

DEUTSCHE GESELLSCHAFT

SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.

LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

LOGOPÄDISCHE FACHZEITSCHRIFT

Aus dem Inhalt

H. Jussen, Köln

Der sprachwissenschaftliche Aspekt in der
Sprachheilpädagogik

Johannes Wulff, Hamburg

Die ganzheitliche Sicht in der Sprach- und Stimmbehandlung
und deren sprach- und entwicklungspsychologische
Grundlagen

M. Weuffen und H. Richter, Greifswald

Zur Rehabilitation eines 12 jährigen aphasischen Kindes

Walter Dohse, Hamburg

Kritische Betrachtungen zum Begriff „Sprachkrankheit“

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

September 1964

Heft 3

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, 3570 Kirchhain/Landkreis-Marburg/Lahn, Berliner Straße 11

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 16?

Bremen: Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 2?

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, Wilhlmshavener 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

September 1964

Heft 3

Ein Wort zur Begrüßung in Marburg

Die Landesgruppe Hessen der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V., der Bundesvorstand der Arbeitsgemeinschaft und die Schriftleitung der „Sprachheilarbeit“ begrüßen die Teilnehmer unserer diesjährigen Tagung mit den besten Wünschen für einen guten Verlauf und für einen angenehmen Aufenthalt unserer Gäste aus nah und fern in der alten Universitätsstadt Marburg.

Mögen die Vorträge und Diskussionen dazu beitragen, die Rehabilitationsarbeit für die Sprachgestörten weiter zu fördern und mögen sie Anstoß sein zu einer fruchtbaren Weiterentwicklung des Sprachheilwesens und der entsprechenden sprachheilpädagogischen Einrichtungen.

Wir wünschen allen Teilnehmern außerdem frohe Tage und menschlich-kollegiale Kontakte.

*Die Landesgruppe Hessen
gez. Prof. Dr. Dr. H. von Bracken*

*Die Schriftleitung der „Sprach-
heilarbeit“
gez. Arno Schulze*

*Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft
für Sprachheilpädagogik i. D., e. V.
gez. Johannes Wulff*

Anita Behn im Ruhestand

Anita Behn ging zum 31. 3. 64 in den wohlverdienten Ruhestand. 30 Jahre war sie als Jugendleiterin in der Schulkindergartenarbeit tätig. 1952 übernahm sie den ersten deutschen Schulkindergarten für Sprachkranke in der Sprachheilschule Hamburg 6, Karolinenstraße 35. Ihre vorbildliche und erfolgreiche Arbeit führte zu weiteren Einrichtungen dieser Art. In Vorträgen, Ausstellungen und Vorführungen wurde sie für diese neue heilpädagogische Tätigkeit im In- und Ausland richtungweisend. In bester Zusammenarbeit mit Sprachheilpädagogen und Eltern konnte sie sehr viel Sprachnot und sehr viele Entwicklungsschwierigkeiten bei den hilfsbedürftigen Kindern beseitigen.

Wir wünschen unserer Anita Behn Erholung und Gesundheit und ihrem Arbeitskreis, besonders den Leiterinnen der Schulkindergärten für Sprachkranke, noch manche fruchtbare Anregung von ihr.

Die Karolinenstraße bleibt ihr für immer verbunden.

Veröffentlichungen:

- 1) Aufgaben und Methoden im Schulkindergarten, Blätter d. Pestalozzi-Fröbel-Verbandes, Heidelberg 1955.
- 2) Der Schulkindergarten, ein Jahr der Vorbereitung auf die Schule. Hamburger Lehrerzeitung, 1955.
- 3) Aus der Arbeit des Schulkindergartens Karolinenstraße. Die Sprachheilarbeit, 1957.
- 4) Erfahrungen aus 10jähriger Arbeit im Schulkindergarten für Sprachkranke. Ehrengabe der Schulbehörde Hamburg, Kongreß für angewandte Phonetik, Hamburg 1960.

Das Bürgerspital Basel sucht

LOGOPÄDIN (EN)

mit abgeschlossener Berufsausbildung für die
Sprachtherapie.

Möglichkeit zur Weiterbildung.

Arbeitsbedingungen u. Antritt nach Vereinbarung.

Handgeschriebene Offerten sind erbeten an den Personal-
chef, Hebelstraße 2.

DER SPRACHWISSENSCHAFTLICHE ASPEKT IN DER
SPRACHHEILPÄDAGOGIK

I.

Es gibt ein Wort FRÖSCHELS aus dem Jahre 1923, in dem er auf die innere Verwandtschaft der verschiedenen Sprachstörungen hinweist (3; 537):

„Alle Sprachstörungen gehören zusammen!
Kennt man sie nicht alle, so kennt man
keine genau.“

Versteht man den Hinweis FRÖSCHELS recht, so wird hier über das Einzelwissen hinaus eine Rückbesinnung auf die allen Arten von Sprachstörungen gemeinsamen wesentlichen Merkmale und Wirksamkeiten gefordert. Da er diese Forderung in einem Aufsatz über „Die herrschenden Ansichten über das Wesen des Stotterns“ erhebt, darf man sicher sein, daß hier Sprache nicht nur im engeren Sinne von ‚le langue‘ gemeint ist, sondern daß die Rede- und Sprechstörungen mit einbeschlossen sind.

Ein derartiger Hinweis muß überraschen in einer Zeit, in der eine Vielzahl von Fachwissenschaftlern bemüht ist, unter ihren speziellen Gesichtspunkten und Aspekten in Einzeluntersuchungen bestimmte Arten von Sprachstörungen aufzuhellen und neue Wege zu ihrer Überwindung aufzuweisen.

Auch der Praktiker, der längst nicht mehr in der Lage ist, die ganze Fülle der beinahe täglich vorgelegten Fachliteratur befriedigend zu überschauen, ist mehr und mehr bemüht, sich in einen bestimmten Bereich seines Faches zu vertiefen, wobei er jedoch leicht in die Versuchung gerät, die übrigen Hemmungs- und Störungsformen zu vernachlässigen.

Die Gefahr liegt dabei nicht bloß in einer möglichen Verkennung der spezifischen Eigenarten der speziellen Sprachschädigung, was sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung wesentlich ist, (wer nicht alle evtl. in Frage kommenden Störungsarten kennt, ist einfach nicht sicher davor, im Erscheinungsbild gleiche oder ähnliche Formen zu verwechseln oder aber Ursache und Wirkung fälschlicherweise zu vertauschen) — sondern auch in der Unfähigkeit zu ihrer exakten Abgrenzung.

Nicht unwesentlich erscheint uns deshalb die in jüngster Zeit in zunehmendem Maße erhobene Warnung, daß der Blick für das Gemeinsame und Wesentliche dieser Störungen sowohl durch eine weitergehende Verspezialisierung in gewissen Kreisen und Bereichen der Sprachheilpädagogik als auch durch eine mangelnde Koordinierung der medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen, soziologischen und pädagogischen Forschungsrichtungen verloren gehen kann.

Spiegelbild für die hier waltende Unsicherheit, die sich ungut auf die praktische Arbeit in Schule und Ambulanz ausgewirkt hat, sind Forderungen, die sprachheilpädagogische Aufgabe vorwiegend oder ausschließlich als ärztliche, psychologische, soziologische, fürsorgerische Maßnahme anzusehen. Die genannten Forderungen werden meist eng verknüpft mit entsprechenden Vorschlägen für Reformen des unterrichtlichen und behandlungsmäßigen Vorgehens. Sie finden in organisatorischen Planungen ihren äußeren Niederschlag.

II.

Tatsächlich manifestiert sich die Sprache in der Mannigfaltigkeit ihrer Erscheinungsformen und Wirkungszusammenhänge am auffälligsten in den Gegebenheiten ihrer Beeinträchtigung und Schädigung als ein „Brennpunktphänomen“ (12; 8), das von einem Wissenschaftszweig allein nicht erhellt zu werden vermag. Man wird deshalb niemals zu einem vollen Verständnis der Sprachstörungen kommen, wenn man nicht aus der Vielzahl der angedeuteten möglichen fachwissenschaftlichen Aspekte einen Überblick zu gewinnen sucht über die mannigfaltigen Formen der Hör- und Sprachstörungen. In diesem Sinne sollte der Hinweis FRÖSCHELS interpretiert und verstanden werden als ein Aufruf gegen eine der Sache nicht dienliche Vereinseitigung der Standpunkte und eine sachfremde Verengung des Blickpunktes. Dies ist zu betonen, wenn nachfolgend der sprachwissenschaftliche Beitrag bei der Lösung der anstehenden sprachheilpädagogischen Probleme erörtert werden soll.

So betrachtet, erwächst die Forderung FRÖSCHELS offensichtlich aus der Erkenntnis, daß das ganze Ausmaß der Sprachstörungen unter dem Gesichtspunkt ihrer anthropologischen Bedeutung nur aus einer vollen Gesamtschau der Wirklichkeit ‚Sprache‘ sichtbar wird. Im Hinblick auf die zu ziehenden Folgerungen führt solche Einsicht in die Nähe der Auffassung der Sprachwissenschaftler, daß letztlich das Wesen der wahren Sprachbildung „nur aus der Sprache selbst erkannt werden kann“ SEIDEMANN (25; 29), RUTT (23; 230).¹⁾ Die Folgerungen liegen auf der Hand:

Wer könnte leugnen, daß die Sprachheilpädagogik bei Berücksichtigung der formal - inhaltlichen Ganzheitlichkeit von Sprache „Sprachbildung unter erschwerten Bedingungen“ ist.

Die Lösung der sprachheilpädagogischen Aufgabe setzt somit nicht nur ein Erkennen der somatischen und psychischen Besonderheiten beim Kind voraus, sondern vor allem auch ein Wissen um die Eigengesetzlichkeit unserer Muttersprache.

Um so mehr überrascht es, daß in der Vergangenheit die an sich doch naheliegende Orientierung der sprachheilpädagogischen Aufgabe nicht da

¹⁾ Rutt, Th., Didaktik der Muttersprache, S. 230: „Leitbild für die muttersprachliche Unterweisung kann nur die Muttersprache selber sein.“

gesucht worden ist, wo sie doch wohl an sich liegen müßte, nämlich in den Bedingungen der Sprache selbst. Und es erhebt sich die Frage, weshalb die Disziplin, die die Betrachtung der Sprache nach Art und Wirkweise zum Gegenstand hat, bisher nur unzureichend um ihren Beitrag zu den vielfältigen sprach - heilpädagogischen Aufgaben bemüht worden ist.

Die Durchsicht der einschlägigen Fachliteratur beweist, daß im allgemeinen der Aspekt der sprachwissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Logopädie kaum Erwähnung findet. So heißt es beispielsweise in einer im Jahr 1963 erschienenen Veröffentlichung:

„Der befähigte Fachpädagoge für Sprachorthopädie hat seine sondererzieherische Arbeit nach den Einsichten und Grundsätzen der medizinischen, soziologischen und gesamtpsychologischen Erkenntnisse auszurichten. Sein Hauptanliegen wird die praktische Seelenführung und physiologische Funktionsertüchtigung bleiben müssen.“

Es erscheint müßig, nach den Gründen zu fragen, die die bisherige Verkenntung des notwendigen sprachwissenschaftlichen Aspektes verursacht haben. Mir scheint, daß an dieser Verkenntung nicht zuletzt überholte Vorstellungen mit schuld sind, die Ziel und Aufgabe der einschlägigen Forschungsarbeit lediglich in einem Feststellen und Bewahren von Bau und Struktur der Sprache sahen und deshalb den Blick zu wenig öffneten für die aufschließenden Werte der sprachlichen Mittel und für die dynamischen Kräfte der lebendigen Sprache. Interessierte seien darauf hingewiesen, daß u. a. H. GLINZ sich in dem Anhang zu „Geschichte und Kritik der Lehre von den Satzgliedern in der Deutschen Grammatik“ (S. 63) mit diesem auffälligen Auseintreten von Pädagogik und Sprachwissenschaft in der Vergangenheit eingehend auseinandergesetzt hat.

An grundsätzlichen Überlegungen mag herausgestellt werden:

1. Da die vergleichend-historische Sprachwissenschaft Ziel und Aufgabe ihrer Forschungsarbeit hauptsächlich in dem Feststellen von Bau und Struktur der verschiedenen Lautsprachen sah, blieben auch die Pädagogen blind für die den Menschen formenden geistigen Kräfte der Sprache und ihre prägenden Wirkungen. Aus der bewahrenden Aufgabe der Grammatiker vermochten deshalb für das Verständnis der weitreichenden negativen Auswirkungen der Sprachstörungen bei der Entwicklung des Heranwachsenden und für die hier notwendig werdende fördernde und formende Arbeit des Sprachheilpädagogen kaum weiterführende Anstöße zu kommen.

So wurde lange Zeit in der Form der **Sprachlehre** das Anliegen lediglich in einem behütenden Bewahren des sprachlich Gewordenen und Überkommenen gesehen. Eine Auffassung, in der sich noch deutlich die ergetische Auffassung von Sprache zeigt, nach der diese — grammatikalisch gesichtet — in ihrem „Bestand“ unterrichtlich vorgestellt und erlernt werden mußte.

2. Ein weiterer Einwand erwächst aus dem gründlichen Mißverständnis, als ob gefordert würde, aus den Ergebnissen einer unkindgemäßen, lebensfremden, abstrakten und formalistisch begriffsbildenden Sprachforschung einen unfruchtbaren, weil verbalistisch und grammatikalistisch aufgebauten „Wortunterricht“ zu entwickeln.

Diesem Einwand kann man nur begegnen mit dem nachdrücklichen Hinweis, daß es in der hier geforderten sprachheilpädagogischen Arbeit tatsächlich um mehr

geht als um ein bloßes Vermitteln von Wörtern und Sätzen und das Einüben eines lautrichtigen Sprechens. Jahrelang wurde als Ziel der Sprach~~er~~ziehung der sprachgerechte, stilvolle und formvollendete Sprachgebrauch angestrebt: „Normative Praxis — das ist das Kennzeichen der Sprach~~er~~ziehung.“ (26)

Die Durchsicht der Fachliteratur zeigt, daß bis in die jüngere Vergangenheit hinein diese Einstellung auch innerhalb der Sprachheilpädagogik vorherrschend geblieben ist. Als Ziel wurde hier angesehen, den stimm- oder sprachgestörten Personen die Sprache als Gestaltetes (ergon) normgerecht zu vermitteln. Selbst heute begegnen wir noch häufig der Meinung, daß das eigentliche sonderpädagogische Anliegen darin zu suchen sei, mit Hilfe bestimmter Fertigkeiten und unterstützender Apparaturen die „gestörte Funktionstabilität“ der Sprache als „Kontaktmittel“ im Kinde wiederherzustellen. Bei solch ausschließlich funktionaler Betrachtungsweise der Sprache wird vor allem die Sprachheilschule die für ihre Aufgabe notwendige anthropologische Begründung ihrer Zielsetzung kaum finden können.

Uns geht es heute um die Grunderkenntnis, daß nur aus dem Wissen um die gestaltenden Kräfte der Sprache, aus einer solcher Art begründeten anthropologisch-sprachpädagogischen Grundhaltung heraus der Erziehungs- und Bildungsauftrag am sprachgestörten Kind gewonnen werden kann.

Dabei sollte nicht übersehen werden, daß die besondere Aufgabe am sprachgeschädigten Menschen keinesfalls weniger Einsicht in die Sprache verlangt als der Unterricht beim nichtbehinderten Schüler. Sie erfordert im Gegenteil außer der angestrebten Einsicht in das Wesen unserer Mutter-Sprache ein Mehr, eine vertiefte Durchschau der hier gegebenen besonderen Bedingungen, Anforderungen und Möglichkeiten — und zwar in dem von WEISGERBER gemeinten Sinne, daß keineswegs dort ein geringerer Grad muttersprachlicher Bildung genügt, wo gerade die schwierigsten Aufgaben zu bewältigen sind. (28)

3. Der letzte hier zu nennende Einwand kommt aus der Aufgabenstellung des Sprachheilpädagogen selbst: Während die Bedeutung der sprachwissenschaftlichen Erkenntnisse für die besonderen Aufgaben bei sprachgestörten Schülern i. e. S. (Gehörlosen, Schwerhörigen, Hörstummen, Aphasikern) im allgemeinen nicht bezweifelt wird, fehlt es bisher an einem Verständnis für den möglichen Beitrag im Hinblick auf die physiologischen und funktionellen Schädigungen. Dies gilt besonders für die Behandlung der Stammer und Stotterer. Unter Hinweis auf ihre organische, konstitutionelle bzw. psychogene Verursachung wird im konkreten Einwand oft darauf hingewiesen, daß es sich hier doch nur darum handeln könne, mit Hilfe medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer u. ä. Verfahrensweisen die organischen bzw. psychogenen Faktoren abzubauen, die in Auswirkung zu Sprech- oder Redestörung hingeführt haben.

In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf die Tatsache, daß jede Sprache im Grunde eine von Lautformen getragene Welt von geistigen Gehalten darstellt. Da jedes Sprachmittel (Wort, Satz) somit eine Ganzheit von Lautform und Inhalt ist, bei der Gedankliches in eine sinnliche Form eingeflossen ist, mag einzusehen sein, daß auch solche Störungen, die sich angeblich „bloß“ auf die formale Gestaltung der Mitteilung erstrecken, Wirkungen von sprachlichem Charakter haben. So gefährdet beispielsweise die Beeinträchtigung der lautlichen, stimmlichen und rhythmisch-melodischen Bedingtheiten bei der sprecherischen Verwirklichung des Gedachten die **Verständlichkeit und den Sinn der Mitteilung** — wie etwa für die Hörschäden und bestimmte zentrale Störungen typisch — durch Nivellierung der Höhen- und Stärkeakzente, durch unangemessene Akzentverlagerungen und durch mangelhafte rhythmische Durchgliederung des Zugesprochenen.

Ferner sollte nicht übersehen werden, daß auch die Redestörungen zu einer verfestigten Beeinträchtigung sprachlicher Gestaltungsmöglichkeit führen können. Dies wird besonders offenkundig in der Phase, in der der Stotterer beginnt, seine Rede nicht mehr von der Intention des Gedankens her zu gestalten, sondern von der ihm vermeintlich verbliebenen Möglichkeit der Laut- und Redebildung. Da jeder lexikalen Lautform ein bestimmter Inhalt zugewiesen ist, und auch die Satzstellung im Deutschen nicht frei, sondern für das Gemeinte relevant ist, beinhaltet jedes Kaschieren und Umstellen, jedes Austauschen des Wortes gegen ein anderes, in gewissem Rahmen auch einen Wechsel in der Aussage bzw. Darstellungsabsicht. Der Stotterer sagt in diesem Zustand nicht mehr das, was er tatsächlich meint, sondern das, was er sagen zu können glaubt.

Unter solchen Gesichtspunkten erscheint eine sprachheilpädagogische Aufgabe auch im engeren Sinne nicht nur möglich, sondern notwendig. Die von Otto von **ESSEN** (1; 37 ff) und **FERNAU-HORN** vorgeschlagene sinn- und ausdrucksvolle melodische Gestaltung zur Besserung des Sprachablaufs setzt ein Wissen darum voraus, daß jeder Satz des Sprechers, durchformt als rhythmisch gegliederte Ganzheit, geprägt sein muß vom sprachlich gefaßten Inhalt des Gemeinten. Aus diesem Grunde werden Übungen für das Spontansprechen auf Dauer nur dann wirklich erfolgreich sein können, wenn der Sprecherrhythmus — der immer gleichzeitig Sprachrhythmus ist und damit den Eigengesetzlichkeiten der Sprache unterliegt — aus einem echten **Spracherlebnis** erwächst.

III.

Dabei ist das Mißverständnis abzuwehren, als ob eine Rückbesinnung auf die gemeinsamen Merkmale der nach Ursache und Verlauf recht unterschiedlichen Sprach-, Sprech- und Redestörungen verbunden werden könnte mit der Forderung nach einer universellen, gleichförmigen *Behandlung*. Die im Einzelfall notwendig werdenden therapeutischen und unterrichtlichen Maßnahmen werden in jedem Fall von der Individuallage des Kindes her bestimmt werden müssen. Das dabei erforderliche behandlungsmäßige Vorgehen setzt selbstverständlich jeweils eingehende medizinische und psychologische Untersuchungen und Maßnahmen zur Beseitigung oder Milderung der Krankheitsprozesse und eine eingehende Planung der Gesamtmaßnahmen voraus. Meist werden sie begleitet werden müssen von individuell angepaßten, die Heilung fördernden Hilfen der Sozialfürsorge, wie sie im Bundes-Sozial-Hilfegesetz (BSHG) gekennzeichnet sind.

IV.

In entscheidenden Phasen ihres Bemühens um eine Sicherung der wissenschaftlichen Erkenntnisse haben Sprachwissenschaft und Sprachpsychologie eine Bestätigung ihrer Konzeption über Wesen und Wirkung der Sprache im Leben des Einzelnen wie des Volkes dort gesucht, wo ihre normale Entwicklung und Entfaltung gestört erscheint, etwa in den Beispielen des Sprachausfalls, der pathologischen Sprachstörungen oder — wo es sich um ein Erkennen der speziellen „Sehweise“ einer einzelnen Muttersprache handelt — in den Fällen der Zweisprachigkeit. Allgemein bekannt geworden sind hier, um nur einige zu nennen, die Untersuchungen von A. GELB und K. GOLDSTEIN über „Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle X: Über Farbenanamnese (Psychologische Forschung (1925), die „Klinischen und Sprachwissenschaftlichen Untersuchungen zum Agrammatismus“ von PANSE, KANDLER, LEISCHNER (1925), die Untersuchung F. SANDERS „Seelische Struktur und Sprache“ (1933) zum Problem der Zweisprachigkeit, wie nicht zuletzt die entsprechenden Arbeiten L. WEISGERBERS über das Problem der „Sprachlichen Begegnungen der Völker“ (1955).

In eindrucksvoller Weise lassen alle diese Arbeiten über Störungen der normalen Sprachentwicklung erkennen, daß Ausfälle, Störungen oder Verluste der Sprache bei den Betroffenen negative Wirkungen hervorrufen, die nachhaltig die weitere Entwicklung des Heranwachsenden beeinflussen können, vor allem dann, wenn solche Beeinträchtigungen und Fehlentwicklungen das Kind in der Phase seiner noch labilen Gestaltwerdung treffen. Solche Auswirkungen der Sprachlosigkeit, des Sprachverlustes oder der Sprachstörungen — seien sie nun primär oder sekundär wirksam — beeinträchtigen nicht allein, woran vordergründig gewöhnlich und zunächst gedacht wird, die Fertigkeiten des Sprechens und der bloßen sprachlichen Kommunikation, sondern sie erfassen auf dem Wege über das Gemüt und

den an Sprache gebundenen Bereich höherer geistiger Denkleistungen das Kind in seinem körperlich-geistigen Ingesamt, und zwar sowohl in seiner Gegebenheit als Einzel- als auch als Gemeinschaftswesen.

