

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

DIE SPRACHHEILARBEIT

SPRACHHEILPÄDAGOGISCHE FACHZEITSCHRIFT

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland

AUS DEM INHALT

K. Walter, Bonn

Zur Problemgeschichte der klinischen
Hirnpathologie

Oskar Plätzer, Hamburg

Zur Therapie in Sprachkrankenschulen

Martha Friedländer, Bremen

Albert Liebmann — ein Vorkämpfer der
modernen Sprachheilkunde

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Berlin

A 21 843 F

11. Jahrgang

Juni 1966

Heft 2

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Hör- u. Sprachgeschädigten e. V.

Bundesausschuss:

2 Hamburg 6, Karolinenstraße 35, Telefon 34 10 93067
Konto: Postscheckamt Hamburg 9740

Vorsitzender: J. Wulff, Hamburg
Stellvertretender Vorsitzender: K. H. Rölke, Berlin
Geschäftsführer: Joachim Wiechmann, Hamburg
Schriftführer: H. G. Müller, Hamburg
Rechnungsführer und
Mitgliederabteilung: G. Reuter, Hamburg
Referate:
Standespolitik und
Koordination: K. Leites, Hamburg
Presse und Statistik: J. Wiechmann, Hamburg

Die Sprachheilarbeit, Sprachheilpädagogische Fachzeitschrift

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in
Deutschland e. V.

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

Schriftleiter: Klaus Wegener, 1 Berlin 51, Emmentaler Straße 79 a,
Telefon 49 38 59

Geschäftsstelle: Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61, Telefon 43 61 94
Postscheckkonto Berlin-West 1056 58 unter Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpäda-
gogik in Deutschland e. V.

Bezugspreis pro Heft 2,40 DM, Jahresbezug (4 Hefte) 9,60 DM.

Die Zeitschrift ist durch die Geschäftsstelle zu beziehen.

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

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 16z
Bremen: Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 39
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: Rolf Binnenbruck, 239 Flensburg, Jürgensgaard Str. 11
Westfalen-Lippe: Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

ARBEITSGEMEINSCHAFT für SPRACHHEILPÄDAGOGIK
in DEUTSCHLAND, E. V.

2000 Hamburg 6, Karolinenstraße 35

Mitglied: Internat. Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Einladung

In Fortführung der wissenschaftlichen Diskussionen anlässlich des XIII. Kongresses der IGLP in Wien im August 1965 lade ich Sie herzlich im Auftrag unserer Gesellschaft und mit freundlicher Empfehlung des Herrn Generalsekretärs der IGLP ein zur Teilnahme an einer

europäischen Arbeitswoche für logopädische und phoniatische Fragen
in Bad Pyrmont in der Zeit vom 10. bis 16. Juli 1966.

Bad Pyrmont ist ein ruhiger Kurort südwestlich von Hannover im Weserbergland (Nähe Teutoburger Wald).

Drei Themen sollen wissenschaftlich diskutiert werden (ohne Grundsatzreferate):

- a) Physikalische Hilfen in der Therapie (Disk.-Leiter: LEITES, Hamburg)
- b) Stand der Stotterer-Polterer-Therapie (Disk.-Leiter: vorgesehen
WIECHMANN, Hamburg)
- c) Sprachheilpädagogisch-medizinische Gemeinschaftsarbeit/Schulfragen
(Disk.-Leiter: vorgesehen ELSTNER, Wien)

Jedes Thema wird zwei halbe Tage diskutiert, die Ergebnisse werden dann zusammengefaßt — ein gedruckter Bericht veröffentlicht dann den Verlauf der Arbeitswoche und gibt die Diskussionen, Ergebnisse, Stand der Wissenschaft und offene Probleme wieder.

Es wird dadurch die Methode einer Arbeitswoche gewonnen. (Vorbereitete Diskussionsbeiträge bitte auch anmelden. Zeit: Fünf Minuten, druckfertige Manuskripte werden erbeten.)

Die übrige Zeit ist für freie Gespräche und gesellschaftliche (Ferien-)Veranstaltungen, Ausflüge etc.) vorgesehen.

Diese Einladung ergeht an alle interessierten Kolleginnen und Kollegen der affilierten europäischen Gesellschaften der IGLP.

