpsychologischen Theorien auseinander und versucht, sie am neuen Vorbildbegriff auszurichten und zu messen.

Mit einer ausführlichen Falldarstellung wird das konkrete Vorgehen an Hand einer Reihe von Testinterpretationen demonstriert, und mit einer „kollektiven Vorbildanalyse“ deutet der Autor das Halbstarkeproblem aus dem Blickwinkel seiner Vorbildauffassung.  
Klaus Wegener

**Egon Aderhold: Sprecherziehung des Schauspielers. Grundlagen und Methoden.** Henschel-Verlag Berlin 1963. 324 Seiten.

Vom gleichen Autor (aus der Halleschen Schule von Wittsack und Kreck stammend) wurde 1960 in Zusammenarbeit mit Wolf bereits ein „Sprecherzieherisches Übungsbuch“ vorgelegt und hier besprochen.

A. betritt mit seinem obigen Werk den Weg von allgemeiner Sprecherziehung zur speziellen. Gemäß seiner Konzeption, daß diese Disziplin nur in spezialisierten Richtungen Berechtigung habe, wird die Grenzziehung durch nichtkünstlerische und künstlerische Berufe vorgenommen. Unbestritten mag diese Teilung ihre methodische Berechtigung haben. Daß aber jeder Berufssprecher in der Ausbildung und Übung der Grundfunktionen und Grunderkenntnisse für sein Erfolgsorgan von einem sehr breit übereinstimmenden Grundstock zehren kann, beweist letztlich Autor selbst. Seine Sprecherziehung des Schauspielers legt gerade im allgemeinen Grundstock ein derart fundiertes und brauchbares Übungs- und Nachschlagewerk vor, daß jeder Sprecherzieher und auch der Logopäde hiernach greifen kann.

A. steht auf dem neuesten Stand seiner Grund- und Nachbarwissenschaften. Die integrierte Sprecherziehung ist ihm selbstverständlich. Von unserer Seite darf er der Zustimmung sicher sein, denn hohler Übungsfanatismus ist überwunden. Die sachliche Notwendigkeit, pädagogische und logopädische Zugriffe eingebettet zu wissen in eine abgerundete Kenntnis vom dahinterstehenden Ganzen, ist wohl heute unbestritten. Diese das ganze Werk durchziehende Sicht bezieht zentrale, anatomische und physiologische Abstecker ebenso ein wie Sprachwissenschaft und Phonetik. Dem Studierenden unseres Faches kann daher das Buch wärmstens empfohlen werden! Eine sehr reichhaltige Literaturnachweisung erhebt es fast in den Rang eines Nachschlagewerkes mit guter Breite. Zahlreiche Abbildungen unterstützen, einige new looks sind willkommen, z. B. Stimmbeeinflussung durch Impedanz.

Unsere logopädische Praxis kann den Übungsteil ebenfalls nutzen. Die Verlagskorrektoren sollten doch das weitgehende „weitgehendst“ in der Neuaufgabe vermeiden, ebenso „des Sigmatismusses“ (28).  
Orthmann

**Erwin Schwartz: Sprache als Medium des Lesenlernens.** Westermanns Pädagogische Beiträge, 1964, Heft 3 (März), S. 119—126.

Schwartz fordert vom Lehrer die Kenntnis der sprachlichen Situation des Schulanfängers, da ohne die entsprechenden Voraussetzungen, d. h. ohne sprachliche Reife, die Bedingungen für das Lesenlernen nicht gegeben sind. Schwerhörige und sprachgeschädigte Kinder müssen darum frühzeitig erkannt werden, damit sie durch zusätzliche und spezielle Maßnahmen, zu denen er bei schweren Fällen u. a. die Überweisung in Sprachheilklassen zählt, gefördert werden können.

Der Lehrer der Anfängerklasse muß „über den Sachverhalt der Sprachstörung und der Sprachkrankheit unterrichtet sein“. Hierzu gibt der Verfasser einen Hinweis auf einführende und grundlegende logopädische Fachliteratur (Führung-Lettmayer, Seemann, Rösler, Weinert, Eicken) und die Übungsblätter der Arbeitsgemeinschaft.