In allen Fällen von Sprachstörungen handelt es sich nicht bloß um eine individuelle, sondern auch um eine soziale Schädigung. Denn jede echte Minderung der Sprache bewirkt nicht nur eine Beeinträchtigung der dem Menschen gegebenen Möglichkeiten, deren er zu einer vollen psychischen Entfaltung bedarf, sondern sie führt ihn auch mehr und mehr in die sozial-geistige Isolation hinein. Es versteht sich deshalb von selbst, daß die Aufgabe, die damit der Sprach- wie der Sprachheilpädagogik in besonderem Maße gestellt ist, auch sprachsoziologisch von größter Bedeutung ist.

Die bisherigen Überlegungen haben zu der Einsicht geführt, daß die Begründung der sprachheilpädagogischen Aufgabe nur unter Berücksichtigung von Wesen und Wirksamkeit der Sprache selbst gefunden werden kann. Sie selbst bildet die Wirklichkeit, die durch alle Sprachstörungen betroffen wird. Sie allein ist das Merkmal, das unter übergeordnetem Gesichtspunkt eine gemeinsame Beurteilung der Sprachstörungen im vollen Ausmaß ihrer Wirksamkeiten möglich macht:

1. Die Sprache bildet eine der wesentlichsten Bedingungen unseres Daseins. In ihrer formal-inhaltlichen Ganzheitlichkeit ist sie zunächst Ausdrucksträger und Verständigungsmittel, das dem zwischenmenschlichen Kontakt dient wie ein Werkzeug (= Werkzeugcharakter der Sprache).

Aber in diesem Aspekt ihrer Wirklichkeit erschöpft sie sich nicht. Wesentlicher erscheint ihre Bedingung für das ‚Sein‘ des Menschen selbst.

Im Grunde findet sich seit Jakob GRIMM ¹⁾ bei den meisten führenden Denkern die Auffassung, daß die Sprache nicht bloß ein Mittel der Verständigung und Mitteilung ist, sondern ein zentraler Weg zur Erfüllung des Menschseins, mag auch ihr wissenschaftlicher Standort noch so weit voneinander abweichen. So betont Hermann PAUL nachdrücklich: „Die Sprache ist nicht bloß ein Verkehrsmittel, sie ist eine Macht, welche die geistigen Vorgänge im Innern des Menschen beherrscht.“ (21; 8)

Besonders deutlich wird dieser Gesichtspunkt bei Vertretern fast aller Wissenschaftszweige in der Gegenwart. Der Philosoph Martin HEIDEGGER hebt in seiner Abhandlung ‚Der Weg zur Sprache‘ hervor, daß das Vermögen zu sprechen „nicht nur eine Fähigkeit des Menschen“ sei, gleichgeordnet seinen übrigen, sondern betont statt dessen: „Das Vermögen zu sprechen zeichnet den Menschen zum Menschen aus.“ (10; 138)

Die Sprache erst eröffnet somit dem Menschen seine vollen geistigen und sozialen Möglichkeiten.

¹⁾ J. GRIMM, Über den Ursprung der Sprache: „Der Mensch heißt nicht nur so, weil er denkt, sondern ist auch Mensch, weil er denkt und spricht. Das Kind beginnt zu reden, wie es anhebt zu denken, und die Rede wächst ihm, wie der Gedanke wächst, beides nicht additiv, sondern multiplikativ.“

Unter solchem Gesichtspunkt wird das Vermögen zu sprachlicher Setzung geradezu als eine Grundkraft im Dasein des Menschen erkennbar. Mit ihr ist dem Menschen die Voraussetzung gegeben, sich die Lebenswirklichkeit in einem höheren Maße zu erschließen und sie sich gegliedert ordnend verfügbar zu machen. In diesem Sprachvermögen wird „Umwelt“ (Uexküll) für ihn zur „Welt“, die der Mensch sich „anverwandelt“ und begrifflich zu eigen macht.

Sprache erscheint deshalb für den Aufbau der Persönlichkeit von kaum zu überschätzender Bedeutung. Dabei wird gewiß nicht übersehen, daß auch andere Kräfte auf die Entwicklung des Menschen persönlichkeitsformend einwirken: Temperament, Charakter, individuelle Lebenserfahrung¹⁾ und andere Faktoren, die einerseits ihren unmittelbaren Einfluß ausüben und andererseits ihren individuellen außer-mutter-sprachlichen „Ausdruck“ suchen.

Einen Beweis hierfür bietet das taubstumme Kind, das ohne besondere pädagogische Maßnahmen keinen Anteil gewinnt an der Sehweise einer bestimmten Muttersprache. Trotzdem besitzt es bei seinem Eintritt in die Schule ein individuelles „Weltbild“, das in sich begrifflich geordnet und beziehlich verknüpft ist. Allerdings ist diese Ordnung und Verknüpfung nicht unter Führung einer Muttersprache zustande gekommen, sondern nur „durch die eigene Erfahrung des Kindes“. (27; 151)

Der Hinweis W. v. HUMBOLDTs, das die Sprache nur eine der, wenn auch wesentlichsten, Seiten ist, von welchen aus die allgemeine menschliche Geisteskraft in beständig tätige Wirksamkeit tritt (11; 17), muß deshalb für den Sprachheilpädagogen Veranlassung sein, die Entwicklung und Entfaltung der Sprache nicht losgelöst von den übrigen Fähigkeiten und seelisch-geistigen Kräften des Kindes zu betrachten, sondern um eine ganzheitliche Erfassung aller seelisch-geistigen und sprachlichen Kräfte bemüht zu bleiben. Die ohne die Mitwirkung der Sprache zustandegekommene Ordnung bleibt jedoch sehr begrenzt.

2. Erst in der Wechselwirkung mit der Menschengruppe, in der der Einzelne lebt, gewinnt die Sprache ihre volle Wirksamkeit. Von Jugend an durch die Sprache geformt, gewinnt der Mensch dank seiner Sprachfähigkeit Anteil an dem Ergebnis der geistigen Auseinandersetzung vieler Generationen mit der Lebenswirklichkeit. Die Muttersprache wird hier zum geistigen Band, das den einzelnen Menschen mit seiner Sprachgemeinschaft und ihrer Kultur verbindet. Auf dem Boden dieses gemeinsamen historisch gewordenen kulturell-sozialen Raumes seiner Muttersprache gewinnt das Kind die Möglichkeit, sich in sprachlich vorgegebenen Denkkategorien in der Welt zu orientieren und über die Unmittelbarkeit der momentanen Gegebenheiten von Raum und Zeit zu erheben.

¹⁾ Man vgl. hierzu die kritischen Hinweise bei L. JOST, Sprache als Werk und wirkende Kraft, 1960, 148.

Zwei Tatsachen sind also von entscheidender Bedeutung für das Verhältnis des Menschen zu einem bestimmten muttersprachlich geformten Weltbild, nämlich:

einmal die Erkenntnis, daß in jeder Sprache das Besondere der speziellen Seh- und Betrachtungsweise einer ganzen Gemeinschaft niedergelegt ist;

und zum andern das Wissen um die Eigentümlichkeit, daß mit ihren Mitteln jedem einzelnen Träger der Muttersprache festgeprägte Denkmodelle vorgegeben sind, als Grundlage einer bestimmten Art des geistigen Verfahrens.

Mit der Erlernung der deutschen Muttersprache wächst das Kind mehr und mehr in ihr Weltbild hinein. Und da die Sprache nicht einfach die Realität der Wirklichkeit widerspiegelt, etwa in Form einer unmittelbaren Zuordnung und Parallelität von Lautform und Sache (= Naiver Sprachrealismus), kann es sich bei der Sprachgewinnung nicht etwa um eine bloße Namengebung für etwa dem Kind bereits bekannte, weil angeblich geistig adäquate Tatbestände und Beziehungsverhältnisse handeln, sondern — wie der Vergleich verschiedener Sprachstämme beweist — darum, daß mit jedem einzelnen Sprachmittel dem Schüler die besondere Sehweise vermittelt wird, unter der die deutsche Sprache die Wirklichkeit aufgegliedert hat.

3. Aus all dem ergibt sich, daß der Besitz der Sprache grundsätzlich von zweifacher Bedeutung ist:

a) sie bietet dem Menschen die Möglichkeit, an der mit Worten aufgebauten Gedankenwelt seiner Mitmenschen teilzunehmen und dadurch von der Gegenwärtigkeit und Unmittelbarkeit der momentanen Lebenssituation „entlastet“ (im Sinne GEHLENS (5) zu werden; und

b) sie gliedert ihn in eine bestimmte Sprachgemeinschaft ein. Sie vermittelt ihm innere Zugehörigkeit und bewahrt ihn vor geistiger und sozialer Isolierung.

Der mangelnde Besitz sprachlicher Mittel oder ihr Verlust mindert die Möglichkeit, den Gedanken sprachlich Ausdruck zu verleihen, sich mitzuteilen und an der Geschlossenheit der an Sprache gebundenen geistigen Lebenswelt der Sprachgemeinschaft teilzunehmen:

1. Die fehlende oder mangelnde sprachliche Entwicklung in frühester Kindheit führt zu einer Schädigung der emotional-ganzheitlichen Erlebensgrundlage, aus der sich im weiteren Verlauf der Entwicklung das Ich-Bewußtsein gliedernd durchformen und ausbauen soll.

Dabei ist zu beachten, daß ja auch das Denken in gefühlsartige Verlaufsformen eingebettet ist und sich ebenso das Werten und Urteilen weithin in gefühlsbestimmten Erleben vollzieht. Aus dem verminderten Sprachbesitz ergibt sich eine Beeinträchtigung der an Sprache gebundenen geistigen Lebenswelt des Kindes.

2. Die Beeinträchtigung der Sprache bewirkt eine Minderung sprachlicher Kontaktnahme im Gespräch.

3. Die Störung der sozialen Bindung kann eine seelisch-geistige Isolierung bewirken und die Möglichkeiten der Berufsauswahl und -durchführung für den Sprachgestörten wesentlich verringern.

V.

Für ein echtes Verständnis der verschiedenen Sprachstörungen wird die Klärung der Frage wichtig sein, welche Wirksamkeiten die Sprache *unter differenzierter Betrachtung* für das heranwachsende Kind entwickelt. Wie im Einzelfall auch die Störung gelagert sein möge, immer ist die Sprache als ein wesentliches Mittel der geistigen Entfaltung *und* der sozialen Kommunikation mitbeeinträchtigt.

1. Sprache ist geradezu eine Grundkraft im Dasein des Menschen. Die Störung dieser geistigen Grundkraft verhindert die Ausformung der potentiellen Sprachkräfte im Kind. Sie stellt sich unter sprachlichem Gesichtspunkt dar als eine Schädigung des Sprachvermögens. An der Lebenssituation der geistig behinderten und mongoloiden Kinder wird deutlich erkennbar, daß die verminderte Leistung des Geistes und das Fehlen der Sprache die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes von Grund auf in Frage stellen.

2. Als *Muttersprache*, die im soziologischen Bereich ihrer Sprachgemeinschaft lebt, entfaltet die Sprache ihre volle Wirksamkeit. Sie wird hier zum geistigen Band, das den einzelnen Menschen mit seiner Sprachgemeinschaft und ihrer Kultur verbindet. Dank seiner Sprachfähigkeit gewinnt das Kind die Möglichkeit, sich in muttersprachlich tradierten Denkkategorien in der Welt zu orientieren und sich über die Unmittelbarkeit von Raum und Zeit zu erheben.

Infolge von *Sprachaufbaustörungen*, die in organischen oder funktionalen Störungen ihre Ursache haben können, gelangt das Kind nur beschränkt in den Besitz der deutschen Sprache. Dies ist beispielsweise der Fall bei Gehörlosen, Hörstummen, aber auch hochgradig schwerhörigen Kindern. Sie erleiden in Auswirkung dieser Sprachaufbaustörungen sprachliche, seelisch-geistige und soziale Schäden, die mit Hilfe besonderer Sprachanbildungs- bzw. Sprachausbauverfahren bei Unterstützung durch sprachpsychologische Verfahren überwunden werden müssen.

3. Zu den häufigsten Formen der Sprachstörungen in Form von Beeinträchtigungen der aktuellen Sprachgestaltung gehören die *Sprech- und Redestörungen*.

Hierhin gehören zunächst die Stammer und Kinder mit Gaumenspalten-sprechen, deren Sprechen ohne besondere Behandlung meist schwer verständlich bleibt. Meist vermögen die Kinder das Zugesprochene auch akustisch nicht hinreichend zu analysieren und zu gliedern. Sie haben Schwierigkeiten, die Lautformen motorisch sprachgerecht zu gestalten.¹⁾

Da jedes Sprechen als ein „vom Geist bestimmter Bewegungsvollzug“ erscheint, an dem unser ganzes Gemüt, der ganze Mensch mitwirkt, wie

¹⁾ vgl. hierzu: JUSSEN, H.: „Akustische Probleme in der Stimm- und Sprachbehandlung“, in „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 1962, H. 12.

RUTT (22) betont, besteht zwischen der formalen Gestaltung der Sprachmittel und ihrem begrifflich-inhaltlichen Ausdruck meist auch ein innerer Zusammenhang. Deshalb erscheinen häufig auch die Inhalte der Wörter und Sätze, wie dies bei Schwerhörigen besonders deutlich wird, weniger durchdifferenziert und vergrößert und der Sprachbesitz eingeengt.

Ein besonderes Problem bilden innerhalb dieser Gruppe die Redestörungen, hier vor allem das Stottern, das in auffälliger Häufigkeit auftritt.

4. Die im Kind lebendig gewordene Sprachwirklichkeit kann infolge eines nach Erwerb der Muttersprache eingetretenen Defektes des Großhirns wieder verlorengehen. Die Sprache wird dabei sowohl in ihrer Wirklichkeit als individuell vorhandener Sprachbesitz als auch in ihrer Form als wechselnd verfügbarer Sprachvorrat in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt. Die Geschlossenheit des an Sprache gebundenen geistigen „Weltbildes“ geht mehr oder weniger verloren. Auch wird der bisher vorhandene sprachliche Kontakt mit der Umwelt nach dem Sprachverlust — je nach der Schwere des Falles — aufgehoben oder eingeschränkt.

Aufbauend auf den bisherigen Überlegungen über das Wesen und die Struktur der Sprache lassen sich abschließend 4 große Gruppen von Sprachstörungen festhalten:

1. *Störungen des Sprachvermögens.*

Sie verhindern oder beeinträchtigen die Möglichkeit, Sprache schlechthin im Menschen zu „verwirklichen“.

Die Sprache der mongoloiden und debilen Kinder ist hierfür ein Beispiel.

2. *Störungen des Sprachaufbaus.*

Wir begegnen ihnen bei hörstummen und gehörlosen, sowie bei hochgradig schwerhörigen Kindern.

3. *Störungen der (aktuellen) Sprachgestaltung.*

Hier handelt es sich um eine Beeinträchtigung der aktuellen Sprache in den Formen des Hörens und Sprechens, des Lesens und Schreibens und der Rede.

4. *Verlust der Sprache.*

Infolge einer Schädigung der Zentralregionen des Gehirns und der Nervenbahnen, wie sie bei der Aphasie und Dysphasie gegeben ist, kommt es zu einem Abbau der im Kind als Sprachbesitz lebendigen Sprachwirklichkeit.

Übersichtsskizze

Seinsformen der Sprache:	Sprachkräfte	Störungsformen d. Sprachkräfte	Auswirkungen
Sprache als ordnend-gliedernde Grundkraft im Dasein des einzelnen Menschen	Sprachvermögen: Die gegebene seel. Verfassung und Möglichkeit des Geistes, Sprache zu „verwirklichen“	Störungen der sprachlichen Grundkräfte infolge einer Geisteschwäche (bei Kretinen, Mongoloiden), extreme Gedächtnisschwäche, u.ä.	Selbst bei bes. Förderung versagt weitgehend — impressiv wie expressiv — die Weckbarkeit sprachlich. Mittel im lexikalen und syntaktischen Bereich. Es mangelt weithin an der geistigen Grundkraft, sprachliche Symbole überhaupt zu verstehen und zu gebrauchen
Sprache als subjektentbundenes Kulturgut in der Gegebenheit der histor. gewordenen Muttersprache und ihrer im soziologisch. Bereich auftretenden Wirksamkeiten	Sprachfähigkeit: Komplex der seel.-geistigen Kräfte, die eine individuelle Aneignung der Muttersprache und die Teilhabe an ihr ermöglichen	Störungen der Sprachfähigkeit (= Sprachaufbaustörungen): a) Verzögerte Sprachentwicklung, b) Hörstummheit, c) Seelentaubheit, d) Taubstummheit und hochgradige Schwerhörigkeit	Die hochgradige Entwicklungsverzögerung bzw. Sprachlosigkeit verlangsamt oder verhindert ein „Hineinwachsen“ in die volle Wirklichkeit „Muttersprache“ mit allen Nachteilen für die psychische und geistige Entwicklung Sprachliche Verständigung ist entweder unmöglich oder sehr erschwert
Sprache in den lebendigen Formen des Sprachvollzuges im Monolog, im Gespräch, in der Niederschrift	Sprachgestaltung: Die aktuelle, äußere und innere Gestaltung von Sprache — aufnehmend und gebend — in den mannigfaltigen Formen des Hörens und Sprechens, des Lesens und Schreibens, des Absehens und Gebärdens	Störungen der Sprachgestaltung (= Sprech- und Redestörung): 1) formale Gestaltung: a) Stimmstörungen, b) Hör- und Lesestörungen, c) Sprech- und Schreibstörungen 2) innere Gestaltung: Schwerhörigkeit, Legasthenie, Agrammatismus 3) Redestörungen	Die Verständlichkeit der Rede leidet infolge eines verringerten Verfügbarseins des Sprachmaterials. Der Bereich der „verwendeten“ Wörter und Sätze ist wegen der Schwierigkeiten in der formalen Gestaltung bzw. inhaltlichen Erfassung und Einordnung eingengt.
Sprache als individuell vorhandener Sprachbesitz, wandelbar und wechselnd verfügbar im momentanen Sprachvorrat des Einzelnen.	Sprachwirklichkeit. Die „Realisierung“, das über eine bloße Verwendung von sprachlichen Mitteln hinausgehende „Verfügbarwerden“ von Sprache als Ergebnis der Sprachgestaltung	Verlust der Sprache als lebendige Wirklichkeit im Einzelnen (= Sprachverlust): Aphasie — Dysphasie	Der sprachl. Kontakt wird gemindert bzw. unterbunden. Die Sprache als Förderin der gedankl. Ordnungen wird in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt, die Geschlossenheit des an Sprache gebundenen geistigen „Weltbildes“ geht mehr und mehr verloren

VI.

Die vorstehende Skizze macht deutlich, daß zur Beseitigung dieser Störungen sehr unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden müssen. Gemeinsam ist im Hinblick auf die Behandlungsformen dieser verschiedenen Sprachstörungen nur das Ziel. Es weist unter Berücksichtigung der tiefgründigen Seinsfunktion der Sprache für den Menschen über eine bloß positivistische Betrachtung des sprachheilpädagogischen Anliegens hinaus auf die anthropologische Begründung und Fundierung der geforderten und zu fordernden Aufgabe. Indem wir diese Aufgaben mit dem Begriff „Sprachheil - P ä d a g o g i k“ umgreifen, legen wir sie wesentlich fest als Teil einer umfassenden Persönlichkeitsbildung.

Für den Erfolg der sprachheilpädagogischen Aufgabe ist dabei entscheidend die echte Kontinuität und Koordination der verschiedenen Einzelmaßnahmen. Nur im Zusammenwirken aller beteiligten Stellen und Personen (Arzt, Psychologe, Sprachheillehrer usw.) wird die bestmögliche (Re-)Sozialisierung der Behinderten erreicht werden.

Die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen seien hier nur angedeutet. Sie lassen sich am besten darstellen unter Berücksichtigung der bereits genannten 4 großen Gruppen von Sprachstörungen:

Zu 1) Auf die umfassenden Ausfallserscheinungen infolge verminderten oder fehlenden **Sprachvermögens** z. B. bei Schwachsinnigen wurde bereits hingewiesen. Die heilpädagogische Behandlung sucht entsprechend dem geistigen Reifegrad die im Kind vorhandenen Grundkräfte zur Entfaltung zu bringen, die Sprechfehler möglichst weitgehend zu beseitigen und das Kind zu einem einfachen Gespräch zu befähigen.

Ob und inwieweit das geistig behinderte Kind zum Schreiben und Lesen gebracht werden soll und kann, wird nur im Einzelfall entschieden werden können. In ganz besonderem Maße ist die Sprachheilbehandlung bei diesen Kindern einzubetten in eine allgemeine Übungs- und Trainingsbehandlung, bei der die Kräfte des Kindes ganzheitlich und allseitig gefördert werden (Körpererziehung, musische und rhythmische Übungen).

Zu 2) In den Fällen der **Sprachaufbaustörungen** muß die Sprache von Grund auf künstlich angebildet werden, ohne daß beim Kind nennenswerte sprachliche Vorleistungen bestehen. Anders als in der vorhin genannten Gruppe ist bei diesen Kindern nicht das Sprachvermögen, wohl aber die **Sprachfähigkeit** beeinträchtigt. Sowohl für Seelentaube, Hörstumme als auch für die im eigentlichen Sinne Taubstummen besteht das Verfahren in einem Anbilden der Sprache. Deshalb ähnelt — bei aller Verschiedenartigkeit der Verfahren im einzelnen — das pädagogische Vorgehen:

Es besteht im Grunde darin, unter Ausnutzung der im Kinde vorhandenen sinnlichen Möglichkeiten und geistigen Kräfte die Sprachproduktion aus einfachsten Anfängen heraus zu entwickeln. Dabei wird nach SCHUY als das Ziel angesehen, „durch Anbildung der Sprache die Kinder zu geistig-sittlichen Menschen zu entwickeln und sie zu befähigen, in einer Welt von sprechenden Menschen zu leben und sich dabei zu behaupten“¹⁾. Das Verwandte dieser Schädigungsformen sollte jedoch den Blick für das Besondere nicht trüben. Bisher wurden z. B. die genannten Sprachstörungen meist gemeinsam — in einer Gehörlosenschule — unterrichtet, obwohl die Sprachbildung bei hörstummen Kindern unter anderen Voraussetzungen verläuft. LUCHSINGER-ARNOLD weisen mit Recht darauf hin, daß „der notgedrungenen Weise weitgehend auf die Begriffs- und Satzbildung beschränkte Taubstummenunterricht eine völlig unnötige Einschränkung der geistigen Entwicklung der falsch eingeschulten (hörstummen) Kinder“ mit sich bringt.