Die Teilnehmer wohnen und diskutieren in einem ehemaligem Kurheim mit guter Küche und guten 1- und 2-Personen-Zimmern.

Kosten: DM 14,— pro Tag und Person für Essen und Wohnen.

Teilnehmerbeitrag: DM 50,— (für Ausflüge etc. und Arbeitsbericht).

(Der Tagungsleiter bemüht sich um Zuschüsse zu den allgemeinen Kosten.)

Anmeldungen bis spätestens 15. Juni 1966 (möglichst früher) an den Leiter der Arbeitswoche: Taubstummenlehrer Konrad LEITES (Fachpädagoge für Hör-, Sprach- und Stimmstörungen)

2000 Hamburg 6, Karolinenstraße 35 oder 2071 Grande/Holstein (BRD)

Mit vorzüglicher Hochachtung

Konrad Leites

DIE SPRACHHEILARBEIT

SPRACHHEILPÄDAGOGISCHE FACHZEITSCHRIFT

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

11. Jahrgang

Juni 1966

Heft 2

K. Walter, Bonn

ZUR PROBLEMGESCHICHTE DER KLINISCHEN HIRNPATHOLOGIE

(Aphasielehre)

Der Begriff der klinischen Hirnpathologie umfaßt eine ganze Reihe sehr spezieller Krankheitsbilder, unter denen die Störungsweisen der Sprachvorgänge: die Aphasien, die Störungsweisen zweckgemäßen Handelns: die Apraxien und die Störungsweisen bedeutungshaltigen Erkennens: die Agnosien herausragen.

Das Besondere dieser hirnpathologischen Zustandsbilder ist, daß sie sich durch eventuell vorhandene neurologische Veränderungen, sei es im Motorischen durch Paresen oder Ataxien, sei es im Sensorischen etwa durch Defekte im akustischen oder optischen Feld, nicht befriedigend erklären ließen, daß sie sich also einer Erfassung durch neurologische Kategorien entzogen und trotz auf Einschränkung zielender Untersuchungen aus jüngster Zeit im Prinzip auch heute noch entziehen. Aber auch die psychiatrischen Kategorien versagen, da die Kranken weder das Bild einer allgemeinen Demenz noch das einer Geisteskrankheit bieten. Durch herdförmige Schäden am Hirn bedingt, bilden sie einen eigenen klinischen und wissenschaftlichen Bereich, der — will man eine Einteilung vornehmen — wie zwischen der Neurologie und der Psychiatrie gelegen ist.

Man hat die Aphasien insoweit als Spezialfälle der beiden anderen großen Gruppen betrachtet, als in den Sprachverständnisstörungen, den sensorischen Aphasien, gleichsam eine Agnosie für Sprachliches und in den Sprechstörungen, den motorisch-expressiven Aphasien, gleichsam eine Apraxie für Sprachliches enthalten ist. Mit anderen Worten: In den Aphasien trifft man auf gewisse, mit dem sensomotorischen Vollzug des Sprachlichen gegebene Grundzüge aller der genannten hirnpathologischen Zustandsbilder. Darin liegt ein Grund für die Beschränkung des Themas auf die aphasischen Störungen.

Der andere, wichtigere zeigt sich in dem Umstand, daß gerade an den verschiedenen Auffassungen über die Aphasien bedeutsame problemgeschichtliche Feststellungen zu treffen sind. Inhalt und Ziel der Ausführungen sind demgemäß die zu Theoriebildungen führenden verschiedenen Aspekte, unter denen dieser seltsame Störungsbereich seit je stand und immer noch steht. Man stößt dabei auf eine eigenartige, fast in These und Antithese sich darstellende Dialektik von Theoriebildungen, der eine Synthese aus ganz bestimmten Gründen weitgehend versagt blieb, nach näherem Einblick wohl versagt bleiben mußte. Die in ihnen sich widerspiegelnden Versuche, in die Beziehungen zwischen Sprache und Hirn einzudringen, bilden den eigentlich erregenden Hintergrund; erregend, weil mit Sprache zugleich Geist, Fähigkeit zum Umgang mit artikulierten Symbolen und Denken gemeint sind.