Überlegungen über Sprachbildung und Lesen sowie Leselehrgang schließen sich an. Sie geben auch dem Fachpädagogen, der als Spezialist nur zu leicht der Gefahr einseitiger Orientierung erliegen kann, eine Reihe von Anregungen.  
Joachim Wiechmann

---

Hauptschriftleiter: Arno Schulze, Heimsonderschule der Neuerkeröder Anstalten,  
3305 Obersicke/über Braunschweig, Tel. Dettum 266  
Stellv. Schriftleiter: Klaus Wegener, 1 Berlin 51, Emmentaler Str. 79 a, Tel. 49 38 59  
Geschäftsstelle: Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61, Tel. 43 61 94  
Druck: Makowski und Wilde, 1 Berlin 44, Hermannstr. 48, Tel. 62 06 62.  
Preis pro Heft 2,40 DM, erscheint viermal 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.

## SCHRIFTENREIHE

der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

**Vertrieb durch Wartenberg + Weise, 2 Hamburg-Altona, Theodorstraße 41**

Postcheckkonto Hamburg 3088 13

### Übungsblätter zur Sprachbehandlung

1. Folge: Für Lispler. Von J. Wulff, 16 Seiten .....	0,80 DM
2. Folge: Für Sch-Stammler und Sch-Lispler. Von J. Wulff, 16 Seiten ....	0,80 DM
3. Folge: Für K- und G-Stammler. Von J. Wulff, 12 Seiten .....	0,80 DM
4. Folge: Für R-Stammler (zur Erlernung des Zungen-R). Von J. Wulff, 12 Seiten .....	0,80 DM
5. Folge: Für leicht und schwer stammelnde Kinder. Von J. Wulff, 16 Seiten .....	0,80 DM
6. Folge: Für Heisere und Stimmchwache. Von J. Wulff, 16 Seiten ....	0,80 DM
7. Folge: Für geschlossenes Näseln. Von J. Wulff, 8 Seiten .....	0,80 DM
8. Folge: Für die Behandlung des offenen Näsels. Von J. Wulff, 16 Seiten	0,80 DM
9. Folge: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agram- matisch sprechende Kinder). Von H. Staps, 48 Seiten .....	3,— DM
10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen (für stimmkranke Erwachsene). Von J. Wulff, 48 Seiten .....	3,— DM
11. Folge: Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte. Von J. Wulff, 12 Seiten .....	0,80 DM
12. Folge: Die sprachheilpädagogische Spielserie. Spiel-, Beschäftigungs- und Übungsserien für stotternde Kinder und Jugendliche. Von Arno Schulze, Berlin, 32 Seiten .....	2,20 DM
13. Folge: Für Kehlkopfektomierte, Sprachlehrgang zur Ausbildung der Ruktussprache. Von Emil Rees, 28 Seiten .....	2,60 DM
Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes. Von M. Friedländer	0,25 DM
A-Streifen (Lautstreifen zur Registrierung des Stammels). Von P. Lücking	0,05 DM
Merkblatt zum Lautstreifen. Von P. Lücking .....	1,— DM
B-Streifen (Lautstreifen zur Registrierung des Stotterns). Von P. Lücking	0,05 DM
Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung (Der B-Streifen). Von P. Lücking .....	2,— DM
Tabelle der Randsymptome .....	0,20 DM

**Zu beziehen durch Frau H. Jürgensen, 2 Hamburg-Altona, Bernstorffstr. 147**

Postcheckkonto Hamburg 9740 unter

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik

### Tagungsberichte

a) Theorie und Praxis der Stotterertherapie, Hamburg 1955 .....	5,— DM
b) Stimme und Sprache, Hamburg 1956 .....	5,— DM
c) Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen, Berlin 1958 .....	7,50 DM
d) Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik vom 3. bis 6. Oktober 1960 in Hamburg. 243 Seiten, kartoniert .....	8,— DM
e) Akustische und motorische Probleme bei der Sprach- und Stimm- behandlung. Hildesheim 1962, kartoniert, 188 Seiten .....	22,50 DM
Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke ....	0,70 DM
Statistische Angaben über Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland .....	2,— DM
Sonderdruck: „Grundsätzliches zur Behandlung der Aphasien.“ Von Dr. med. Anton Leischner .....	1,— DM

**Zu beziehen durch Herrn Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61**

Postcheckkonto Berlin-West 1056 58 unter

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik

„Die Sprachheilarbeit“, Zeitschrift der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheil-  
pädagogik in Deutschland e.V., Bezugspreis pro Heft 2,40 DM, Jahres-  
bezug (4 Hefte) .....

Für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft ist der Bezug der Zeitschrift im Jahres-  
beitrag enthalten.