Es bleibt also zu überlegen, ob solche Kinder nicht besser in besonderen Klassen an ausgewählten Gehörlosen- oder Sprachheilschulen zusammengefaßt werden sollten oder ob sie etwa in einem unter fachlicher Leitung stehenden Sprachheilheim gefördert werden sollten, wie HEESE dies fordert (9; 161).

Zu 3) Am häufigsten begegnen uns die **Störungen der Sprachgestaltung** beim Sprechen und in der Rede. Hierunter fallen die Stimmstörungen, die leichteren Hörstörungen, die Sprechstörungen und die Redestörungen.

Während die **Stimmstörungen** einer echten Diagnose und Behandlung durch die Hand des Facharztes bedürfen, beruht die Behandlung der **Sprechstörungen** bei

stammelnden Kindern in einer korrekt durchgeführten Lautbildung. Hierbei handelt es sich nicht um eine Korrektur der bisher falsch gebildeten Laute, sondern um eine Neuarbeitung. Die Übungsbehandlung wird meist in einer Sprachheilschule, im Rahmen von Sprachheilkursen oder in Sprachheilheimen durchgeführt.

Die Förderung schwerhöriger Kinder erfolgt in unserem Lande in besonderen Schwerhörigenschulen, an anderer Stelle werden sie jedoch gemeinsam mit taubstummen Kindern auch in Gehörlosenschulen unterrichtet.

Das Ziel ihrer Beschulung wird darin gesehen, durch Hörerziehung, Sprech- und Sprachunterricht, durch Schulung im Absehen die schwerhörigen Kinder zu lautreinem, natürlichem und wohlklingendem Sprechen und zu einem besseren Hören und damit zur umfassenden Sinnentnahme zu befähigen.

Eine integrierte Behandlung durch alle beteiligten Fachleute setzen vor allem die meist auf der Basis einer neurotischen Fehlentwicklung entstandenen Redestörungen — und hier vor allem das Stottern — voraus. Eine einfache Übungsbehandlung führt in der Regel nicht zum Erfolg. Die Behandlung der spezifisch gelagerten Redestörungen begründet deshalb in besonderen Maße die geforderte weitgehende Zusammenarbeit von Facharzt, Psychotherapeut und Sprachheillehrer. Eine angemessene Durchführung der Behandlung ist deshalb an sich nur möglich in geeignet durchstrukturierten Sprachheilschulen und -heimen, bei denen sich das Team der Mitarbeiter aus den genannten Fachleuten zusammensetzt. Auf diesem Gebiet ist noch sehr viel zu tun. Wo diese Einrichtungen nicht bestehen, kann im engen Kontakt mit erfahrenen, sich verantwortlich fühlenden Ärzten und Psychologen eine solche Behandlung wohl auch in öffentlichen Sprachheilkursen durchgeführt werden. (10)

Zu 4) Nach dem Kriege haben vor allem die gesteigerten Verkehrsunfälle in den letzten Jahren zu einem Ansteigen der Aphasien bei Kindern und Jugendlichen geführt. Leider bestehen bisher fast noch keine Zentren für aphasische Kinder und Jugendliche, obwohl der Sprachverlust die geistigen und sozialen Möglichkeiten des Heranwachsenden weitgehend beeinträchtigt und auch seine beruflichen Chancen sehr schmälert. Die Behandlung dieser Kinder muß erfolgen in einer besonderen Form von Sprachunterricht, dessen Ziel darin besteht, den gleichsam verschütteten, nur residual vorhandenen Sprachbesitz des Kindes wieder freizulegen. Die Behandlung sollte möglichst schon im Krankenhaus einsetzen und durch spezialisierte Sprachheillehrer durchgeführt werden.

In all den genannten Fällen darf nicht übersehen werden, daß infolge oder als Voraussetzung der genannten Sprachstörungen Sekundär-Schäden auftreten, die durch eine ergänzende, integriert aufgebaute therapeutische Behandlung meist sozialpsychologischer Art erweitert werden müssen. Auch unter diesem Gesichtspunkt stellt sich wiederum die Forderung nach echter Teamarbeit, in der uns das Ausland noch überlegen ist.

Alle oben benannten Einzelaufgaben, wie Sondererziehung und -bildung, die speziellen therapeutischen, behandlungsmäßigen und fürsorglichen Maßnahmen, tragen ihren Wert nicht losgelöst und abgehoben in sich selbst. Sie sind lediglich Einzelwege zu dem übergeordneten höheren Ziel, durch eine umfassende Ausformung der sprecherischen Möglichkeiten und sprachlichen Kräfte an der individuellen und sozialen Gestaltung und Bildung des Sprachgestörten mitzuwirken.

VII.

Die angeführten Überlegungen berechtigen abschließend zu der Frage, ob die Sprachheilschule unter den vorhin herausgestellten Überlegungen der ihr übertragenen Aufgabe gerecht zu werden vermag. Es erscheint auffällig, daß sich auch hier — worauf A. LEISCHNER hingewiesen hat — „das Interesse der Sprachtherapeuten heute fast ausschließlich auf die Sprechstörungen im Kindesalter“ (20; 99).

Das mag nicht zuletzt in der Häufigkeit ihres Vorkommens begründet sein. Vorliegende Aufschlüsselungszahlen der Sprachschäden aus dem Gebiet der Bundesrepublik und Westberlins zeigen, daß die Stammer- und Stottererfälle weitaus den Hauptanteil an der Gesamtschülerzahl in den Sprachheilschulen ausmachen.

Hier stellt sich allerdings die Frage, ob die Häufigkeit des Vorkommens allein bestimmend sein kann für die Durchführung einer Aufgabe, deren Bewältigung für die betroffenen Kinder von existentieller Bedeutung ist. Noch fehlt es weithin an einer fundierten, profilierten Sprachheilschule, die durch differenzierten Ausbau angemessene und verantwortbare Maßnahmen auch für die sprachgestörten Kinder ermöglicht, deren erzieherische, behandlungsmäßige und fürsorgliche Förderung bisher nur unzureichend gesichert erscheint. Wir denken dabei vor allem an die Kinder mit Störungen ihrer Sprachfähigkeit und mit Verlust der Sprache, soweit sie nicht in Gehörlosenschulen Aufnahme finden.

In der Vergangenheit hat es einen jahrzehntelangen Streit darüber gegeben, ob die Sprachheilschule eine Daseinsberechtigung habe oder nicht. Die Fragestellung erscheint uns deshalb als unfruchtbar, weil sie von einer falschen Voraussetzung ausging. Die Sprachheilschule darf den Schwerpunkt ihrer Aufgabe nicht allein in der Behandlung stammelnder und stotternder Kinder sehen. Bei einem weitergehenden Ausbau der ambulanten Sprachheilstellen, bei Einrichtung von Förderklassen und Sprachheilheimen wird es zweifellos möglich sein, vielen sprechgestörten Schülern, die bisher in der Sprechheilschule unterrichtet wurden, eine angemessenere Förderung und Behandlung zuteil werden zu lassen.

Das eigentliche Anliegen sehen wir heute in der Überlegung, welche Struktur diese Schule finden muß, um den geforderten notwendigen Aufgaben entsprechen zu können. Wir sehen die Lösung dieser Frage in einem gegliederten Aufbau der Sprachheilschule in wenigstens zwei Abteilungen für Sprech-, Redegestörte und Sprachgeschädigte, in denen qualifiziert ausgebildete Sprachheillehrer in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten mit speziellen, integriert durchgeführten Unterrichts- und Behandlungsverfahren die genannten Schäden angehen. Bei einer solchen Entwicklung wird durch die Verlagerung der Schwerpunkte und durch die Erweiterung der Zielsetzung die Sprachheilschule bedeutsamen Aufgaben zugeführt, die bisher vernachlässigt worden sind.

Die Muttersprache ist eine der wesentlichsten Bedingungen unseres Daseins. Aus dieser grundsätzlichen Erkenntnis entwickelten wir unsere Überlegung, daß der Sprachheilunterricht niemals seine Zielsetzung in einer bloßen „Zweckbestimmung“ finden kann und darf. In einem tieferen Sinne ist er ein Weg echter Persönlichkeitsbildung. Dies gilt für alle Formen der vielfältigen Sprech-, Rede- und Sprachstörungen, die wir aus Gründen einer klareren Unterscheidung und im Hinblick auf die notwendigerweise differenzierten Maßnahmen herausgearbeitet haben. Denn es sollte nicht verkannt werden, daß diese Störungsformen zwar sehr unterschiedliche, aber gerade in dieser Verschiedenheit doch nur Ausprägungsformen der Kräfte sind, die uns in der Form der lebendigen Muttersprache helfen, die Welt des Geistes und den sozialen Raum der Gemeinschaft zu erschließen.

Literaturverzeichnis

1. von Essen, Otto: Grundbegriffe der Phonetik (1962).
2. Fernau-Horn, H.: Hemmungszirkel und Ablaufzirkel in der Pathogenese und Therapie des Stotterns. Med. Monatsschrift, 1952, H. 5, S. 323—27.
3. Fröscheis, E.: Die herrschenden Ansichten über das Wesen des Stotterns. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1923, S. 537.
4. Gehlen, A.: Der Mensch — Seine Natur und seine Stellung in der Welt (1950).
5. Geib u. Goldstein: Psychologische Analyse hirnpathologischer Fälle: Über Farbenanamnese. Psycholog. Forschung (1925).
6. Gipper, H.: Denken ohne Sprache? Wirkendes Wort, 1964, H. 3, S. 145 ff.
7. Glinz, H.: Geschichte und Kritik der Lehre von den Satzgliedern in der deutschen Grammatik (1947).
8. Grimm, J.: Über den Ursprung der Sprache.
9. Heese, G.: Grundlinien zur Rehabilitation der Sprachgeschädigten. Gesundheitsfürsorge, 1959, H. 9.
10. Heidegger, M.: Der Weg zur Sprache. In: Die Sprache — 5. Folge des Jahrbuches „Gestalt und Gedanke“, 1959, S. 138.
11. Humboldt, W., von: Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaus und ihren Einfluß auf die geistige Entwicklung des Menschengeschlechtes. 1830—1835.
12. Jost, L.: Sprache als Werk und wirkende Kraft (1960).
13. Jussen, H.: Akustische Probleme in der Stimm- und Sprachbehandlung. Z. f. Heilpäd., 1962, H. 12.
14. ders.: Das Problem des Stotterns in der amerikanischen Fachliteratur. Die Sprachheilarbeit, 1964, H. 2.
15. ders.: Die Erschließung des verbalen Denkkreises im Taubstummenunterricht (1961).
16. Kandler, G.: Zum Verständnis zentraler Sprachstörungen. Sprachforum, 3/4, 1955, S. 278 ff.
17. ders.: Die Lücke im sprachlichen Weltbild. Festschrift Weisgerber, 1959, S. 256—270.
18. Kern, A. u. E.: Sprachschöpferischer Unterricht — Richtlinien für einen ganzheitlichen Sprachunterricht (1953).
19. Leischner, A.: Beziehungen der Aphasie-Forschung zur Linguistik. Sprachforum, 1955, S. 283 ff.
20. ders.: Aufgaben der ärztl. Sprachheilbehandlung. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 1962, H. 3.
21. Paul, H.: Die Bedeutung der deutschen Philologie für das Leben der Gegenwart. Münchener Akademierede (1897).
22. Rutt, Th.: Vom Wesen der Sprache (1957).
23. ders.: Didaktik der Muttersprache (1964).
24. Sander, F.: Seelische Struktur und Sprache — Strukturpsychologisches zum Zweisprachenproblem. Neue psychologische Studien, 1933, Bd. XII.
25. Seidemann, W.: Der Deutschunterricht als innere Sprachbildung (1952).
26. Storz, G.: Sprachpflege — Spracherziehung — Sprachbesitz (Sonderdruck) 1963.
27. Schuy, Cl.: Die sprachl. Situation d. Taubstummen, Sprachforum, 1955, H. 2.
28. Weisgerber, L.: Von den Kräften der deutschen Sprache, Bd. I/II: Grundzüge der inhaltbezogenen Grammatik (1962).
29. ders.: Die fruchtbaren Augenblicke in der Spracherziehung. Wirkendes Wort, Sammelbd. IV, 1962, S. 9 ff.
30. ders.: Sprachliche Begegnungen der Völker. Sprachforum, 1955, H. 3/4.

*Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. H. Jussen, 504 Brühl (Bez. Köln),
Am Inselweiher 19*

Johannes Wulff, Hamburg

DIE GANZHEITLICHE SICHT IN DER SPRACH- UND STIMM- BEHANDLUNG UND DEREN SPRACH- UND ENTWICKLUNGS- PSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Die Sprachheilkunde und die praktische Sprach- und Stimmbehandlung haben viele Wurzeln. Phonetik, Sprechkunde, Sprechhygiene, Rhetorik, Sprach- und Entwicklungspsychologie, Psychopathologie, Psychiatrie, HNO-Kunde, Kieferchirurgie und -orthopädie, Pädiatrie, Heil- und Taub-

stummenpädagogik haben Anregungen und Beiträge zur Diagnose und Therapie geliefert. Diese wachsende Ausweitung der Sprachheilprobleme erzwingt die wissenschaftliche, diagnostische und therapeutische Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen. Sie kann in einem Referat nicht aufgezeigt werden, sondern erfordert eine Vortragsreihe.

Wir beschränken uns daher auf die Probleme rein logopädischen Tuns. Die Phonetik als eine der wichtigsten sprachheilverpädagogischen Grundwissenschaften sucht der Logopädie zu helfen durch eine genaue und exakte Beschreibung der Lautstellung, die neuerdings sogar durch Palatogramme und Röntgenaufnahmen der Sprechwerkzeuge (WÄNGLER) verbessert worden ist. Daraus wurde und wird noch heute gefolgert, daß man einen fehlenden Laut dadurch gewinnt, indem man die diesem Laut eigene Stellung der Sprechwerkzeuge durch Spiegel, Finger, Spatel oder Sonden herstellt, die Atemkraft hinzu gibt und so zum gewünschten Laut kommt. Man merkt nicht, daß man dabei unnatürlich und sprech- und entwicklungspsychologisch falsch vorgeht.

Es soll versucht werden, eine ganzheitliche Schau der heutigen Sprach- und Stimmbehandlung und deren sprach- und entwicklungspsychologische Grundlagen darzustellen.

1) Sprechen ist nicht eine Summe von aneinander gereihten Lauten oder Wörtern, sondern ein neues Gebilde mit eigener Struktur, ein Funktionsablauf mit besonderen eigenen Gesetzen. Es ist im Sinne von KAINZ nur als „gestaltkreishafte Einheit und Ganzheit“ anzusehen. Das Sprechgeschehen mit den fein koordinierten und abgestimmten Lippen-, Kiefer-, Gaumen-, Kehlkopf-, Zwerchfell- und Stimmstellbewegungen „ist als Synthese von Einzelbewegungen nicht erfäßbar, sondern dringt geradezu den Gestaltbegriff auf. Es ist eine typische „Melodie“, die als Ganzes gegeben ist und vom Ganzen her sich bis in ihren letzten Feinheiten durchgestaltet.“ (CONRAD, R.: Über diff. und integrale Gestaltsfunktion i. d. Begriff der Protopathie. Nervenarzt 1948, S. 315 ff).

2) Selbst der Einzellaut kommt nur „in Gestalteinbettungen zur Existenz“. Phonetisch ausgedrückt heißt das, der Laut „m“ ist beispielsweise nicht nur Lippenschluß, Gaumenöffnung, Stimmlippenschwingung plus Sprechatem, sondern etwas völlig Neues, Eigenes, Ganzheitliches. Bei der Behandlung muß daher versucht werden, dieses Ganzheitliche, also die *gesamte Koordination der verschiedenen Faktoren* zu wahren, den Laut oder die verbesserte Stimme oder die Ausdrucksgestaltung als Gesamtfunktion zu erzeugen.

3) Aber Einzellaut, Wort, Satz und gar Rede sind nicht allein eine Sprechbewegung, sondern mehr als das. Es sind beim Sprechen nicht nur die Sprechmuskeln in Tätigkeit, sondern es gibt eigentlich nur echte *gesamtkörperliche Sprechbewegungen*. Das will sagen, daß der ganze Mensch körperlich, motorisch mitschwingt. Das Mitspielen und Mitsprechen des ganzen Körpers ist bekanntlich vielen, um nicht zu sagen den meisten,

Menschen verloren gegangen durch die Entwürdigung des Sprechens zur bloßen Mitteilungsfunktion. Wer stimmgestörte Lehrkräfte behandelt hat, der weiß, daß sie oftmals nicht einmal mehr eine dem Sprechen adäquate Handbewegung machen können. Sie müssen aber wieder lernen, das Gefühl für spannungsfreies Sprechen, für Losigkeit der Tonbildung, für gesamtkörperliches Sprecherleben zu entwickeln, d. h. man muß zu Anfang der Behandlung sogar übertriebenes körperliches Mitspiel verlangen (vgl. moderne Tanzrhythmen!).

GEHLEN sagt: „Sprachäußerungen sind in erster Linie Bewegungen.“ Im gleichen Sinne äußert sich auch KAINZ. Je weiter wir in der Sprachentwicklung zurückgehen, desto mehr tritt das motorische Element vor dem akustischen hervor. Beim Kleinkind, aber auch bei guten Sprechern, Rednern und Schauspielern ist dieses motorisch ganzheitliche Sprecherleben und Sprachgestalten noch vorhanden. Bei jeder Behandlung von Sprach- und Stimmgestörten ist dieses Prinzip unbedingt zu beachten.

4) Die *Beteiligung seelischer Faktoren* bei jedem Sprechvorgang ist offenbar. Jeder Laut und ebenso das Sprechen sind nicht nur etwas Akustisches, Hörbares, sondern psychisch aufgeladen. „Ha“ ist z. B. der Lachausdruck und damit Ausdruck der Freude. Jeder Einzellaut hat seinen Gefühlswert (STREHLE). So wie in „Mama“ das Weiche, Wohlige, Herzliche dominiert, kommt in „Papa“ mehr das Harte, Feste, Kräftige zum Ausdruck.

Diese Kräfte, die sich in den rhythmischen, melodischen, dynamischen und temporalen Sprachfaktoren kundtun, also in dem, was hinter dem Sprechen, hinter dem bloßen Mitteilen steht, sind Impulse, die sich, aus dem Thalamus herkommend, dem Sprechreiz hinzugesellen und der Äußerung die volle Gestalt geben, ihren Schwung, ihren individuellen Akzent, ihre Fülle und ihrem Gefühlsgehalt (SCHILLING). Diese Impulse sind die älteren und ursprünglichen Beigaben.

Beim Kinde herrschen sie zuerst noch besonders vor. Es kennt noch kein zweckgebundenes Sprechen. Bei ihm ist alles Lallen, Kauderwelschen und schließlich Sprechen noch Offenbarung von Lust und Laune, Weh und Wonne, Begehren und Befriedigung.

Daher herrscht bei ihm ganzheitliches, gebärdenhaftes, mimisch-gestisches Sprechen vor. Dieser Tatsache muß eine Behandlung Rechnung tragen. Kraftvolle Empfindungsäußerungen, körperlich eingebettet, Lallrhythmen, Tanz- und Singrhythmen, ausdruckslebendige Kinderreime u. v. a. unterbinden Verspanntheiten und Diskoordinationen und vermitteln Selbstgefühl Sprechlust und Ausdrucksfähigkeit, GEHLEN schreibt: „Lebhafte Motorik neigt dazu, sich mit Lauten zu verbinden.“

Das Kind wird daher gedrängt nachzuahmen, wenn man ihm Ausdrucksäußerungen, Tierlaute, Lallrhythmen, Reime durch begleitende Gebärden vormacht. Selbst scheue und gehemmte Sprachkranke lockt man damit

aus der Reserve, weil sie sich in dieser natürlichen Kraftentladung wohl und bestätigt fühlen.

Man muß also in den Stammlern, ja sogar auch in den erwachsenen Stimmgestörten weniger die phonetisch Unfertigen bzw. stimmlich Abwegigen sehen als vielmehr die Bewegungsgehemmten und akustisch Unentwickelten.

Auch die Erwachsenen bleiben den extrapyramidalen Kräften, damit dem Rhythmischen, Elementaren verhaftet. Alles Rhythmische birgt in sich ein ordnendes Element, das jede Tätigkeit natürlicher und gefälliger und vor allem lustbetonter werden läßt. So ist es auch bei der Sprachbehandlung.

Die Bedeutung des uralten kindertümlichen Sprachgutes, das fast immer melodisch-rhythmisch gebunden und mit Bewegungen gekoppelt ist, kennen wir alle. Diese Reime und Verse sind so lebendig wie eh und je; sie entspringen dem Urbedürfnis des kleinen Menschen nach Rhythmus, Bewegung und Melodie, und sie leben noch heute auf der Straße, im Kindergarten und — leider seltener werdend — in der Familie. Sie können vom Sprachheilpädagogen in ihrer Bedeutung für die Sprachtherapie nicht hoch genug bewertet werden. Für die Behandlung stotternder Kinder ist die Rücksicht auf rhythmisch-melodisch-gymnastische Elemente ganz besonders bedeutungsvoll, weil bei ihnen das Rhythmisch-Ordrende im Verhaltens- und Sprechablauf, d. h. die natürliche Koordinierung der Sprechfunktionen des Atmens, der Stimmgebung und der Artikulation gestört ist (FERNAU-HORN). Die psychischen und sprecherischen Fehlreaktionen zu regulieren, die affektiven Wirkungen zu zügeln, heißt, dem Stotterer wieder Mut und Sprechsicherheit zurückzugeben und ihn auf den Weg zur Heilung zu führen.

Seit altersher ist es daher üblich, rhythmische Sprachformen für die Sprachpflege und -kultivierung zu verwenden.

5) Beim Kinde ist natürlich auch die Sprechatmung dem Ganzen eingeordnet. Sie muß entsprechend richtig von unten angesetzt werden, im Atemmaß natürlich dosiert sein, richtig gelenkt werden können und in ausreichender Stoßkraft zur Verfügung stehen. Da ist nun ein deutlicher Unterschied merkbar zwischen der natürlichen, normalen Sprechatmung wie etwa beim Hauchen, Stöhnen und Seufzen, und der gewollten, erzwungenen des Pustens und Blasens. Diese wirkt meistens therapiebelastend, weil sie Steifheit, Verspannung und Starrheit nach sich zieht, denn sie drängt den Atem nur aus den oberen Lungenteilen. Sie behindert den gesunden Atemrhythmus.

Gerade weil falsche, willentliche, forcierte, übertriebene Atemhergabe eigentlich jedes Übungsbemühen, sowohl vom Kinde als auch vom Therapeuten her erschwert, muß das Atemgeschehen sorgfältig beachtet und in natürlicher Weise reguliert werden.

Die Atmung ist wohl das subtilste menschliche Reagenz. Jede andauernde Fehl-atmung führt zu Unbehagen und Unlust neben organischen Beschwerden. Dadurch wird dann auch die Behandlung erschwert.

Andererseits aber ist ein gewisses Maß von Atemkraft, über die manche kleinen Sprachgestörten zuerst nicht verfügen, zur korrekten Lautbildung erforderlich. Besonders die Explosiven können nur deshalb mitunter nicht gebildet werden. Atemkrafttraining in Form von Rufübungen müssen helfen. In schweren Fällen ist eine konstitutionelle Therapie angezeigt.

Außerdem aber stammeln auch deshalb manche Kinder, weil sie ihren Sprechatem nicht richten können. Sie schicken den Atem irgendwohin, aber nicht gezielt und nicht genau an die Stelle, wo der Laut entstehen soll. Das kann durchaus spielerisch, also auch ganzheitlich erübt werden. Die Sprechfibel zeigt natürliche Beispiele. Sie ist ganz so angelegt, daß die Sprechatmung in Ansatz, Dosierung und Gerichtetheit richtig funktioniert. Sie beginnt mit dem Lachlaut hahaha, läßt sodann alle Vokale durchlachen, immer bildlich angeregt.

Überhaupt wird in der Fibel immer wieder das Anhauchen des Lautes und damit der vordere Lautansatz und durch das Abhauchen der Laute die sprechgesunde Atem- und Sprechbewegung wie von selbst eingewöhnt.

6) Es ist sogar in dem Sinne ganzheitliche Therapie zu sehen, indem man nicht nur die Sprech- oder Sprachstörung berücksichtigt, sondern das *gestörte Kind als Ganzheit*, also in seiner Komplexität. Es muß daher heißen: Behandle den Sprachgestörten, nicht die Sprachstörung! Daß wir dabei auch die Hilfe des Fachmediziners benötigen, versteht sich von selbst. Besonders komplizierte Fälle erheischen eine sorgfältige Diagnose (HESS).

7) Weiterhin gehört zur Ganzheit „Kind“ auch der *Lebenskreis des Kindes*. Soweit durch erzieherische Fehlhaltungen der Eltern, durch Verwahrlosung, Verzärtelung u. a. die Störung verursacht, fast immer aber verschlimmert wurde, muß der Sprachheilpädagoge in seinen Maßnahmen das Elternhaus besonders mit einplanen. Das kann nicht besser geschehen als dadurch, daß die Mutter bei jeder Behandlung dabei ist, alle Behandlungsarbeit miterlebt und das richtige häusliche Training sicherstellt. Man muß die Mutter sogar einmal selbst ühend mit dem Kinde vormachen lassen, um die Gewähr sauberer Unterstützung zu erhalten.

Oftmals wird durch die Mitarbeit der Mutter das belastete Mutter-Kind-Verhältnis wieder auf eine gesunde Basis gestellt. Auch bei älteren Kindern kann die Mitarbeit der Mutter sehr gute Dienste leisten.

8) Die *behutsame psychologische Führung* des Kindes wie auch der Erwachsenen gehört zur ganzheitlichen Therapie. Immer ist der Mensch verwandlungsbereit und aufgeschlossen für die Differenzierung seiner Sinne und die Entwicklung seiner Fähigkeiten. Die Aktivierung dieser Kräfte, die sich außer auf Sprechtrieb, Sprechfreude und Sprechwillen

auch auf Kontaktfreude, auf Mittun und allgemeinen Leistungswillen beziehen, ist das tragende Fundament, auf dem zielbewußt aufgebaut werden kann. Das Selbstgefühl und Selbstbewußtsein erfährt die notwendige Steigerung. Nicht gegen das Kind, nur mit ihm gemeinsam im fröhlichen Tun überwindet es seine allgemeinen und besonderen sprachlichen Schwierigkeiten. Hier liegt der Schlüssel zu einer ganzheitlichen Therapie und zum echten Erfolg.

Konstitutionelle und soziale Therapie, Ausglei chung emotioneller Entwicklungsschäden, rhythmisch-musikalische Erziehung u. a. müssen oft vor, zumindest aber neben der Sprachbehandlung betrieben werden. Nur in Tagesheimen, Schulkindergärten, in Kleinklassen, also praktisch in Spiel- und Leistungsgemeinschaften in kleinen Gruppen sind Rückstände auf motorischem, akustischem, emotionellem, seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet aufzuholen, weniger erfolgreich ist hier die Einzelbehandlung.

9) *Unentwegtes Vorsprechen, verstandesmäßige Erläuterungen oder Anweisungen über Lage und Formung etwa der Zunge, die Benutzung von Spateln, Stäbchen und Sonden* belasten die Behandlung und widersprechen ganzheitlicher Betrachtungsweise. Diese Hilfsmittel sind sogar nicht ungefährlich, weil sie unkindgemäß, zu intellektuell, zu gewollt, zu mechanistisch und sprechfremd sind. Sie sind auch wissenschaftlich anfechtbar, weil sie die psychophysischen Gegebenheiten des Sprechens nicht berücksichtigen. Selbst der Artikulationsspiegel als visuelle Kontrolle wird sehr überschätzt und sollte keinen breiten Raum bei der Behandlung einnehmen. Dabei wird allzusehr auf die phonetische Einstellung, zu wenig auf die funktionelle Bewegung, auf den ganzheitlichen Vollzug geachtet. Die visuell-akustisch-gestische Fremdnachahmung dagegen ist nicht verstandesmäßig ausgerichtet, sondern erfolgt triebartig und daher natürlich. Die Nachahmungskraft ist bekanntlich in der Kinderzeit und auch noch in der Schulzeit eine starke Triebfeder.

10) In der Sprachbehandlung muß das *biogenetische Grundgesetz*, soweit es sich auf die Sprachentwicklung bezieht, beachtet werden.

Die Frage nach Ursprung, Entstehung, Ausbildung und Entwicklung des Sprechens läßt sich darum nicht umgehen. Wie ist der Mensch dazu gekommen, das Organ für Nahrungsaufnahme, -verarbeitung und -bewegung auch dazu zu verwenden, um Töne, Geräusche und schließlich Laute und Worte von sich zu geben? Am ältesten sind Begleitgeräusche beim Essen wie Schmatzen, Glucksen, Schnalzen, Schlürfen, Kauen, Schmausen, Schlucken. Sie haben zwar geringen, aber mitunter doch schon ausdrucksreichen Charakter, weil sie Wollust, Behagen, Gier kundtun können. ARNOLD sagt dazu: „In diesem Sinne wird auch die Entstehung der Konsonanten durch Modifikationen der Saug-, Kau- und Schluckreflexe erklärt, während die Vokale durch Resonanzänderungen der Stimme auftreten.“ (SKOHARA S. 210) (Schluß in Heft 4/1964)

*Aus der Stimm- und Sprachabteilung (Dr. Gundermann) der Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Direktor: Prof. Dr. med. habil. R. Z i p - p e l - und der Chirurgischen Klinik der Universität Greifswald, Direktor: Prof. Dr. med. habil. W. K o t h e.
M. Weuffen und H. Richter, Greifswald*

ZUR REHABILITATION EINES 12-JÄHRIGEN APHASISCHEN KINDES

In den letzten Jahren wurde mehrfach über die Rehabilitation von Sprachkranken berichtet. Im allgemeinen versteht man unter Rehabilitation auf dem Gebiet der Logopädie die Wiedereingliederung von Sprachkranken in die Reihen der Normalsprechenden. Das bezieht sich z. B. auf Stammer, Stotterer und Näsler. Bei ihnen besteht in den meisten Fällen die Sprachstörung seit Beginn der Sprachentwicklung. Der Begriff „Rehabilitation“ — „Wiedereingliederung“ dürfte u. E. erst dann mit voller Berechtigung angewendet werden, wenn die Sprache des Patienten vor der Erkrankung normal war und die volle Verkehrsfähigkeit erst durch die Bemühungen des Arztes und des Logopäden wiederhergestellt worden ist, so wie es beispielsweise bei Laryngektomierten, bei Stimmkranken oder bei Aphasikern der Fall ist.

Bei Aphasikern kann die Sprache allmählich versagen, die Beeinträchtigung kann aber auch ganz plötzlich erfolgen. Wenn es sich um Erwachsene handelt, tritt Berufsunfähigkeit ein, Kinder sind nicht mehr in der Lage, erfolgreich am Schulunterricht teilzunehmen.

Aphasien bei Kindern sind relativ selten. Sie sind prognostisch günstiger zu beurteilen als die Aphasien der Erwachsenen. Nach ARNOLD hängt der Erfolg der Aphasiebehandlung vom Grad der zentralen Ausfälle und vom Heilungswert des Grundleidens ab. Die Behandlung erstreckt sich gewöhnlich über mehrere Monate bis Jahre.

Ein verhältnismäßig gut restituierbarer Fall — im Vergleich zu seinen massiven organischen Ausfällen — wird von uns seit Januar 1963 behandelt. Es handelt sich um einen zwölfjährigen Knaben, bei dem das linke Stirnhirn bis auf einen medialen Rest entfernt worden ist.

Klaus-Dieter Sch. wurde am 3. 10. 1951 in Schwerin geboren. Sein Vater ist Kraftfahrer. Die Familie lebt jetzt in Bergen auf Rügen. Klaus-Dieter war vor seiner Erkrankung ein lebhaftes Kind, das viele Freunde besaß. Sein letztes Schulzeugnis weist folgende Noten auf: Lesen: 1, Rechtschreibung: 1, mündlicher und schriftlicher Ausdruck: 2, Rechnen: 2, Sport: 2, Singen: 2. Für eine besondere Begabung — zumindest auf dem Gebiet der Mathematik — spricht die Tatsache, daß Klaus-Dieter kurz vor seiner Erkrankung für die Teilnahme an der Mathematikolympiade vorgeschlagen wurde.

Nachdem es bei Klaus-Dieter seit Ende 1960 häufig zu Kopfschmerzen und gelegentlich zu Erbrechen gekommen war, fand die Mutter am 25. 11. 1962 den Jungen auf der Bodentreppe sitzend, wobei er sich den Kopf hielt und laut rief: „Mein Kopf! Mein Kopf!“ Beim Hinabsteigen stürzte das Kind ab und schlug mit dem Kopf auf. Klaus-Dieter wurde als nicht ansprechbar zunächst in das Kreiskrankenhaus Bergen und am folgenden Tage auf die neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik in Geifswald eingewiesen.

Bei der Aufnahme fand sich eine Aphasie, eine zentrale Facialisparesie rechts sowie eine Hemiplegie rechts. Stauungspapillen konnten nicht nachgewiesen werden. Bei der Carotissierenangiographie links kam es zu keiner Anteriordarstellung und zu einer mangelhaften Füllung der Mediagruppe. Im Pneumencephalogramm war das Ventrikelsystem insgesamt nach rechts verdrängt und das linke Vorderhirn zeigte nur eine mäßige Füllung.

Am 6. 12. 1962 wurde in Unterkühlung das linke Stirnhirn, dessen Rinde blutig imbibiert war, bis auf einen medialen Rest amputiert.

Die histologische Untersuchung hatte einen gefäßreichen Tumor, bei dem es sich wahrscheinlich um ein Gliom handeln dürfte, ergeben.

Eine Röntgen-Tiefenbestrahlung (7 650 r OD in 5 Wochen) wurde angeschlossen. Wegen einer Bionekrose wurde am 9. 9. 1963 der Knochendeckel entfernt. Neurologisch besteht jetzt die Hemiparesie und die zentrale Facialisparesie rechts weiterhin.

Am 6. 1. 1963 wurde der Patient zum erstenmal in der Sprachabteilung der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Geifswald vorgestellt. Er war in Raum und Zeit vollkommen orientiert, verstand und befolgte mündliche Anweisungen und nahm am Geschehen in seiner Umgebung lebhaften Anteil. Er verständigte sich durch Mimik und hinweisende und nachzeichnende Gebärden, manchmal gab er unartikulierte Laute von sich. In der Erregung bildete er spontan die Wörter: „Mönsch“, „Mutti“ und „o jeh“. Auf lalala sang er die Melodie des Weihnachtsliedes „O Tannenbaum“. Beim Zählen versuchte er die Zahlwörter mitzusprechen, es gelang ihm aber nur unvollkommen.

Mit der linken Hand konnte der Patient mit großer Mühe Striche ziehen und Buchstaben und Zahlen unvollkommen nachschreiben. Nach Diktat zu schreiben war für ihn unmöglich, er erkannte weder Zahlen noch Buchstaben in ihrer Sinnbedeutung. Deshalb konnte er auch nicht lesen.

Die Diagnose lautete: motorische Aphasie nebst Alexie und Agraphie.

Das Ziel unserer logopädischen Behandlung war einmal die Wiederherstellung der Sprechfähigkeit, zum anderen, das Kind soweit zu unterrichten, daß es das Ziel seiner ehemaligen Unterrichtsklasse erreicht, denn nur dann kann es später wieder mit Erfolg die Normalschule besuchen.

Wir begannen mit dem Erarbeiten von Lippenlauten. Diese sind relativ leicht vom Munde ablesbar und im Spiegel zu kontrollieren. Die neu erlernten Laute wurden in Silben und Wörtern geübt, diese wurden dabei rhythmisch vom Klang eines Tamburins begleitet. Auch Klanghölzer wurden zur rhythmischen Akzentuierung verwandt. Zur gleichen Zeit wurde das Reihensprechen geübt. Dieses ist bei den meisten Menschen derart automatisiert, daß es eine gute Ausgangsübung für Aphasiker darstellt. THIELE sagt zum Reihensprechen: „Ist die Reihe rhythmisch geordnet, so wird dadurch der Ablauf des einmal Begonnenen erleichtert. Jedenfalls ist das rhythmische Schema, wenn einmal erregt, vor der Findung der einzelnen Wörter vorhanden und übt einen Einfluß auf die Evokation der Wörter aus.“

Es dauerte etwa 14 Tage, dann konnte der Patient die Zahlenreihe von 1 bis 10 ansagen. Er war aber nicht fähig, ein Zahlwort isoliert zu nennen. Wenn man ihn z. B. fragte: „Wieviel ist 3 und 4?“ so antwortete er nicht: „7“, sondern zählte: „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.“

Jeden Tag sangen wir mit Klaus-Dieter bekannte Kinderlieder. Anfangs war nur an Melodieführung und rhythmischer Betonung zu erkennen, was für ein Lied er sang, allmählich aber hoben sich bekannte Wörter heraus, anfangs unartikuliert, später deutlicher werdend. Das Singen wurde durch passende Bilder und Zeichnungen unterstützt in der Art, die VARGHA und GERËB vorschlugen.

Gleichzeitig mit dem Wiedererlernen der Sprache wurden täglich Schreib- und Leseübungen vorgenommen. Die Schreibübungen wurden mit der nichtgelähmten linken Hand durchgeführt. Nach ANANJEW ist nicht nur das Sprechen und das Hören eine Quelle des inneren Sprechens, sondern auch das Schreiben. Durch Schreibübungen würde demnach beim Aphasiker das innere Sprechen stimuliert und somit seine Ökonomie im Sinne der Reduzierung gefördert, was zur Beschleunigung des Denk-Sprech-Vorganges beiträgt.

Anfangs wurden nur Nach- und Abschreibübungen vorgenommen, später wurde täglich ein kurzes Diktat geschrieben.

Die größte Schwierigkeit bereitete das Wiedererlernen des Lesens. Wir begannen nach viermonatigem Sprachunterricht mit Leseübungen nach der Fibel, also zu einem Zeitpunkt, zu dem der Patient bereits wieder über einen kleinen Wortschatz verfügte. Er konnte die Personen seiner näheren Umgebung benennen, bezeichnete die Gegenstände des täglichen Gebrauchs (etwa 50 Substantive), er sprach die Zahlwörter von 1 bis 10 und die Farbbezeichnungen rot, blau, gelb, grün, weiß und schwarz.

Wir beobachteten bei diesem aphasischen Kinde einige Erscheinungen, die sich vom Lese-Lern-Prozeß eines gesunden Kindes wesentlich unterscheiden.

Klaus-Dieter hatte 1957 das Lesen in der Schule erlernt. Er war bis 1962 ein guter Schüler gewesen. Es war zu erwarten, daß ihm sowohl das Zusammenlesen von Buchstaben als auch das ganzheitliche Erfassen eines Wortbildes keine Schwierigkeiten bereiten würden. Aber weder die eine noch die andere Fähigkeit war vorhanden, wir mußten wie bei einem ABC-Schützen ganz von vorn beginnen.

Der Patient lernte erst Konsonanten und Vokale, dann Vokale und Konsonanten zusammenlesen. Daraus wurden bald kurze Wörter, die er erkennen konnte. Gute Hinweise für abwechslungsreiches Üben fanden wir in der Begleitschrift zur Fibel von FEUER und ALT.

Wenn eine neue Fibelseite gelesen werden sollte, so wurde diese erst von Bild und Inhalt her geklärt. Dann wurde der neue Laut in Verbindungen gelesen und im Diktat geübt. Die neue Seite wurde gut artikuliert und mehrere Male vom Logopäden vorgelesen, dann schrieb sie der Junge ab. Jetzt erst wurde das Lesen der neuen Seite in der üblichen Weise vorgenommen.

Nach 8 Wochen Leseunterricht war der Junge bis zu Fibelseite 36 gelangt. Zu diesem Zeitpunkt verfügte er in der Spontansprache bereits über einen erweiterten Wortschatz. Dieser umfaßte einfache und zusammengesetzte Substantive, einige Numerale, Verben und Adjektive sowie die Konjunktion „und“.

Der Patient reihte die Wörter unflektiert aneinander. Er sprach agrammatisch, etwa so: „Klaus- Iesen-Buch. - Klaus-Diktat- Fehler-vier“.

Auffallend war, daß der Patient lange Wörter oft gut und ohne zu stocken las, dagegen mit dem Lesen kurzer, ungegliederter Wörter Mühe hatte. Bei normalen Schülern ist es umgekehrt. Sie buchstabieren in der Regel ein neues, langes Wort erst mühselig zusammen, kurze, vielgebrauchte Wörter dagegen wie: „er“, „mein“, „mit“ erfassen sie sofort. (Nach KAEDINGs Häufigkeitwörterbuch der deutschen Sprache machen allein die Wörter „die“, „der“, „und“ 9,47 % unseres Gesamtwortgebrauchs aus.) Wie ist es zu erklären, daß der Patient lange Wörter ganzheitlich erfassen konnte, kurze, bekannte Wörter dagegen nur mit Mühe erkannte?

Eine der Ursachen hätte die Struktur des Wortbildes sein können, das Wort „Großvater“ ist z. B. viel prägnanter gegliedert als das Wort „wir“. Ersteres hat nicht nur Mittellängen, es zeigt auch Ober- und Unterlängen, die dem Wort ein charakteristisches Gepräge verleihen. Das Wort „wir“ dagegen weist nur Mittellängen auf und unterscheidet sich vom Wortbild her nicht wesentlich von anderen einsilbigen Wörtern. Es bestünde also die Möglichkeit, daß das Klangbild vom Wortbild her aktiviert wird.

Um nachzuprüfen, ob die optische Struktur eines Wortes Einfluß auf das Lesen hat, haben wir alle Fibeltexte auch in Antiquaschrift geschrieben und dem Patienten vorgelegt. Die Antiquaschrift hat keine Ober- und Unter-

längen, sie wirkt nur als Wortblock. Das Lesen von Texten in Antiquaschrift dauerte bei unserem Patienten länger als das Lesen der gegliederten Schrift. Wir beobachten auch hier die gleiche Erscheinung: lange Substantive werden zumeist schneller erkannt als einsilbige, vielgebrauchte Wörter. Wie erklären wir uns diese Erscheinung?

Die längeren Wörter, die der Patient sofort auffaßte, waren in überwiegendem Maße Substantive, manchmal auch Verben und Adjektive. Die kurzen Wörter, die er nicht lesen konnte, waren meist Artikel, Pronomen, Präpositionen und Konjunktionen. In der Spontansprache gebraucht der Patient nur Wörter aus der erstgenannten Gruppe. Wörter dieser Art sind anschaulich und sinnerfüllt. Das subordinierende Hauptwort, das in den meisten Fällen Subjekt ist, gruppiert die anderen Wörter des Satzes in einem bestimmten syntaktischen Abhängigkeitsverhältnis. Wenn wir zwischen Sinn- und Fügewörtern, Autosemantika und Synsemantika unterscheiden, so bestimmen erstere die Ordnung des Satzes. Sie treten demnach vordringlich ins Bewußtsein. Die Synsemantika dagegen sind nicht anschaulich und erscheinen im sprachlichen Steuerungssystem erst sekundär. Unser Patient konnte also nur solche Wörter lesen, die er bereits in seinem Wortschatz zur Verfügung besaß.

Nach WYGOTSKI ist beim Aphasiker die Struktur der inneren Sprache gestört. Die syntaktische Störung der Sprache ist bei sensorischer und bei motorischer Aphasie unterschiedlich. Bei sensorischer Aphasie bleiben vorwiegend die prädikativen Formen intakt, bei motorischer die substantivischen.

LURIJA gibt an, daß bei sensorischer Aphasie das innere Sprechen erhalten, bei motorischer dagegen gestört ist, es stellt sich bei motorischer Aphasie erst allmählich und in reduzierter Form wieder ein. Deshalb müssen die Restitutionsbemühungen bei der motorischen Aphasie betont auf die Wiedererlangung der inneren Sprache gerichtet sein. Wenn bei unserem Patienten das innere Sprechen gestört ist, muß diese Störung also nicht nur in der Spontansprache zum Ausdruck kommen, sondern auch beim spontanen Schreiben und in gewisser Weise auch beim Lesen.

Auf diese Weise lassen sich die Besonderheiten im Lese-Lern-Prozeß unseres Patienten durch eine Störung des Zusammenhangs zwischen Denken und Sprechen erklären.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt beherrscht Klaus-Dieter den Lernstoff der 1. bis 4. Klasse. Seine Sprache allerdings ist noch unvollkommen. Er kann sich zwar gut verständlich machen, aber er spricht noch agrammatisch. (2. Grad des Agrammatismus nach LIEBMANN).

Die Behandlung wird noch weitergeführt. Das Ziel unserer logopädischen Behandlung ist es, das Kind zur vollen Sprechfähigkeit zu führen und ihm dadurch die Teilnahme am Unterricht der Normalschule zu ermöglichen.

Früher wurden aphasische Kinder in der Gehörlosenschule untergebracht. Wir betonen aber mit ZÜRNECK, daß dies ein großer Umweg ist.

Wenn wir erreichen, daß Klaus-Dieter eines Tages wieder am Unterricht der Normalschule teilnehmen kann, sind wir berechtigt, von der Rehabilitation dieses aphasischen Kindes zu sprechen.

Literaturverzeichnis

1. Ananjew, B. G.: „Psychologie der sinnlichen Erkenntnis“, VEB Deutsch. Verl. d. Wissensch., Berlin 1963.
2. Arnold, G., und Luchsinger, R.: „Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde“, Springer-Verlag, Wien 1959.
3. Feuer, J.: Begleitschrift zur „Fibel“, Volk und Wissen Verlag, Berlin 1958.
4. Kaeding, R.: „Häufigkeitwörterbuch d. deutschen Sprache“, Berlin-Steglitz 1898.
5. Liebmann: „Hörstummheit“, Berlin 1925.
6. Lurija, A. R.: Zit. bei Ananjew: „Psychologie der sinnlichen Erkenntnis“, VEB Deutscher Verlag der Wissensch., Berlin 1963.
7. Lurija, A. R.: „Der Anteil des Wortes an der Bildung zeitweiliger Verbindungen bei normaler und anormaler Entwicklung“, Verlag der Akademie d. Pädag. Wiss. d. RSFSR, 1955 (russ.).
8. Thiele, R.: „Aphasie, Apraxie, Agnosie“, in: Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten II, 1928.
9. Vargha, M., und G. Geréb: „Aphasie-Therapie“, VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1959.
10. Wygotski, L. S.: Zit. bei Ananjew: „Psychologie der sinnlichen Erkenntnis“, VEB Deutsch. Verl. d. Wissensch., Berlin 1963.
11. Zürneck, E.: „Neues Licht in der Aphasiebehandlung“, Neue Blätter f. Taubstummenbildung, 4 (1950).
12. Zürneck, E.: „Fachpädagogische Gesichtspunkte in der Aphasiebehandlung auf Grund neuzeitlicher Erfahrungen“, Arch. HNO-Heilk., 169 (1956).

Anschrift der Verfasser:

Dr. paed. M. Weuffen, Logopädin, HNO-Klinik Greifswald, Sprachabt.

Dr. med. H. Richter, Chir. Klinik d. Univ. Greifswald, Neurochir. Abt.

LEHRER (IN)

evangelisch, für sechsklassige Heim-Sonderschule zum baldmöglichen Termin gesucht.

Sonderschulerfahrung erwünscht, doch nicht Bedingung. Vergütung und Altersversorgung nach den amtlichen Sätzen. Aufstiegsmöglichkeit zum Konrektor ist gegeben.

Moderne Wohnung mit allem Komfort und Garage im neu erbauten Schulgebäude ab sofort bezugsfertig. Mittel- und höhere Schule im 10 km entfernten Braunschweig mit günstiger Busverbindung.

Bewerbungen erbitten

Neuerkeröder Anstalten

3305 Neuerkerode über Braunschweig

KRITISCHE BETRACHTUNGEN ZUM BEGRIFF
„SPRACHKRANKHEIT“

I. Terminologische Unklarheiten

Die Beeinträchtigung des Sprechvermögens durch Ursachen verschiedenster Art findet in der sprachheilkundlichen Literatur und im allgemeinen Sprachgebrauch mannigfache Bezeichnungen, die wahlweise nebeneinander gebraucht werden. Man redet z. B. von einem „Sprachfehler“, „Sprachleiden“, „Sprachgebrecen“, einer „Sprachstörung“, „Sprachbehinderung“, „Sprachkrankheit“, „Sprachschädigung“.

Hier erheben sich folgende Fragen:

1. Sind diese Ausdrücke in der Tat gleichbedeutend?
2. Welche dieser Bezeichnungen wird der sachlichen Gegebenheit als Oberbegriff am besten gerecht?
3. Welcher Terminus eignet sich am besten für die Verwendung im Rahmen der praktischen Sprachheilarbeit?

Die Klärung dieser Fragen dient sowohl der wissenschaftlichen Verständigung über diesen Gegenstand als auch den Bedürfnissen der pädagogischen Praxis. Da im letztgenannten Bereich die Bezeichnung „*sprachkrank*“ in den Vordergrund gerückt worden ist — man denke nur an die Formulierung des Themas der Tagung in Halle a. S. vom 23. bis 25. Mai 1929 („Das sprachkranke Kind“), (1) an die seit 1935 in Hamburg übliche Benennung der betreffenden Schulen („Schule für Sprachkranke“), ferner an die „Denkschrift über öffentliche Fürsorge für Sprachkranke“ (2) —, soll der Begriff „*Sprachkrankheit*“ in erster Linie analysiert werden. Dies schließt indessen nicht aus, daß im Zusammenhang damit die sonstigen Benennungen im Blickfeld bleiben und eine nähere Bestimmung erfahren.

II. Der Begriff der Sprachkrankheit in der Literatur

Es ist auffallend, daß im allgemeinen in den führenden medizinisch-wissenschaftlichen Darstellungen die Bezeichnung „Sprachkrankheit“ als Sammelname für die Dysfunktion der Sprachwerkzeuge überhaupt nicht vorkommt. Eine Ausnahme bildet Emil FRÖSCHELS, durch dessen Einfluß diese Bezeichnung vermutlich in Lehrerkreisen bekannt geworden ist. In der Einleitung zur ersten Auflage seines Lehrbuchs der Sprachheilkunde (1913) schreibt er: „Nicht ohne Absicht habe ich wiederholt das Wort ‚*sprachkrank*‘ gebraucht, von dem ich voraussetzte, daß es den Widerspruch manches meiner Leser hervorrufen wird. Eine Sprachstörung ist eine Krankheit und nicht eine Faulheit.“ (3)

Anstelle des Ausdrucks „Sprachkrankheit“, der sich im medizinischen Fachschrifttum nicht durchsetzen konnte, dominiert hier ganz eindeutig der Terminus „Sprachstörung“. Dies gilt auch für ARNOLD, bei dem die Bezeichnung „Sprachkranke“ bzw. „Sprachkrankheit“ nur ganz am Rande erscheint. (4)

Im Gegensatz hierzu fungiert vielfach in aufklärenden Darstellungen, die sich an die breite Öffentlichkeit wenden, — in Angleichung an die Umgangssprache — die Bezeichnung „Sprachfehler“ als Oberbegriff. Dies ist z. B. in Hermann GUTZMANNs Schrift „Des Kindes Sprache und Sprachfehler“ (5) und in derjenigen von Maximilian FÜHRING und Otto LETTMEYER (6) der Fall.

Es ist bemerkenswert, daß Hermann GUTZMANN (jun.) in seinem Vorwort ausdrücklich betont, „daß es sich bei den Sprachfehlern, besonders auch beim Stottern, um wirklich echte Krankheiten handelt.“ (7) Es erscheint fraglich, ob in diesem Falle die Bezeichnung „Sprachfehler“ angemessen ist. Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, wie notwendig eine klare Bestimmung und Abgrenzung der logopädischen Grundbegriffe ist.

III. Abgrenzung des Begriffs der Krankheit

Um hier zu begrifflicher Klarheit zu gelangen, ist es zunächst erforderlich, die Wesensmomente der *Krankheit* herauszustellen.

Etymologisch liegt das mittelhochdeutsche Adjektiv *kranc* mit der Bedeutung „schmal, schlank, gering, kraftlos, nichtig“ zugrunde. Entscheidend für die Geschichte des Begriffs ist die Bedeutung, die dem angelsächsischen *cranc* zukommt: „schwächlich, gebrechlich.“ (8) Danach wird hiermit offenbar ursprünglich ein Zustand gemeint, der u. U. ein chronischer, konstitutionell bedingter sein kann.

Die weitere Entwicklung des Begriffs rückt indessen immer mehr das Moment des Vorgangs in den Mittelpunkt. Man „wird krank“. Etymologisch ist diese Bedeutung vorgegeben im gemeinwestgermanischen Adjektiv *kranka*. Dieses gehört zum angelsächsischen *cringan*: „sich winden wie ein tödlich Verwundeter, im Kampfe fallen, niederstürzen.“ (9)

Nach medizinischer Auffassung steht der Begriff der Krankheit in engem Zusammenhang mit demjenigen der *Störung*: Es handelt sich um eine „Störung der normalen Vorgänge im Körper oder in seinen einzelnen Teilen.“ Nach ROSSLE geht es dabei um die „Gesamtheit aufeinanderfolgender, abnorm gearteter Reaktionen eines Organismus oder seiner Teile auf einen krankmachenden Reiz.“ (10)

Im übrigen besteht hier keine völlige Einheitlichkeit in der Umgrenzung des Begriffs der Krankheit. Dies ist nicht nur dadurch bedingt, da die

Übergänge vom Normalen zum Abnormalen fließend sind, sondern auch durch den jeweiligen theoretischen Standort. Indessen haben sich gegenwärtig die *funktionellen* Krankheitstheorien weitgehend durchgesetzt. Zugrunde liegt die Erkenntnis, daß oftmals eine anatomische Ursache der Störung nicht feststellbar und der Organismus in der Regel als Ganzheit betroffen ist. Die Harmonie der Verrichtungen der einzelnen Teile zur Erhaltung des Ganzen ist gestört.

Wichtig ist in diesem Zusammenhange eine begriffliche Differenzierung im Hinblick auf den zeitlichen Charakter der Störung. Die schon im Rahmen der etymologischen Klärung sichtbar gewordene Zwiespältigkeit in der Auffassung der Krankheit als *Zustand* und als *Vorgang* findet sich im medizinischen Bereich wieder. Hier führt dies zur *Abgrenzung der Krankheit als eines Vorganges von gewisser Dauer gegenüber dem krankhaften Zustand*, der sich sekundär als Folge ergibt oder primär durch Entwicklungsstörungen (z. B. Mißbildungen) bedingt ist. Der letztgenannte Zustand wird als *Leiden* von der Krankheit im engeren Sinne abgegrenzt.

BRAUCHLE formuliert diesen Unterschied folgendermaßen:

„Wir verstehen unter einer *Krankheit* die Summe der Abwehrtätigkeiten im lebendigen Organismus, um das von innen oder außen gestörte Gleichgewicht und Gleichmaß wiederherzustellen.“ (11) „Unter einem *Leiden* versteht man die Summe der Narben, der Verwachsungen, der Mangelzustände, der Ausfallerscheinungen, Geschwulstbildungen, der Entartungen, Verbildungen, Verlagerungen, Vergiftungen, Unterfunktionen, Ablagerungen im lebendigen Organismus, denen gegenüber eine natürliche Selbsthilfe versagt hat.“ (12) Er schlägt vor, nach der Art der Entstehung „*Folgeleiden oder sekundäre Leiden* und *ursprüngliche oder primäre Leiden* zu unterscheiden. Das Folgeleiden tritt als Folge einer Krankheit auf. . . Das ursprüngliche Leiden stellt sich schleichend ein, ohne Zeichen einer vorausgegangenen Krankheit. . . .“ (13)

Die Erkenntnis der psychophysischen Ganzheit des Menschen wird in diesem Zusammenhange bedeutsam. Krankheit und Leiden aller Art erweisen sich als Phänomene, die — wenn auch mit verschiedener Dominanz — *sowohl körperlich als seelisch* in Erscheinung treten. Nach LERSCH handelt es sich dabei um ein doppeltes Abhängigkeitsverhältnis, das nicht einfach als ein Verhältnis von Ursache und Wirkung interpretiert werden darf, „da Lebendig-Leibliches und Seelisch-Immaterielles gar nicht zwei in sich selbständige und gegeneinander abgeschlossene Seinskreise, sondern eine integrierte, polar-koexistentielle Ganzheit darstellen.“ (14)

IV. Folgerungen für die logopädische Terminologie

Was ergibt sich aus dieser begrifflichen Klärung des Grundworts für die Beurteilung von Sinn und Brauchbarkeit der Bezeichnung *Sprachkrankheit*?

Zur Begründung derselben läßt sich anführen, daß zweifellos bei vielen Sprachstörungen pathologische Faktoren in ätiologischer und symptomatologischer Hinsicht eine wesentliche Rolle spielen. Dabei läßt sich auch vielfach eine physiologische Basis der sprachlichen Fehlleistungen in Gestalt hirnologischer und neurovegetativer Schädigungen nachweisen. Ferner läßt sich durchweg ein zeitlicher Verlauf mit bestimmten Entwicklungsstadien erkennen. Dennoch ist es im Interesse der begrifflichen Klarheit unzweckmäßig, hier in *jedem* Falle von einer *Sprachkrankheit* zu sprechen. Was einer solchen Bezeichnung widerstrebt, ist zunächst der allgemeine Sprachgebrauch, der den Begriff „Krankheit“ einengt auf deutlicher überschaubare, in kürzeren Zeiträumen ablaufende Prozesse mit charakteristischen Abwehrmechanismen. Hier aber geht es um langwierige Vorgänge, die als solche durchweg gar nicht evident werden, sondern das Bild eines anhaltenden *Zustandes* bieten.

Es wäre daher angebracht, von einem *Sprachleiden* zu reden, wenn die krankhaften Erscheinungen bereits länger andauern und eine strukturelle Verfestigung in der leibseelischen Ganzheit des Menschen erfahren haben. Damit würde auch die subjektive Komponente der seelischen Widerspiegelung des zwanghaft Erduldeten ihren gebührenden Ausdruck finden: die existentielle Not, in die das betroffene Ich durch die Störung der Sprache, dieses für das Menschsein spezifischen Mittels der sozialen Kommunikation und des geistig-seelischen Lebens, gestürzt wird.

Die zentrale Bedeutung der Sprache für den Menschen rechtfertigt also in solchen Fällen die Bezeichnung „Sprachleiden“. Fraglich bleibt allerdings, wieweit dieser Begriff in streng medizinischem Sinne abgrenzbar ist. Zunächst ist festzustellen, ob *alle* länger bestehenden Sprachdefekte darunter fallen. Wird dies verneint, sind die Grenzen zu bestimmen. Endlich ist zu klären, ob auch dort, wo sowohl objektiv als auch subjektiv der Charakter des Leidens unbestreitbar gegeben ist, der krankhafte Zustand eindeutig als *Sprachleiden* umrissen werden kann. Hier sind sachliche Zweifel durchaus begründet; denn es kann nicht in gleicher Weise wie bei anderen Organleiden von einer Erkrankung des „Sprachorgans“ die Rede sein, da ein solches als naturgegebenes und einheitliches Gebilde nicht besteht. Vielmehr handelt es sich hier um eine Mannigfaltigkeit von Zentren und sensorischen und motorischen Bahnen und Organen, die nicht von vornherein für Zwecke der Sprache angelegt sind und daher auch dieser nicht allein dienen, sondern erst durch die Aneignung der Sprache und die Ausübung des Sprechens selbst koordiniert worden sind.

Das eigentliche Leiden, das *Grundleiden*, ist daher in diesem Falle ursprünglich gar nicht an die Sprache gebunden, sondern erstreckt sich nur auf gewisse organische und funktionelle *Voraussetzungen* des Sprechens. Dies kann z. B. eine Schädigung oder Schwäche der gesamten Konstitution

sein, die in Gestalt einer Neuropathie ein Stottern bedingt, oder eine aus einer zentralen Entwicklungshemmung erwachsene Debität, die dann u. a. in der Laut- und Satzbildung als Stammeln und Agrammatismus in Erscheinung tritt. *Die Sprachstörung ist also in der Regel kein selbständiges, spezifisches Leiden, sondern beruht auf einer tiefergreifenden allgemeinen oder partiellen Störung.* Sie erscheint lediglich nach außen als das auffallendste und bedeutsamste Symptom des Grundleidens.

Von hier aus ergibt sich auch die Möglichkeit einer Abgrenzung des Begriffes: Die Grenze ist dort zu suchen, wo keine ursächliche Beziehung der Sprechweise zu einem fundierenden Leiden vorhanden ist, sondern das Sprechen als in sich selbst fehlerhaft erscheint, bedingt lediglich durch falsche Gewöhnung, mangelnde Konzentration und Anpassung. Das Sprechen wird hier beurteilt nach den Kriterien *richtig|falsch* im Hinblick auf eine allgemeingültige *Sprachnorm*. Es geht also um eine Beziehung zwischen *Sprechen* und *Sprache* (15), um „Fehlrealisierungen“, die phonologisch als *phonetische Varianten*, und zwar als *individuelle fakultative Varianten*, klassifiziert werden: „das sind solche, die nicht allgemeine Verbreitung gefunden haben, sondern auf einzelne Individuen beschränkt sind, z. B. interdentale s-Bildung als Sprechfehler.“ (16)

Von der krankhaften Sprachstörung ist also der *Sprechfehler* zu unterscheiden. WELLER definiert diesen folgendermaßen: „*Sprechfehler sind alle auf einem funktionell unzweckmäßigen, nicht krankhaften Gebrauch des Sprechorgans beruhenden Abweichungen vom sprecherischen Richtigeitsideal.*“ (17) Eine ähnliche Auffassung wird offensichtlich von WEINERT vertreten. Es geht ihm um das Versagen gegenüber der Technik des Sprechens, um „Falschsprecher im engsten Sinne“, wozu z. B. Stotterer, Polterer und Agrammatiker nicht gehören. (18) Er behandelt demgemäß die verschiedensten Lautbildungsfehler und bezieht auch das organisch bedingte Näseln ein („Gaumenspalter“). (19)

An dieser Stelle wird eine Problematik sichtbar: Lassen sich die „Sprechfehler“ im Sinne der Definition von WELLER auf *funktionelle* Laut- und Stimmbildungsschwierigkeiten einschränken? Ist nicht auch hier vielfach eine Beziehung zu Krankheiten und organischen Schäden und Mißbildungen vorhanden? Dies gilt u. a. entgegen der Auffassung von WELLER für das Stammeln, das ARNOLD als „eine verbreitete Kinderkrankheit“ bezeichnet (20), abgesehen von den Fällen, wo es eine Störung der Sprache bei Hirnkrankheiten darstellt. (21) Bis zu einem gewissen Grade trifft dies auch für die Sigmatismen zu, soweit sie durch Störungen der Sprachentwicklung, erbliche Einflüsse, Hemmungsmißbildungen und Mängel der feinmotorischen Geschicklichkeit, der akustischen Aufmerksamkeit und des Gehörs bedingt sind oder durch Zahnstellungsanomalien begünstigt werden. Noch schwieriger wird die Abgrenzung der Sprechfelder von den krank-

haften Sprachstörungen, wenn die pathologischen Ursachen und Auswirkungen im *psychischen* Bereich in die Betrachtung einbezogen werden. Andererseits wehrt sich das natürliche Empfinden dagegen, jede von der Norm abweichende Stimmgebung und Lautbildung mit krankhaften Geschehnissen und Zuständen in Verbindung zu bringen. Dies hat seinen Grund darin, daß in vielen Fällen keine krankhaften Ursachen erkennbar sind, vor allem aber darin, daß im allgemeinen Bewußtsein die Realisierung der sprachlichen Norm als eine *verpflichtende Aufgabe* erlebt wird, deren Nichterfüllung durch Hinweis auf pathologische Bedingtheiten weder erklärt noch entschuldigt werden kann. Fehlleistungen im sprachlichen Ausdruck gelten eben als Fehler, zunächst objektiv im Hinblick auf den rein technischen Vorgang der Verständigung, sodann aber — und das gibt dem Ganzen erst sein Gewicht — subjektiv als persönlicher Mangel, da die Weise des Sprechens zugleich als Kriterium der bildungsmäßigen Werthöhe der Person aufgefaßt wird.

Was sollen diese Betrachtungen aus der Sicht des „natürlichen Empfindens“ und des „allgemeinen Bewußtseins“? Sie sollen helfen, das uns beschäftigende Problem der Beziehung zwischen Sprache und Krankheit und dasjenige der sachgemäßen Terminologie aus der einseitig *medizinischen* Auffassung zu lösen und den Blick freizumachen für den speziell *logopädischen* Aspekt dieser Frage: Welchen Wert besitzt eigentlich die Bezugnahme auf pathologische Faktoren für die *praktischen* Bemühungen des Sprachheilpädagogen und des Sprecherziehers um die Verbesserung und Normalisierung der Sprache bzw. des Sprechens? Vor allem: Ist es überhaupt zweckmäßig, in diesem Zusammenhang von „Sprachkrankheit“ und von „Sprachkranken“ zu reden?

V. Bedeutung des Begriffs der Sprachkrankheit für die Sprachheilarbeit

Hier drängt sich die Frage auf: Wie ist es nur möglich, daß ausgerechnet die Sprachheilpädagogen eine solche Vorliebe für die Bezeichnungen „Sprachkrankheit“ und „sprachkrank“ zeigen, während die für eine solche Terminologie doch viel eher zuständigen *Ärzte* diese Ausdrücke in der Regel bewußt vermeiden oder nur ganz am Rande verwenden? Dies erscheint umso merkwürdiger, als dadurch doch die Pädagogen ihre Zuständigkeit selber in Frage stellen. Karl HANSEN macht bereits 1929 auf die bedenklichen Folgen eines solchen Sprachgebrauchs aufmerksam: „Wenn nämlich Sprachstörung ein und dasselbe wie Sprachkrankheit ist, dann gliedert sich leicht die Schlußkette an: Krankheiten zu heilen, das ist Aufgabe des Arztes, also hat der Lehrer kein Recht zur Behandlung von Sprachstörungen.“ (22)

Auf Grund der Wortgeschichte und der neueren Bemühungen um die Begriffsbestimmung von „Krankheit“ gelangt er zu der Feststellung, daß „die eindeutige Bewertung irgendwelcher Vorgänge und Erscheinungen als

Krankheit nicht immer möglich“ ist; „besonders schwierig ist sie bei Sprachstörungen.“ (23)

HANSEN enthält sich daher mit Absicht des Ausdrucks „Sprachkrankheit“ und bevorzugt — ähnlich wie die Ärzte — die Bezeichnung „Sprachstörung“, weil sie zunächst nichts weiter besagt, „als daß an der Sprache eines Menschen etwas nicht stimmt, daß die nötige Ordnung in ihr mehr oder minder aufgelöst ist“, ohne eine „nähere Wesensdeutung und Bewertung dieser Erscheinungen“ zu geben. (24) Entscheidend für die *erziehungswissenschaftliche* Zuständigkeit des Sprachheilpädagogen ist nicht die Tatsache einer hier vorliegenden Krankheit, sondern diejenige einer mit der Sprachstörung verbundenen gehemmten oder mißleitenden Ausformung der leiblich-seelischen Gesamtverfassung, die der Erzieher als „Mißbildung“, „Verbildung“, „Unbildung“ oder auch als „Verwahrlosung“ bezeichnet. (25) Es geht um „*Akte und Formen des Helfens*“, die zugleich Bildungsmaßnahmen sind. (26) In diesem Zusammenhang fügt sich auch ROTHEs Ausdruck „Umerziehung“ gut ein. (27)

Daß die Verknüpfung des Begriffs der Krankheit mit Sprachmängeln u. U. sogar eine erfolgreiche Therapie unmöglich macht oder doch zumindest stark behindert, wird von WELLER betont. Er weist dies insbesondere am Beispiel der Stimmstörungen nach. Hier wird ärztlicherseits vielfach versucht, Krankheiten heilen zu wollen, wo gar keine vorliegen, sondern lediglich ein fehlerhafter Stimmgebrauch, also ein „Sprechfehler“, die Ursache des Übels ist. Auch in psychologischer Hinsicht wirkt sich das Denken in Krankheitsbegriffen schädigend aus: „Die Fixierung auf die wirklich oder vermeintlich vorhandenen sprecherischen Krankheitserscheinungen und das Vorbeisehen an den lediglich funktionellen Fehlerhaftigkeiten und Mißbräuchen findet eine nie versagende Stütze in dem psychologisch eigenartigen Hang fast aller Angehörigen von Sprechberufen, sich bei funktionellen Sprechbeschwerden möglichst schwere organische Erkrankungen anzudichten . . ., vielleicht weil er sich dann von eigener sprecherischer Mühe und Verantwortung entlastet fühlt. Auch eine ‚Flucht in die Krankheit!‘“ (28)

Dem vorliegenden Heft liegt eine „Übersicht zum Problem des Stotterns“ von Prof. Dr. H. Jussen, Köln, bei.

Es handelt sich hierbei um einen Nachtrag zu dem Artikel „Das Problem des Stotterns in der amerikanischen Fachliteratur“ in Heft 2/64 der „Sprachheilarbeit“.

Aus dieser Sicht muß es auch höchst bedenklich stimmen, wenn sprachbehinderten Kindern gegenüber die Bezeichnung „sprachkrank“ gebraucht wird, wie dies z. B. offiziell in Hamburg geschieht. Es kann sich niemals günstig auf die Entfaltung der eigenen Aktivität im Dienste der Überwindung von Sprachmängeln auswirken, wenn das Kind eine „Schule für Sprachkranke“ besucht. Bestenfalls bleibt es davon unberührt, weil es sich darunter nichts vorstellen kann und sich instinktiv dagegen wehrt, als „krank“ zu gelten.

Ähnlich geht es den Eltern dieser Kinder. Sie wissen wohl, daß ihr Kind einen „Sprachfehler“ hat, aber sie halten es in der Regel nicht für „sprachkrank“. Die amtliche Betonung und Bestätigung eines solchen Tatbestandes ist für sie erfahrungsgemäß oftmals ein ernster Grund, ihr Kind keiner solchen Institution anzuvertrauen, weil sie ihr Kind, das ihrer Meinung nach nicht krank ist, nicht unter kranken Kindern wissen wollen. Übernehmen sie aber diese Abstempelung ihres Kindes, lähmt dies u. U. ihre eigene Mithilfe, da sie angesichts der suggerierten pathologischen Bedingtheit der sprachlichen Fehlleistungen ihres Kindes resignieren.

Für das allgemeine Ansehen der „Schule für Sprachkranke“ und für das Vertrauen ihr gegenüber wirkt sich eine solche Bezeichnung gleichfalls ungünstig aus. Was soll eigentlich die Öffentlichkeit darunter verstehen, zumal der Ausdruck „sprachkrank“ kein Bestandteil des allgemeinen Sprachgebrauchs ist? Kann nicht ferner das Fehlen jeder Zielangabe als Resignation gegenüber dem Phänomen Krankheit gedeutet werden? Gewiß haben damals bei der Einführung dieser Benennung triftige taktische Erwägungen eine bestimmende Rolle gespielt, diese sind aber für die Gegenwart nicht mehr maßgebend.

(Schluß in Heft 4/1964)

Wichtiger Hinweis!

Die neue Anschrift unseres Hauptschriftleiters lautet:

Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Landkreis Marburg/Lahn, Berliner Str. 11

Umschau und Diskussion

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

(Schluß aus Heft 2/1964)

Arndt, Kiel, referierte „Zur Kenntnis hormonell bedingter Stimmstörungen bei Frauen“. Er teilte seine Beobachtungen stimmlicher Veränderungen bei Frauen mit, die mit virilen Hormonen behandelt worden waren. Nach längerer Verabreichung kleiner Hormongaben wie nach kurzer, aber höher dosierter Gabe treten Veränderungen der weiblichen Stimme in Richtung der männlichen Stimme auf. Es wurden verschiedene starke Kehlkopfveränderungen sowie starke Veränderungen des Schwingungsmodus der Stimmlippen beobachtet. Die Stimmveränderungen — die zugleich Stimmstörungen sind, da sich kein gesunder männlicher Stimmklang entwickelt — treten Wochen bis Monate nach der Hormonbehandlung auf. Bei vorübergehender Hormonbehandlung sollte versucht werden, die höhere Stimmlage zu behalten. Die völlige Wiedergewinnung der Ausgangsstimmelage nach Beendigung der Hormonbehandlung ist jedoch nicht zu erhoffen.

In der Diskussion warnte **Teising** besonders vor den anabolen Präparaten und forderte, der Arzneimittelkommission umgehend Mitteilung von der beobachteten Nebenwirkung der genannten Präparate zu machen. **Schloßhauer, Bremen**, forderte, daß vor allem die Gynäkologen auf die Nebenwirkungen ihrer Hormontherapie hingewiesen werden müßten. Er stellte die Frage, ob es möglich sei, die Hormontherapie wieder umzukehren, d. h. nun weibliche Hormone gegen die männlichen zu verabreichen. Dazu äußerte **Arndt, Kiel**, daß es noch nicht geklärt sei, ob sich die Nebenwirkungen der Hormonbehandlung rückgängig machen ließen.

Beckmann, Marburg, setzte sich in seinem Referat „Zur Dringlichkeit und Methodik der Schulaudiometrie“ nachdrücklich für die Einführung einer Schulaudiometrie ein. Er führte aus, daß Hörstörungen häufiger seien, als man gemeinhin annehme. In vielen Ländern sei daher eine Schulaudiometrie bereits durchgeführt worden — mit unterschiedlichen Methoden und unterschiedlichen Ergebnissen. Beckmann selbst hält für diesen Zweck lediglich die Tonaudiometrie für geeignet, und zwar als Einzel-, nicht als Gruppenaudiometrie. Er schlägt vor, fünf Frequenzen zwischen 500 und 6000 Hz auszuwählen und mit einer Lautstärke von 20 db anzubieten. Zur Ausschaltung des Lärmpegels sollen zwei Kopfhörer verwendet werden. Zur Rationalisierung des Verfahrens und Sicherung der Ergebnisse schlägt er drei Prüfschritte vor: 1. Grobdurchsicht unter Verwendung nur einer Lautstärke (20 db), 2. Nachprüfung derjenigen, die negative Angaben gemacht hatten (um Fehlangaben, die auf Mißverständnis oder Unaufmerksamkeit beruhen, auszusondern) und 3. genaue Untersuchung der Kinder mit Hörstörungen durch den Ohrenarzt. Diese audiometrischen Untersuchungen sollten möglichst vor Beginn der Schulzeit vorgenommen werden, sie können jedoch nicht den Schulärzten zuseemtet werden. In den USA werden sie von Fürsorgerinnen, Krankenschwestern und ähnlich ausgebildeten Personen vorgenommen.

In Marburg sind solche Untersuchungen bereits von Beckmann und seinen Mitarbeitern durchgeführt worden. Sie ergaben 4,4 % hörgeschädigte Schüler im Stadtgebiet, 8,6 % in den Schulen des Landkreises, 16 % in den Hilfsschulen. Das ergibt einen Durchschnitt von 6 % hörgeschädigten Schülern in Volks- und Hilfsschulen. 0,28 % haben schwere Hörstörungen. Die Eltern haben die Schwerhörigkeit ihrer Kinder oft nicht erkannt oder fehlgedeutet.

Abschließend wies Beckmann noch einmal darauf hin, daß diese Untersuchungen besonders deshalb gefordert werden müßten, weil dadurch Fehlentwicklungen und -beurteilungen der betroffenen Kinder vermieden und sie einer rechtzeitigen Behandlung zugeführt werden können. Zur Betreuung der hörgeschädigten Kinder sei allerdings die Einrichtung weiterer Schwerhörigenschulen nötig.

Das Referat von **v. Bracken, Marburg**, (wegen Erkrankung verhindert) „Untersuchungen über die psychische Auswirkung von Hörstörungen“, brachte Beckmann in einer knappen Zusammenfassung: Hörstörungen treten häufiger auf als man gemeinhin annimmt, ihre Auswirkungen sind vielfältig — sie müssen mehr beachtet werden als bisher.

Wulff, Hamburg, berichtete über „Das Hörgerät im Dienste der Sprach- und Stimmbehandlung Normalhörender“. Er wies auf die Bedeutung hin, die der Hörschulung

im Rahmen der Behandlung Sprachkranker zukommt. Dafür ist die Verwendung eines Hörgerätes, das an eine Kopfgarnitur — wie sie bei Vielhöranlagen und Hörtrainern verwendet werden — angeschlossen ist, sehr nützlich. Durch die beiden Kopfhörer werden Nebengeräusche ausgeschaltet. Der Patient hört sich objektiv; jedoch nicht in zeitlichem Abstand von seiner sprachlichen Äußerung, sondern synchron. In gleicher akustischer Qualität hört er die Sprache seines Vorbildes und seine eigene sprachliche Leistung. Er schult sein Gehör, lernt unterscheiden und ist schließlich in der Lage, seine eigene Sprache zu kontrollieren und zu korrigieren. Er kann dann mit Hilfe dieses Gerätes die sprachliche Trainingsarbeit weitgehend selbständig durchführen, so daß der Therapeut während der Übungszeit bereits den nächsten Patienten behandeln kann und nur am Ende der Sitzung eine abschließende Kontrolle durchzuführen braucht.

Wulff demonstrierte dann mittels Tonband eine Patientin (Gaumenspalte). In seinem Schlußwort wies er darauf hin, daß der Sprachkranke jedoch nicht nur mit dem Hörgerät zu behandeln sei, sondern auch psychisch betreut werden müsse und einer Atemschulung sowie spannungsregulierender Übungen bedürfe.

Leites, Hamburg, stellte zwei „Hör-Sprechkombination(en) als Hilfe in der Behandlung Sprach- und Stimmkranker“ vor. In seiner logopädischen Praxis waren ihm Zweifel daran gekommen, daß alle Sprachkranken vollhörig seien. Dazu kam die Beobachtung einer Stotternden, die im Stotteranfall offenbar fast nichts hörte. Sobald sie einen Ton auf ein Ohr bekam, löste sich der Anfall. Dadurch angeregt, unternahm er seine ersten Versuche mit akustischen Hilfsmitteln, die zur Entwicklung seiner „materiellen“ Therapie des Stotterns führten, über die er auf dem 12. Internationalen Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie in Padua 1962 berichtete.

Auch bei Stammeln, Stimmkranken und Spaltenträgern setzt er elektro-akustische Hilfen ein. Er fordert, alle Sprachgestörten zu audiometrieren, um Defekte zu erkennen und in geeigneter Weise mit elektro-akustischen Hilfen zu therapieren. Dadurch wird während der Behandlung ein müheloses korrektes Hören erreicht, das der Anbahnung der korrekten Sprache zugute kommt.

Leites stellte die von ihm zusammengestellte sogenannte „Ambulanz-Garnitur“ vor: ein Hörgerät, das als Mikrofon und Verstärker einschließlich Lautstärkeregelung dient, gekoppelt mit einer Kopfgarnitur, deren einzelne Ohrlautsprecher noch eine Lautstärkeregelung ermöglichen. Mit diesem Gerät, das die Funktion eines Einzeltrainers erfüllt, jedoch den Vorteil hat, daß es leicht zu transportieren ist, wird eine Überschallung erreicht, die den Patienten zu aufmerksamem Hören zwingt. Das synchrone Hören der eigenen — objektivierten — Sprache erleichtert und verkürzt die Therapie des Sprachleidens.

Leites empfiehlt, die Lautstärkereglern an den Ohrlautsprechern eichen zu lassen. Damit ist eine Grobkontrolle der Schalleitungsdifferenz beider Ohren möglich. Bei Ausschaltung jeweils eines Lautsprechers kann eine Grobaudiometrie vorgenommen werden.

Für die Behandlung von Stimmkranken ist der Stimmkraft sparende Nachhall-effekt („Badezimmereffekt“), der bei der Verwendung des Gerätes auftritt, nützlich. Er verhilft zu müheloser, volltoniger Phonation. Der Korrektur der Kinästhetik im Phonations- und Artikulationsapparat kann eine individuelle optimale Aussteuerung des Gerätes dienen, da sie den Patienten zu leiser Stimme und weichem Einsatz zwingt.

Das zweite von Leites empfohlene Gerät ist der Gruppentrainer: ein größerer Verstärker, an den mehrere Kopfgarnituren mit Mundmikrofon angeschlossen sowie andere Geräte (Tonband, Radio, einzelnes Mikrofon) zugeschaltet werden können. Das der Kopfgarnitur angeschlossene Mundmikrofon sorgt für stets gleiche Aufnahmebedingungen. Der Therapeut benutzt nur ein Mikrofon. Diese Anlage ermöglicht auch das Gespräch in der Therapie und das vergleichende Hören mehrerer Sprecher. Leites fand, daß durch den Einsatz elektro-akustischer Hilfen die Behandlungserfolge bei Sprachkranken gesteigert werden konnten.

Das Referat von Martens, Hamburg, über „Lautrelationen als visuelle Hilfen beim Abbau von Lautdifferenzierungsschwächen“ fiel aus. Der Referent war nicht anwesend.

Schilling, Marburg, referierte über die „Medikamentöse Unterstützung der Stottertherapie“. Er betonte, daß eine medikamentöse Behandlung Stotternder nur im Zusammenhang mit anderen therapeutischen Bemühungen sinnvoll sei. In jedem Falle sei Vorsicht geboten, da bei den hierbei verwendeten Medikamenten immer eine Suchtgefahr bestehe. Am Anfang solcher Therapie müsse die gründliche internistische Untersuchung stehen. Da die Symptome der Vagotonie und der Sympatricotonie meist nicht getrennt, sondern gemeinsam auftreten, ist eine Behandlung mit Mischpräparaten angezeigt. Am häufigsten wird in der Marburger Klinik das BELLEGGAL angewandt, das als Sedativum wirkt und einen Soforteffekt erzielt. 52 % der damit behandelten Stotterer konnten (mit allen Vorbehalten) „geheilt“ werden, 25 % blieben jedoch auch bei dieser Therapie völlig unbeeinflusst.

Als Direktive für die Gabe der Medikamente wurde außer dem internistischen Untersuchungsbefund der EEG-Befund gewertet. Es gibt Fälle, bei denen die Ver-

abreichung von Psychopharmaca angezeigt erscheint. Hierbei ist die Gefahr des Mißbrauches jedoch besonders groß. Neuroleptica wie MEGAPHEN u. a. sollten nur stationär angewendet werden; Tranquillizer eignen sich auch für die ambulante Therapie (z. B. LIBRIUM). Schilling bezeichnete sie als „milde Entängstiger“.

Habermann, Frankfurt-Höchst, berichtete „Über die Behandlung des Stotterns mit Methylpentionol (Subcorticalum). Untersuchungen an sprachgestörten Schulkindern“. Dieses Medikament errichtet in der Subcortex gleichsam einen Schutzwall gegen Erregungen und Hemmungen oder gegen Impulse nach Hemmungen. Eine Erkrankung des Striatums hat eine Enthemmung des Palidums zur Folge, diese führt zum Symptombild der Hyperkinese. Das Subcorticalum hemmt die Impulse, die die Folge der Enthemmung des Palidums sind, und bewirkt so eine Reduzierung der hyperkinetischen Symptome. Die Dosierung des Medikamentes muß bei jedem Patienten einzeln erprobt werden. Im allgemeinen werden die Patienten bei dieser Therapie freier und ruhiger. Etwa 60 % wurden gebessert.

Frau Boers, Berlin, referierte „Zur logopädischen Ausbildung“. Zu Beginn ihres Referates gab sie ihre Definition der Berufsbezeichnung „Logopäde“: dies sei ein Sprachheilpädagoge (!!!). — An der Poliklinik in Berlin wurde eine „Staatliche Lehranstalt für Logopäden“ gegründet. Die Ausbildungszeit an dieser Schule dauert zwei Jahre. Zugelassen werden Bewerber, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die mittlere Reife oder eine gleichwertige Vorbildung nachweisen können. Außerdem sollen sie zwei Jahre in einem sozialpädagogischen Beruf tätig gewesen sein. Vor Beginn der Ausbildung müssen sie ein 3monatiges Praktikum, möglichst in einem Kinderkrankenhaus, abgeleistet haben. Die Kosten der Ausbildung betragen monatlich DM 70,—. Der Ausbildungsgang erstreckt sich über vier Semester. Am Ende des zweiten Semesters findet eine Vorprüfung statt.

Die Vorlesungen laufen gleichzeitig mit dem Universitätssemester. Während der Universitätsferien findet die praktische Ausbildung in der Klinik statt. Frau Boers verlas den gesamten Katalog der Vorlesungsgegenstände: Anatomie, Physiologie, Psychologie, Pädagogik, Pathologie, Stimm- und Sprachheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Pädiatrie, Orthopädie, Rhino-Oto-Laryngologie, Audiologie und Akustik, Kieferchirurgie und -orthopädie, Kinderpsychiatrie, Praxis der Logopädie, Sprecherschulung, Berufskunde. Während der praktischen Ausbildung sind Behandlungsproben abzulegen, für die schriftliche Ausarbeitungen angefertigt werden müssen.

Im mündlichen Teil der Vorprüfung wird in neun der o. a. Fächer geprüft; im praktischen Teil müssen Kenntnisse in der Anlage von Behandlungsblättern und Karteien, in der physikalischen Therapie und anderen Therapieformen zur Unterstützung der logopädischen Behandlung nachgewiesen werden.

Die Abschlußprüfung wird vor einem staatlichen Prüfungsausschuß abgelegt. Ihr theoretischer Teil umfaßt zehn Prüfungsgebiete. Im praktischen Teil müssen in zwei Klausuren die Behandlungsblätter für zwei Sprachkranke angelegt, der logopädische Befund erhoben, der Behandlungsplan aufgestellt und der erstrebte Behandlungserfolg geschildert und begründet werden. Sodann hat der Prüfling die Patienten je 20 Minuten logopädisch zu behandeln. Weiterhin bekommt er 3—5 in der Behandlung bereits fortgeschrittene Patienten zu einer Gruppentherapie zugewiesen.

Nach bestandener Prüfung erteilt der Senator für Gesundheitswesen auf Antrag die Anerkennung als „staatlich geprüfter“ Logopäde. Diese Logopäden können an Universitätskliniken und entsprechenden Abteilungen anderer Krankenhäuser eingestellt werden sowie als Mitarbeiter bei den Fürsorgestellen der Gesundheitsämter für Sprachbehinderte wirken. Sie sind ärztliches Hilfspersonal, das nach der Diagnosestellung durch den Arzt die logopädische Behandlung der Sprach- oder Stimmkranken übernimmt, in deren Verlauf die Patienten in regelmäßigen Abständen dem Arzt vorzuführen sind. Die Vergütung erfolgt zunächst nach TOA 6 b, mit Aufstiegsmöglichkeiten nach TOA 5 b und 4 b (für Lehrpersonen). Es laufen bereits Verhandlungen um eine Höhereinstufung dieser Logopäden.

Aus Zeitmangel folgte diesem Referat, das das Auditorium mit mehr Beifall als Skepsis bedachte, keine Diskussion. Berichterstatte hat — aus standespolitischen Gründen — zur Ergänzung das „Amtsblatt von Berlin“, 13. Jg., Nr. 10, eingesehen. Weitere Einzelheiten über den neugeschaffenen Beruf sind aus diesem sowie aus dem „Merkblatt über den Beruf des Logopäden“, das von der „Staatlich genehmigten Lehranstalt für Logopäden an der Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke der Freien Universität Berlin“, Berlin 33, Im Dol 2—4, herausgegeben worden ist, zu ersehen.

Abschließend sei bemerkt, daß sich die vollausgebildeten Taubstumm-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer seit der Errichtung dieser „Lehranstalt für Logopäden“ wohl nicht mehr als „Logopäden“ bezeichnen können. Sie können nicht als ärztliche Erfüllungsgehilfen gelten. — Es scheint, daß den meisten Pädiatern und Otologen die Qualifikation dieser Fachpädagogen nicht genügend bekannt ist. Für die nötige Aufklärung der Ärzteschaft und auch der breiteren Öffentlichkeit in dieser Hinsicht zu sorgen, scheint nunmehr zu einer dringenden Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik geworden zu sein.

Erika Leites

Aus der Organisation

Bericht über den 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie.

Vom 29. August bis 4. September 1962 fand in Padua der 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP) statt. Diese Gesellschaft ist die Dachorganisation der nationalen Fachverbände im logopädischen Bereich. Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland zählt seit dem letzten Kongreß zu ihren Tochtergesellschaften.

Vertreter aus mehr als 40 Nationen nahmen an der Veranstaltung teil (jedoch kein einziger aus der deutschen Ostzone oder aus Ost-Berlin). Die Teilnehmerliste umfaßt etwa 500 Namen.

Die historischen Gebäude der alten Universitätsstadt Padua gaben den gesellschaftlichen Veranstaltungen des Kongresses einen würdigen, stivollen und — gemessen an der nüchternen Modernität unseres Alltagslebens — großartigen Rahmen. Die wissenschaftlichen Sitzungen fanden in zwei Hörsälen der neuen Universitätsklinik statt, von denen der eine mit einer Simultanübersetzungsanlage ausgestattet war. Einzelne Kongreßsprachen waren Italienisch, Französisch, Englisch, Deutsch. Die äußere Organisation des Kongresses war anerkennenswert.

Der 12. Kongreß stand unter den Themen: Stimm- und Gehördiagnostik — Dysphonie. Dementsprechend wurden die ersten drei Verhandlungstage durch folgende Hauptvorträge eingeleitet: 1. Moderne Forschungen in der experimentellen Phoniatrie (Van den Berg, Groningen) 2. Die funktionelle Dysphonie (Pereiro, Barcelona) 3. Diagnostische Verfahren bei Hörstörungen der Kinder (Di Carlo, Kendall, Goldstein, USA). Das gesamte Programm der fünf Arbeitstage umfaßte weitere 155 Vorträge und 16 Filme.

Rückschauend auf die Gesamtheit der Mitteilungen läßt sich aus den jüngsten wissenschaftlichen Arbeiten auf unserem Fachgebiet etwa folgende allgemeine Linie herauslesen: die Beschreibung der äußeren Erscheinungsbilder ist weitgehend abgeschlossen. Die Fortentwicklung der Technik, speziell der Elektronik, hat Untersuchungs- und Auswertungsmethoden möglich gemacht, die eine tiefer gehende Kenntnis der Phänomene vermitteln. So konnten Zusammenhänge erklärt werden, die bisher als Gegebenheiten hingenommen werden mußten (z. B. das Recruitment-Phänomen). Ein hoher Prozentsatz dieser Untersuchungen führte zur Feststellung oder zumindest zur zwingenden Annahme von hirnrorganischen oder nervösen Anomalitäten als verursachenden Faktoren. Auch die chemischen Vorgänge konnten exakteren Prüfungen unterzogen werden. Vieiach ergaben sich Zusammenhänge und wechselseitige Abhängigkeiten zwischen chemischen und neuronalen Prozessen. Die neuen Erkenntnisse führen zu Therapiemethoden, die sich ebenfalls die Entwicklung der Technik und der pharmazeutischen Industrie zunutze machen. Dem Kongreßthema entsprechend beschaffte sich eine große Anzahl der Mitteilungen mit Gehörsschäden, audiometrischen Verfahren und Hörtraining speziell bei Kindern. Statistische Angaben über Klassifizierung, Erfassung und Versorgung der Hörgeschädigten nannten (leider) einen verhältnismäßig breiten Raum ein. Die verschiedenen dort dargestellten Methoden der Kinderaudiometrie sind uns im wesentlichen bekannt. Die mehrfach geäußerte Feststellung, daß die Sinustonaudiometrie herkömmlicher Art (im Oktavenschritt) auch bei Erwachsenen völlig unzureichend sei, entspricht unseren Beobachtungen. Die audiometrischen Meßapparate müssen ein durchgehendes Frequenzband haben, das gleitend (nicht nur stufig) abgetastet werden kann. Daneben müssen die Geräusch- und die Sprachaudiometrie angewandt werden. Es geht nicht um die Feststellung des theoretischen, sondern des sozialen Hörvermögens des Schwerhörigen. Spezielle Untersuchungen beschäftigten sich mit der Audiometrie und dem Hörtraining bei spastisch Gelähmten.

Einige Mitteilungen hatten die Zusammenhänge zwischen dem Hören einerseits und dem Sprechen, der Sprachentwicklung, dem Lesen und dem Schreiben andererseits zum Gegenstand. Untersuchungen ergaben, daß bereits Hörminderungen von 15–20 db — die also kaum als Schwerhörigkeit festgestellt werden —, wenn sie bereits zu Beginn des Spracherwerbs bestehen, diesen empfindlich stören und zu Sprachstörungen führen können. Davon ist nicht nur die Artikulation, sondern auch der Aufbau der Sprache in logischer und grammatikalischer Hinsicht betroffen. Die regelmäßigen Entstellungen der gesprochenen Sprache bei ihrem Erfassen führen zu einer Fehlentwicklung der aktiven Sprache, die ganz typische Formen aufweist. Eine Konsequenz dieses Erkenntnis ist die exakte Hörprüfung bei allen normalintelligenten Sammlern, Agrammatikern, Dyslektikern u. ä.

Eine andere große Gruppe von Vorträgen beschäftigte sich mit dem Kehlkopf: seinem Bau, seinen normalen Funktionen und speziellen funktionellen Anomalien

(Dysphonien). Es wurde von Untersuchungen berichtet, die eine noch genauere Kenntnis von dem Bau des Larynx und speziell der Glottis vermitteln. Der nervösen Versorgung der Stimmlippen wurde ebenfalls mit guten Ergebnissen nachgeforscht. Trotzdem ist der Vorgang der Stimmgebung im Letzten nicht zu erklären. Bei der Abhandlung des Themas „Dysphonie“ zeigte sich am deutlichsten ein Tatbestand, der auch in der Fachliteratur den Wert mancher Mitteilung einschränkte: das Fehlen einer international gültigen Nomenklatur. Die Termini „Dysphonia spastica“ und „Dysphonia functionalis“ wurden vielfach synonym verwendet. (Zur Beseitigung dieses Mißstandes wurde von der IGLP ein Ausschuß gebildet, der mit der Schaffung einer international gültigen Nomenklatur in unserem Fachgebiet beauftragt ist.)

In den Mitteilungen über die verschiedenen Arten der Dysphonie wurde besonders die Abhängigkeit dieses Leidens von der Persönlichkeit des Kranken oder seiner aktuellen psychischen Situation herausgestellt. Soweit sie nicht zum Symptomenkreis eines hirnrorganischen Krankheitsbildes gehören, stellen sie eine Reaktion der sehr empfindlichen Larynxfunktionen auf psychogene Spannungslagen dar. Die gleichen Fehlspannungen sind meist im gesamten Atmungstraktus, vielfach sogar in der Gesamtmotorik vorhanden. Zur Behandlung der Dysphonie genügen weder eine isolierte Stimm- noch eine isolierte Atmungstherapie, sondern es müssen psychische Behandlung, Regulierung des Spannungsgefüges, Atmungstherapie und Entwicklung der Stimme sinnvoll aufeinander aufgebaut und miteinander verbunden werden.

Eine dritte große Gruppe der Beiträge beschäftigte sich — obgleich dieser Problemkreis im Kongreßthema nicht enthalten war — mit dem Stottern. Es wurden die Ergebnisse von Untersuchungen mitgeteilt, die die somatischen, die psychischen, die psycho-somatischen und die sozialen Symptome des Stotterns zum Gegenstand hatten. Trotz der Exaktheit der wissenschaftlichen Arbeit ließen diese Mitteilungen vielfach unbefriedigt, weil sie nicht über die Beschreibung der Symptome hinaus den Weg zu einer angemessenen Therapie eröffneten. Andere Autoren zogen die Konsequenzen aus den bisherigen Forschungsergebnissen und erprobten Therapiemethoden, die sich diese zunutze machten.

Je nach der wissenschaftlichen Schule, der die Referenten angehörten, sahen sie das Leiden aus der psychologischen, der neurologischen oder der somatologischen Sicht. Die psychologischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse stellten lediglich Variationen der uns gut bekannten Forschungen der letzten Jahre auf diesem Gebiet dar — die auf ihrer Basis empfohlenen Therapiewege Nuancen dessen, was vielfach längst praktiziert wird. Das gleiche gilt für die tiefenpsychologischen Beiträge.

Neue Aspekte brachten die Darstellungen der Autoren, die das Stottern als primär organisches Leiden ansehen. Die jüngsten Forschungen scheinen die Vermutungen der älteren Autoren teilweise und die Arbeitshypothesen einiger Avantgardisten zunehmend zu bestätigen: dem Krankheitsbild des Stotterns müssen Schädigungen oder Anomalien in bestimmten Hirnregionen oder in den Nervenbahnen zugrunde liegen. Es kann sich dabei um Microläsionen handeln, die Unregelmäßigkeiten in der nervösen Versorgung der zum Sprechvorgang benötigten Muskelsysteme hervorrufen. Es können Mißverhältnisse gegenüber der normalen Hemisphärendominanz vorliegen. Es sind Längen- oder Querschnittsdifferenzen innerhalb der Nervenpaare möglich, die zeitliche oder intensitätsmäßige Impulsdifferenzen zur Folge haben. Die Konsequenz ist in jedem Falle eine Störung des Funktionsablaufes in den ausführenden Muskelgruppen. Da sprecherische Fehlleistungen besonders intensiv erlebt werden — handelt es sich doch um das Kontakt- und Ausdrucksmittel der Person —, kommt es in der weiteren Folge zu psychischen Reaktionen, die das Leiden schließlich in einen circulus vitiosus einschließen. Seine psychische Komponente ist also sekundärer Natur, entfaltet sich meist aber in einem solchen Maße, daß sie im gesamten Symptomenkomplex primär erscheint.

Unter diesen Voraussetzungen muß eine Therapie auf die Beeinflussung der zentralen Vorgänge abzielen. Aus der Erkenntnis, daß periphere Eindrücke auf dem Wege über das Zentrum periphere Vorgänge an anderer Stelle stören können — bestimmte akustische Eindrücke beeindrucken z. B. die sprecherischen Leistungen (Lee-Effekt!) —, resultiert, daß auf dem gleichen Wege gestörte Vorgänge zu regulieren sein müßten. So arbeitet **Blanchi** (Rom) mit einer Reizung der Tastnerven und der akustischen Nerven, kombiniert mit Sprechübungen. Er spricht von einer Übungsbehandlung der Nervenzentren, während welcher bedingte Reflexe eingeschliffen werden. **Kofler** (Wien) schlägt eine „zentrale Neuraltherapie“ vor: er behandelt den N. terminalis mit blanken Sonden, die an einen Vibrationsapparat angeschlossen sind, um so eine Tonusnormalisierung des N. sympaticus zu erzielen. **Leites** (Hamburg) entwickelte eine vorwiegend „materielle“ Therapie mit Hilfe von akustischen Sinnesreizen und quasi-faradischer Reizung des N. phrenicus. Über Kopfhörer auf das Ohr gegebene, individuell ermittelte Sinustöne wirken normalisierend auf die differierenden Recurrenzbahnen, bzw. ausgleichend auf Mißverhältnisse in der Hemisphärendominanz. Die dadurch erreichte Normalisierung der Innervation der Artikulationsmuskulatur wird durch gleichzeitige und anschließende Sprechübungen fixiert. Bei Fehlartung wird durch elektrische Reizung des N. phrenicus die physiologische Vollatmung erzielt und bewußt gemacht.

Einige Autoren sehen die Ursachen der Hirn- und Nervenleitungsanomalien in Verschiebungen der chemischen Verhältnisse, die sie mittels bestimmter Präparate zu normalisieren suchen. Sie berichteten über gesteigerte Erfolge der Sprachübungsbehandlung bei gleichzeitiger Verabreichung dieser Medikamente. Andere benutzen Psychopharmaca, um den psycho-physischen Gesamtzustand vor Beginn der Sprachbehandlung ausgleichend zu beeinflussen.

Auch über narkotherapeutische und hypnotische Behandlungsmethoden des Stotterns wurde berichtet. Die Narkotherapie erleichtert das Herbeiführen einer vollkommenen muskulären Entspannung, die Hypnose deckt am schnellsten und sichersten die Hintergründe des seelischen Leidens auf. Beide Therapieformen — die auch kombiniert angewendet werden — erleichtern die Übungsbehandlung. Verf. war bemüht, in dieser Zusammenschau einen Überblick über die großen Linien in der internationalen Forschungsarbeit auf den Gebieten der Logopädie und Phoniatrie zu geben. Leider ist der Kongreßbericht, der eine ausführlichere Darstellung ermöglicht hätte, noch nicht erschienen. Wir möchten jedoch empfehlend darauf hinweisen.

Erika Leites

50 Jahre Arbeit an schwerhörigen und sprachkranken Kindern in Hannover — Bericht über die Arbeitstagung der Landesgruppe Niedersachsen am 18. und 19. 3. 1964 in Hannover

Anlässlich des 50jährigen Bestehens der Sonderschule für Schwerhörige und Sprachkranke Hannover führte die Landesgruppe Niedersachsen am 18. und 19. März 1964 in den Räumen der Schule eine Arbeitstagung durch, auf der den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft und interessierten Gästen benachbarter Disziplinen ein Einblick in die Arbeit der Schule geboten wurde. Eine Reihe von Referaten und Demonstrationen, eine Ausstellung von statistischem Material und Kinderarbeiten sowie eine umfangreiche Druckschrift wiesen auf die Vielseitigkeit unseres Fachgebietes hin.

18. 3. 1964:

Herr Stadtschulrat Dr. Harde gab in seiner Begrüßungsansprache einen Überblick über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand des Sonderschulwesens in Hannover. Er betonte, daß schon viel erreicht sei, aber besonders auf den Gebieten des Schulneubaues und der Ausbildung des Lehrernachwuchses für Sonderschulen noch viel zu tun übrigbliebe.

Die Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen, Frau Rektorin Schneider, dankte in ihrer Eröffnungsansprache all denen, die das Zustandekommen der Arbeitstagung durch ihre Mithilfe bewirkt hatten. In ihrem Arbeitsbericht sprach sie von der Notwendigkeit einer noch intensiveren Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit und hob die sehr gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, den Schulärzten, den Kliniken und Instituten hervor.

Der Referent für das Sonderschulwesen im Niedersächsischen Kultusministerium, Herr Regierungsdirektor Kluge, begrüßte es, daß das 50jährige Bestehen der Sonderschule für Schwerhörige und Sprachkranke den Anlaß zu einer Tagung gab, die weite Kreise der Öffentlichkeit mit den besonderen Problemen der schwerhörigen und sprachkranken Kinder bekannt macht.

Die Festansprache hielt Herr Priv.-Doz. Dr. Wängler, Universität Hamburg, zu dem Thema: „Mensch und Sprache“. Seit ihrem Ursprung (Im Anfang war das Wort) und in der Sicht der klassischen und mittelalterlichen Philosophen galt die Sprache als Mittel der Vernunft. Erst in der Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnete sich eine Wandlung in dieser Einstellung gegenüber der Sprache ab. Was sich zunächst bei Joh. Georg Hamann andeutete, wurde durch die Sprachforschungen Wilhelm v. Humboldts wissenschaftlich unterbaut: Die Sprache ist Schlüsselposition unseres Menschseins schlechthin, sie ist Ausdruck eines national-individuellen Lebens. Diesen Bruch mit einer zweitausendjährigen Sprachtradition bezeichnete Dr. Wängler als „wahrhaft kopernikanisch“. Ausgehend von der humboldtschen Grundkonzeption wird verständlich, warum ein schwerhöriges oder sprachkranken Kind, bedingt durch sein Leiden, in der wohl unmenschlichsten Einsamkeit zu leben hat. Keine Gesellschaft aber dürfe es sich leisten, Menschtum brachliegen zu lassen. Darum sei Hilfe für das schwerhörige und sprachkranke Kind unumgängliche Pflicht unserer Zeit und ihrer Gesellschaft. In diesem Zusammenhang stellte der Referent die Frage nach den praktischen Auswirkungen der neuen sprachlichen Forschungsergebnisse. Er forderte eine bessere Angleichung von Theorie und Praxis, eine intensivere Ausbildung der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer und eine organische Einbeziehung technischer Hilfsmittel in den Unterricht.

Die Veranstaltungen des ersten Tagungstages wurden von musikalischen Darbietungen umrahmt. Eine Instrumentalgruppe der Schule spielte das Quartett F-dur von Alessandro Scarlatti, und der Schulchor sang Chorsätze von Gottfried Wolters.

19. 3. 1964:

Der zweite Tag begann mit einem Vortrag von Herrn Rektor Wulff, Hamburg: „Heutiger Stand der pädagogischen Sprach- und Stimmbehandlung.“

Herr Rektor **Wulff** wies vor allem darauf hin, daß eine Sprach- und Stimmbehandlung nicht nur die Artikulationsorgane erfassen darf, wie es oft vor dem Spiegel oder mit Sonden und anderen Hilfsmitteln geschieht. Sprache ist ein Funktionsablauf, bei dem der ganze Körper mitschwingt. Diese Gesamtkoordination muß auch bei Sprachübungen gewahrt bleiben. Dies kann besonders gut bei Kinderreimen und dem Nachahmen von Tierstimmen erfolgen. Eine Schulung des Klanggehörs muß bei vielen Kindern und auch Erwachsenen vor und mit der Sprachtherapie erfolgen.

Seine Ausführungen unterbaute Herr **Wulff** dankenswerterweise durch Demonstrationen mit Kindern der Sprachheilschule Hannover. Im Anschluß gaben Demonstrationen aus Schwerhörigen- und Sprachheilklassen einen Überblick über die Arbeit der Schule.

Das rhythmische Prinzip von Führen und Folgen — eine Unterstützung des Absehtunterrichtes durch die Schulung der allgemeinen Sinneswachheit — zeigte der Rhythmiklehrer der Schule, Herr **Wendtland**, mit der Schwerhörigenklasse 4/5. Im Anschluß stellte er das Ausformen eines Liedes durch Ansprechen der Gesamtmotorik zur differenzierteren Vorstellungsbildung von Melodie- und Textinhalt mit einer Unterklasse der Sprachheilschule dar. Viel Beifall ertete ein Handwerkerlied, das von Kindern des 2. Schuljahres vorgetragen wurde.

Die Klasse 6 führte unter der Leitung von Frau **Schneider** ein aus dem Geschichtsunterricht erwachsenes Spiel vor: „Thor holt seinen Hammer heim.“ Hierbei wurde gezeigt, wie man den Unterrichtsstoff durch Dramatisierung therapeutisch nutzen kann. Die von den Kindern selbst vorgenommene Rollenwahl war psychotherapeutisch im Sinne eines Psychodramas zu sehen. Sprechtechnisch ergab sich beim Rollenspiel aus der Sache heraus gute Stimmgebung, sinnvolle Einbeziehung der Gesamtmotorik und Anwendung melodisch-dynamisch bewegter Sprechweise.

Zum Abschluß der Demonstrationen führte die 9. Sprechheilklasse ein selbsterdachtes Stück vor, dessen 1. Akt als Kasper-, der 2. Akt als Hör- und der 3. Akt als Maskenspiel dargestellt wurde. Damit zeigte Herr **Fröhlich** einen Überblick über einen Teil seiner Arbeit mit stotternden Kindern der Oberstufe. Er sieht das Spiel als psychotherapeutische, in der Schule gut mögliche Maßnahme. Mit Hilfe einer aufbauenden Spielserie (nach A. **Schulze**) leitet er von lösenden, öffnenden Spielen, die dem Therapeuten Einblick in die seelische Situation des kranken Kindes geben, über zu Regelspielen, die soziale Einordnung und Konzentration erfordern. Vor allem mit Hilfe des Handpuppenspiels erfolgt Lösung, Enthemmung und Einordnung. Hier führt der Weg, wie gezeigt wurde, vom Spiel hinter der Kasperbühne über das Spiel mit Masken (bei dem der völlige Schutz der Bühne gelockert wird) hin zum Laienspiel bzw. Hörspiel.

Herr Dr. **Schilling** von der Universitätsklinik Berlin, Abt. für Stimm- und Sprachstörungen, sprach über das Thema „Therapie des Stotterns“.

Die Psychotherapie im weitesten Sinne (der Weg von innen nach außen) und die Sprechübungstherapie oder logopädische Therapie im engeren Sinne (der Weg von außen nach innen) bezeichnete Dr. **Schilling** als die beiden Eckpfeiler in der Therapie des Stotterns. Der Vortragende warnte vor einer Standardmethode ebenso wie vor einer falsch verstandenen mehrdimensionalen Therapie. Nach genauer Prüfung des jeweiligen Falles sollte sich der Therapeut, Logopäde, Sprachheilpädagoge, Stimm- und Spracharzt für eine der bewährten Methoden entscheiden und sie dann auch systematisch und konsequent zu Ende führen oder, falls erforderlich, zu einer anderen Methode überwechseln. Dr. **Schilling** sprach über die verschiedenen Methoden der Psychotherapie und führte aus der Gruppe der übenden Methoden das Autogene Training nach Schulz an, das sich in der kleinen Psychotherapie des Stotterns besonders bewährt hat. Über die Entspannung hinaus bringt das Autogene Training für den Stotterer ganz spezielle Hilfen, und zwar durch die formelhaften Vorsatzbildungen und bildhaften Vorstellungen. Im Zusammenhang mit den psychotherapeutischen Methoden sprach Dr. **Schilling** über primäre und sekundäre Neurose bei Stotterern sowie über die wichtigste Erkenntnis der neuen Forschung auf dem Gebiet des Stotterns, nämlich das Wissen um die Verselbständigungs-tendenz des sprachlichen Funktionskreises. Das Stottern läuft nach dem Abbau der Primärneurose als Leerlaufsymptom oder Ausführungsgewohnheit weiter. Hier liegt das klassische Anwendungsgebiet der Sprechübungsmethode gerade vorwiegend im Schulalter. Wenn beim sekundär neurotischen Stotterer Stottern und psychische Struktur eng zusammenhängen, reicht logopädische Sprechtherapie nicht mehr aus. Von der logopädischen Sprechübungstherapie führte Dr. **Schilling** besonders die Methode nach **Fernau-Horn** aus und wies auf die Kombinationsmöglichkeiten mit dem Autogenen Training hin.

Abschließend berichtete der Vortragende über die erfolgreiche medikamentöse Unterstützung, die allerdings eine genaue Diagnose voraussetzt.

Herr Dr. **Maneke** vom Städtischen Gesundheitsamt Hannover sprach über die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pädagogen. Er wies auf die Notwendigkeit einer systematischen Früherfassung hin, die durch die jugendgesundheitsfürsorgereischen Organe des öffentlichen Gesundheitsdienstes geschehen soll. Neben der Erfassung ist auch die grundlegende Untersuchung der Kinder durch Kinder- und Fachärzte, in Fachkliniken (stationär), beim Psychologen und Jugendpsychiater unerlässlich. Die Möglichkeiten und Methoden der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pädagogen soll noch erweitert und ausgebaut werden.

Bericht über die Mitgliederversammlung und Fortbildungstagung der Landesgruppe Rheinland am 10. und 11. 7. 1964 in Köln

Das Pädagogische Institut der Stadt Köln veranstaltete in Verbindung mit dem Heilpädagogischen Institut Köln am 10. und 11. 7. 1964 eine Fortbildungstagung mit dem Thema „Rhythmische Erziehung als Bildungsarbeit am Kinde“, zu der auch die Mitglieder der Landesgruppe Rheinland eingeladen worden waren.

Zunächst jedoch sei über den Verlauf einer Mitgliederversammlung berichtet, die der Tagung vorausging und vor allem deshalb notwendig geworden war, weil Herr Konrektor **Hauffen**, der langjährige Kassenvorstand, am 1. 4. 1964 auf eigenen Wunsch nach Kassel versetzt wurde und somit eine Neuwahl des Vorstandes erfolgen mußte. Herr Schulrat **Kremer**, der Vorsitzende der Landesgruppe, sprach Herrn **Hauffen** für die von ihm in aufopferungsvoller Weise geleistete Arbeit Dank und Anerkennung aus.

Im Tätigkeitsbericht des Vorstandes gab Herr **Kremer** einen Rückblick auf die Veranstaltungen und Bemühungen der letzten beiden Jahre. Es konnte ferner auf ein gutes Einvernehmen mit dem Kultusministerium hingewiesen werden. Die Empfehlungen und Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft hinsichtlich der Ausbildung von Sprachheillehrern fanden in den Plänen und Richtlinien des Ministeriums Berücksichtigung. Mit dem WS. 1964/65 beginnt das Normalstudium, für das allerdings entgegen der Forderung der Arbeitsgemeinschaft nicht vier, sondern nur drei Semester vorgesehen sind. Eine erneute Stellungnahme zur Ausbildung wurde vorgelegt, diskutiert und von der Mitgliederversammlung angenommen. Herr **Schiemann** gab einen Bericht über die Kassenprüfung. Von der Versammlung wurde Entlastung erteilt. Zum neuen Vorstand wurden gewählt:

Herr **Ernst Kremer**, Vorsitzender
Herr **Josef Möller**, Geschäftsführer
Herr **Rudolf Mißberger**, Kassenvorstand

Anschrift:
Sprachheilschule Köln,
Georgstraße 9—13

Für das Thema der Tagung „Rhythmische Erziehung als Bildungsarbeit am Kinde“ war Frau Prof. **Scheiblauber**, Zürich, gewonnen worden. In einem Einführungsvortrag machte die Referentin deutlich, in welchem umfassenden Sinne musikalisch-rhythmische Erziehung zu verstehen sei. Wenn diese auch ursprünglich auf die Entwicklung und Schulung der musikalischen Anlagen abzielte, so hätten sich doch schon bald die günstigen Auswirkungen auf das gesamte Nervensystem gezeigt. Motorik, Gefühls- und Willensleben, soziales Verhalten seien in gleicher Weise angesprochen und gefördert worden. Besonders bei geistig und psychisch auffälligen Kindern konnte eine positive Beeinflussung ihres Gesamtverhaltens festgestellt werden. Den Abschluß des ersten Tages bildeten zwei Filme über rhythmische Erziehung und ein Krippenspiel, das von Kindern der Gehörlosenanstalt in Zürich aufgeführt worden war.

Am folgenden Tage demonstrierte Frau Prof. **Scheiblauber** mit drei Klassen der Sprachheilschule, auf welche vielfältige Art die musikalischen Elemente Takt, Tempo, Klang, Dynamik in die rhythmische Erziehung Eingang gefunden haben und wie durch sie die spontane Reaktion, die Einordnung in die Gruppe, die Begriffsbildung und die schöpferische Phantasie angeregt und ausgebildet werden können. Den Tagungsteilnehmern wurde erkenntlich, daß eine in diesem weiten Sinne verstandene musikalisch-rhythmische Erziehung einen hohen Rang bei jedem heilpädagogischen Bemühen einnimmt und besonders auch für die Sprachtherapie eine nicht zu unterschätzende Hilfe und wertvolle Bereicherung darstellt.

Achtung! Delegierte!

Die Delegiertenversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V. anlässlich der Arbeits- und Fortbildungstagung in Marburg am 7. Oktober 1964 im Hotel „Waldecker Hof“ beginnt bereits

um 16 Uhr!

Arbeitstagungen der Landesgruppe Hamburg

Auf der Arbeitsversammlung am 27. 11. 1963 kamen zwei Hamburger Ärzte zu Wort: der Leiter der Beratungsstelle für Blinde-, Seh-, Hör- und Sprachbehinderte, Herr **Dr. Kellner**, und der Hals-, Nasen-, Ohrenarzt und Facharzt für Sprach- und Stimmstörungen, Herr **Dr. Brankel**. Herr **Dr. Kellner** berichtete über die Arbeit in seiner Beratungsstelle, die er als ein Bindeglied zwischen Sonderschulen, Kliniken und Patienten bezeichnete. Herr **Dr. Brankel** befaßte sich mit dem Lee-Effekt und führte den recht komplizierten Apparat zur Erzielung des Lee-Effektes (als sprachtherapeutische Maßnahme) vor, der im wesentlichen aus einem Tonbandgerät mit Tonbandschleife und beweglichem Abhörknopf zur Verzögerung der eigenen, mitgehörten Sprache besteht.

Die Referenten der Arbeitstagung am 19. 2. 1964 waren Herr Prof. **Dr. Jussen** vom Heilpädagogischen Institut der Universität Köln und Herr **Dr. Dohse** von der Hamburger Sprachheilschule Rostocker Straße 62. Herr Prof. **Dr. Jussen** wies in seinem Referat über „Sprachwissenschaftliche Aspekte in der Sprachheilarbeit“ darauf hin, daß die Sprachwissenschaft, die es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht habe, die gestaltenden Kräfte der Sprache zu untersuchen, mehr als bisher dazu beitragen sollte, daß in der Sprach- und Stimmtherapie nicht nur eine physiologische Funktionsertüchtigung gesehen wird. Sprachkranke, vor allem stotternde Kinder, sollten durch die tätige, spontane Aneignung der Sprache zu einem ganzheitlichen Erlebnis der inneren Sprachformen kommen. Bei der Sprach- und Stimmbehandlung sollte auch immer an die von der Sprachwissenschaft geforderte Aufgabe echter Sprachgestaltung als Beitrag zur Persönlichkeitsbildung gedacht werden. — Herr **Dr. Dohse** führte in seinem Referat „Über den Begriff der Sprachkrankheit“ aus, daß es sich bei den meisten Sprachstörungen gar nicht um echte Krankheiten handle. Bezeichnungen wie Sprachfehler, Sprachstörung, Sprachbehinderung, Sprachleiden, Sprachschädigung, Sprachgebrecchen und Sprachfehler bieten sich an, um das nicht zutreffende Wort „Sprachkrankheit“ zu ersetzen. Die Sprachkrankenschulen aber sollte man in Zukunft wieder Sprachheilschulen nennen.

Die Tagesordnung am 27. 5. 1964 sah zunächst die Delegiertenwahl für die Delegiertenversammlung am 7. 10. 1964 in Marburg vor. — Anschließend referierte Herr **J. Wulff** über die von ihm verfaßte „Sprechfibel“, die sich in Hamburg bereits gut bewährt hat. — Das Referat des Kollegen **Reckling** „Zum Problem der 5-Tage-Woche in den Hamburger Sprachkrankenschulen“ löste eine lebhaft Diskussions über das Für und Wider der 5-Tage-Woche aus. Viele Kollegen sprachen sich für einen Versuch an der Sprachkrankenschule Karolinenstraße aus.

H. G. Müller

Bücher und Zeitschriften

Aus redaktionellen Gründen können wir die für dieses Heft vorgesehene erweiterte Buchbesprechung von Arno Schulze, Marburg/Lahn: „Das Bild des Menschen in der zweiten Hälfte des XX. Jahrhunderts und die Rehabilitationspädagogik“ leider erst im Heft 4/1964 abdrucken.

Diese ausführliche Rezension wurde als philosophisch-anthropologische Gesamtschau entworfen und stützt sich auf sachentsprechende Taschenbücher aus dem Fischer-Lexikon, aus Rowohlt's Deutscher Enzyklopädie, auf Neuerscheinungen aus dem Deutschen Taschenbuch Verlag (DTV) und dem List Verlag (bitte beachten Sie die Ankündigungen dieser Verlage bei den Buchhandlungen!).

A. Schulze zeigt im Spiegel der verschiedenen Wissenschaften vom Menschen auch das behinderte Kind und die heutigen Rehabilitationsbestrebungen auf dem Hintergrund der modernen industriellen Massengesellschaft, im Zeitalter der Automation und Atomenergie. Wir möchten schon jetzt auf diesen Aufsatz empfehlend hinweisen.
Die Schriftleitung

Statistische Angaben über Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West. Mit Anhang Mitteldeutschland (DDR), Österreich und Schweiz, nach dem Stand vom 1. 10. 1963. Zusammengestellt von **Joachim Wiechmann**. Herausgegeben und verlegt von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V. Zu beziehen über die Schriftleitung, Hamburg-Altona, Bernstorffstraße 147. 112 Seiten. Preis 8,00 DM.

Im Jahre 1960 hatte die Arbeitsgemeinschaft eine erste gesonderte Zusammenstellung über das Sprachheilwesen in der Bundesrepublik herausgegeben, nachdem bereits in den ersten Heften unserer Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ im Jahre 1956 solche Angaben erschienen waren. Diese Veröffentlichungen wurden sehr freudig begrüßt und dankbar aufgenommen. Da aber derartige Zusammenstellungen durch ständige Veränderungen leider immer sehr schnell ungenau werden, ist eine laufende Überarbeitung und Ergänzung notwendig. Alle Interessenten und Leser der nunmehr wieder neu und wesentlich erweitert erscheinenden „Statistischen Angaben“ werden daher im Vorwort gebeten, an der stets notwendigen Berichtigung dieses wertvollen Nachschlagewerkes mitzuarbeiten.

Begrüßenswert ist in der neuen Ausgabe der Anhang über Sprachheileinrichtungen in Mitteldeutschland, Österreich und der Schweiz. Ferner sind jetzt Angaben über die Ausbildung der Sprachheillehrer, eine Liste der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft und deren Satzung und Geschäftsordnung zu finden. Es fehlen auch nicht Hinweise auf andere Organisationen und Verbände und auf Fachzeitschriften. Ein Auszug aus dem Bundessozialhilfegesetz schließt das so vielseitig gewordene Nachschlagewerk ab, dessen rein statistische Angaben über die Sprachheileinrichtungen der Bundesländer wie folgt gegliedert sind: 1. Beratung, Einzelbehandlung, Kurse. 2. Schulen und Klassen. a) Sprachheilschulen, -klassen, -kindergärten, b) andere Schulen, die planmäßig Sprachheilarbeit betreiben oder entsprechende Einrichtungen unterhalten. 3. Heime, a) Heime und Heimschulen für Sprachbehinderte, b) Heime und Heimschulen, die auch Sprachbehinderte aufnehmen. 4. Klinische Einrichtungen. 5. Private Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten.

Der Rezensent wünscht nicht nur, daß dieses wichtige Büchlein rege benutzt wird, sondern daß auch alle Interessenten an seiner ständigen Ergänzung mitarbeiten, damit es möglichst oft auf den neuesten Stand gebracht werden kann. Die notwendigen Ergänzungsblätter können leicht in der „Sprachheilarbeit“ veröffentlicht werden.

Rösler/Geißler: Die fröhliche Sprechschule. Theorie und Praxis der heilpädagogischen Behandlung von Sprachstörungen. Mit einem Übungsteil zur Beseitigung von Sprachfehlern. Fünfte Auflage, völlig neubearbeitet und erweitert. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964. 120 Seiten, mit drei teils neugestalteten Handzeichentafeln. Kartoniert 8,80 DM.

Über das in Fachkreisen bekannte und geschätzte Buch noch viel zu sagen, erübrigt sich beinahe. Und doch sei noch einmal empfehlend darauf hingewiesen, da es auch in der jetzt vorliegenden 5. Auflage von einem unserer „Altmeister“ der Sprachheilpädagogik, dem Berliner Sonderschulrektor a. D. Gerhard Geißler, völlig neu bearbeitet und erweitert wurde. Die ganzheitliche Sprachschulung, auf den neuesten Stand der Forschung gebracht, steht weiterhin mit vollem Recht im Mittelpunkt der Neubearbeitung. Auch das vielseitige Übungsgut ist gewissenhaft „modernisiert“ worden: viele Übungsverse gehen auf technische Errungenschaften der Gegenwart, besonders auf Verkehrsmittel und Verkehrserziehung, ein. Durch den Abschnitt A „Die Grundlagen der schulischen Sprachheilarbeit“ ist nicht nur ein Übungsbuch entstanden: durch eine gezielte Zusammenfassung von theoretischen und praktischen Grundlagen der Sprachheilpädagogik kann das Werk auch als einführendes Lehrbuch für den Studierenden gut verwendet werden.

Die bei vielen Sprachheillehrern gut eingeführten Lauthandzeichen sind ebenfalls noch einmal nach vielen Anregungen aus der Praxis überarbeitet worden, die neugestaltete Handzeichentafel am Ende des Buches zeigt zweckmäßigere Handzeichen als bisher.

Arno Schulze

R. G. E. Müller: Die Schule für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964. 47 Seiten. Kartoniert 5,40 DM.

Karl-Heinz Berg: Verhaltensgrundformen bei Hilfsschülern. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964. 83 Seiten. Kartoniert 8,80 DM.

Karl Josef Klauer: Programmierter Unterricht in Sonderschulen. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964. 79 Seiten, 4 Bilder. Kartoniert 8,— DM.

Daß auch der Sprachheilpädagoge eine tief gegründete Kenntnis von den anderen Sonderschularten und von den anderen Sonderschulkindern haben muß, wurde bei unseren Buchbesprechungen schon häufig nachdrücklich betont. Diese Kenntnis ist auch nicht nur für die zweckmäßigste Behandlung der sprachgestörten Kinder (z. B. für eine evtl. nötige Überweisung in andere Sonderschulen) notwendig, sondern fördert auch den Blick für das Ganze der Heilpädagogik. Wer dann auch noch mit mehrfachgeschädigten Kindern arbeiten muß, kann wohl an gewissen gemeinsamen Grundlagen der heilpädagogischen Sonderformen nicht mehr vorbeisehen. Diese Gemeinsamkeiten zu erkennen, liegt auch im Interesse der geschädigten Kinder. Wir weisen deshalb wieder gern auf die oben genannten Bücher des Marhold Verlages hin.

Prof. Dr. Richard G. E. Müller gibt uns einen ausgezeichneten und dennoch knappgefaßten Einblick in die Sonderschulform für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche. Er schildert die psychische Problematik des erziehungsschwierigen Kindes und begründet von daher die Einrichtung von Sonderklassen und -schulen, deren besondere Erziehungs- und Unterrichtsformen er einleuchtend darstellt. Er erkennt aber auch nicht die Grenzen einer psychologischen Behandlung und einer differentiellen Pädagogik für das erziehungsschwierige Schulkind und geht auf diese am Schluß seiner Arbeit ein. Wertvoll sind die methodischen Winke, die auch der Sprachheillehrer zum großen Teil nutzen kann. Er wird das Buch von Müller mit Gewinn lesen, denn seine sprachgestörten Kinder sind ja auch erziehungsschwierig.

Mancher Sprachheilpädagoge scheint zu glauben, daß er sich den intelligenzschwachen und den geistig schwerer behinderten sprachgestörten Kindern nicht besonders zuwenden muß, da diese ja bei den Hilfsschullehrern gut aufgehoben sind, was hier auch nicht bestritten werden soll. Dennoch erfordern beispielsweise sprachgestörte Kinder — auch einen geschulten Blick für das schwachbefähigte Kind. Auch die später hier und da doch vielleicht einmal notwendige Überweisung von der Sprachheilschule in die Hilfsschule verlangt vom Sprachheilpädagogen Kenntnisse von der Hilfsschule und vom Hilfsschulkind. Das Buch von Karl-Heinz Berg vermittelt solche Kenntnisse. Der Autor gibt eine allgemeine Charakterisierung der Hilfsschüler und versucht sie nach bestimmten Verhaltensgrundformen zu unterscheiden. Diese verschiedenen Verhaltensgrundformen sollen dann auch unterrichts-didaktisch berücksichtigt werden, wofür Berg einige Beispiele anführt.

Wie berechtigt unser Hinweis auf gemeinsame Grundlagen des gesamten heilpädagogischen Tuns ist, zeigt der Abschnitt „Heilpädagogik als Existenzhilfe“ wieder einmal besonders deutlich. Im weitesten Sinne heißt es da: Unbekanntes bekannt zu machen, nicht Erlebbares erlebbar zu machen. Vertrautmachen des Kindes mit der fremden Welt und damit Beseitigung von Ratlosigkeit und Angst und eine nachträgliche Gewissenserziehung, das sind die Bestandteile einer solchen Existenzhilfe. Solche Hilfe aber müssen die Lehrer aller Sonderschularten für ihre Kinder leisten. Welches die speziellen heilpädagogischen Aufgaben an den Kindern der von Berg herausgearbeiteten drei Verhaltensgrundformen sind, wird am Schluß des Buches kurz gesagt. Wir selbst glauben, daß man die vom Verfasser beschriebenen Verhaltensgrundformen auch in der Sprachheilschule finden kann, die Beschäftigung mit seinem Buche sollte uns anregen, nach ihnen zu forschen.

Mit der neuesten Richtung im Unterricht, dem programmierten Lehren und Lernen, befaßt sich das Buch von Dr. Karl Josef Klauer, Professor am Heilpädagogischen Institut Köln. Hier wird ein programmierter Unterricht auch für die verschiedenen Sonderschularten vorgeschlagen und näher erläutert. Zunächst erhält der Leser einen guten Überblick über die historische Entwicklung der psychologischen Lerntheorien, der Kybernetik, Informationstheorie und Kommunikationswissenschaft. Klauer weist dabei darauf hin, daß in der allgemeinen Didaktik sowie besonders in der Heilpädagogik schon zumindest Vorformen des programmierten Unterrichts zu finden sind. Überall, wo durch „didaktisch absichtsvoll strukturiertes Material die Selbstbildung im Schulunterricht“ gefördert werden soll, liegt solche Vorform vor. Der Autor bespricht dann die Lehrprogramme, die Lehrheiten, die Aufgabentypen in sonderpädagogischen Lehrprogrammen, die Programmvermittler (z. B. Lehrmaschinen) und die sonderpädagogische Bedeutung des programmierten Unterrichts. Die heilpädagogische Würdigung weist die Bedeutung des programmierten Lernens wiederum für alle Sonderschularten in gleicher Weise auf: „Therapeutische Programme können unterstützend mitwirken, die geschwächten Funktionen voll zur Entfaltung bringen und — in gewissen, noch unbekanntem Grenzen — geschwächte Funktionen zu ertüchtigen“.

Arno Schulze

Rosa Katz: Psychologie des Vornamens. Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, Nr. 48. Verlag Hans Huber, Bern u. Stuttgart, 1964. 119 Seiten. Kartonierte 9,80 DM.

Es ist bekannt, daß viele Menschen, Erwachsene und Kinder, mit ihrem Vornamen durchaus nicht zufrieden sind. Manche haben direkt eine haßerfüllte Einstellung dazu. Dieser Tatbestand regte die Autorin an, einmal die generelle Einstellung zu den Vornamen zu untersuchen. Der umfangreichen Untersuchung dienten zahlreiche Gespräche mit Kindern und Erwachsenen über ihre Einstellung zum eigenen Vornamen als auch die Einstellung ihrer Angehörigen, Freunde und Bekannten. Aber auch Erkundigungen bei Standesämtern, Zeitschriften und in Werken der schönen Literatur bereicherten die Untersuchungsquellen.

Bei dieser Forschung spielte die Tatsache eine Rolle, daß wir zu unserem Vornamen ein viel intimeres Verhältnis haben als zu unserem Nachnamen. Schon das vielseitige Versuchsmaterial ist interessant. Da gibt es u. a. Vornamen, die ein Ideal repräsentieren, und solche, bei denen man sich mit einem Ideal identifiziert, es gibt Vornamen nach Tieren, Blumen, Pflanzen und Edelsteinen, Vornamen von Schauspielern, Opern und aus der Literatur, Herrschernamen und ausgesprochene Modenamen. Zuerst werden positive Einstellungen zu den Vornamen aufgeführt. Der negativen Einstellung ist dann später im Buch bedeutend mehr Raum gewidmet, wobei — wie bei den positiven Einstellungen — viel Beispiele von geschichtlichen Persönlichkeiten gebracht werden. Die uns aus heilpädagogisch-psychologischen Gründen besonders interessierende anhaltend negative Einstellung zum Vornamen kann gerade tiefenpsychologisch sehr bedeutsam sein: sie ist „ein Symptom für Schwierigkeiten und abweichende Erscheinungen des Seelenlebens“ wie Katz sagt, und damit diagnostisch bedeutsam. Die Autorin schließt mit folgendem Satz: „Das Vornamenstudium ist eine ständige Quelle von tiefenpsychologischer, typologischer Bedeutung für das Verständnis des gesunden wie auch kranken Individuums, der sozialen Gruppe, der Kulturepoche.“ Es wäre sicher sehr nützlich, dieses Studium auch einmal besonders auf Vornamen stotternder Kinder auszudehnen bzw. zu spezialisieren. Dem psychologisch interessierten Sprachheilpädagogen sei deshalb das Buch empfohlen.

Arno Schulze

Hauptschriftleiter: Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Landkreis Marburg/Lahn, Berliner Straße 11

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: Bruno Makowski, 1 Berlin 44, Hermannstraße 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 gekennzeichneten 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 Stimmschwache. 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 Übungsreihen für stotternde Kinder und Jugendliche. Von Arno Schulze, Berlin, 32 Seiten	2,20 DM
13. Folge: Für Kehlkopftomiierte, 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 Stim- 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	3,— 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)	9,60 DM
Für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft ist der Bezug der Zeitschrift im Jahres- beitrag enthalten.	