Die klinisch-praktische Arbeit blieb von den sehr gegensätzlichen Positionen weitgehend unberührt; ihr konnte es nicht auf die Durchdringung der sich auftuenden Probleme, sondern auf die durch die empirisch ermittelten aphasischen Zustandsbilder erleichterte topische Diagnostik am Hirn zum Zwecke ärztlichen Handelns ankommen. Sie profitierte nur insofern von den einzelnen Theoriebildungen, als aus den diesen zugeordneten Untersuchungsgängen vieles auch klinisch-diagnostisch verwertbar wurde. So steht dem seit langem unveränderten klinisch-diagnostisch-therapeutischen Umgang mit den Aphasien der Wechsel von in sich zwar mehr-weniger abgeschlossenen, aber untereinander wenig Beziehung aufweisenden Theoriebildungen um die Aphasien selbst gegenüber. Das Fehlen einer Ablösung und systematischen Weiterbildung der Theorien, das unverbundene Nebeneinander scheint geradezu auf die von JASPERS gekennzeichneten grundsätzlichen Unterschiede der Theoriebildung in der Naturwissenschaft und in der Psychopathologie hinzuweisen. In der Psychopathologie, zu der auf weite Strecken auch die klinische Hirnpathologie zählt, haben die Theorien mehr den Charakter von Entwürfen, die einzeln ausgebaut, behauptet, wieder vergessen werden und auch durchaus disparat nebeneinander stehen können. Das gründet gewiß in der Unterschiedlichkeit der naturwissenschaftlich oder psychopathologisch gegebenen Untersuchungsobjekte.

Dieses Disparate erkennt man sehr gut an den aus den Theorien oder Entwürfen hervorgegangenen Stellungnahmen zu den 3 wichtigsten Fragen der Aphasielehre:

1. Zur Frage der Lokalisierbarkeit der Störungen am Hirn, die neben dem anatomischen „wo“, dem physiologischen „wie“ auch das psychologische „was“ des Sprachlichen umfaßt;
2. zur Frage der Art des Leistungsdefektes oder allgemeiner, der Leistungsstörung;
3. zur Frage nach der Beziehung zwischen den Aphasien und der Gesamtpsyche.

Der erste systematische, als Wernicke-Lichtheim-Schema bekannte Entwurf führte zu Antworten auf diese 3 Fragen, wie sie so einheitlich und in sich geschlossen niemals wieder gegeben wurden. Er wird nicht aus historischen Gründen erwähnt, sondern weil mit ihm eine mögliche, im Kern heute noch nachwirkende Grenzposition abgesteckt worden ist. Man lokalisiert nach ihm bekanntlich an bestimmten umschriebenen frontalen und temporalen Hirnrindenstellen Anteile der normalen Sprachfunktion, die man als dort engrammierte Wortbewegungs- bzw. Wortklangvorstellungen im Sinne sprachmotorischer und sprachsensorischer Erinnerungsbilder bezeichnet. Bei entsprechendem Herdsitz kommt es nach dieser Theorie zur Vernichtung dieser Erinnerungsbilder und dadurch zu motorischen bzw. sensorischen Aphasien. Die Leistungsstörung stellt sich demnach als Verlust eines durch Übung erworbenen speziellen sprachlichen Gedächtnisbesitzes dar; sie ist eine rein mnestiche Störung.

Der Entwurf erfährt schließlich seine Vervollständigung mittels zweier Begriffe, die zweifellos einerseits der Verbindung der primär geteilten Sprachfunktionen, andererseits der Verbindung des Sprachlichen mit den außersprachlichen, in der Hirnrinde engrammiert gedachten Erfahrungen dienen sollen: der Wortbegriffe und der Objektbegriffe. Mit dieser auch graphisch wiederzugebenden, jeder Aphasieform ihren festen Platz zuweisenden logizistischen Konstruktion glaubte man ein alle Sprachstörungen erklärendes Schema geschaffen zu haben. Immer waren es gestörte Zentren oder deren Verbindungen, stets mnestiche-assoziative Ausfallerscheinungen, zu denen auch die den Aphasien häufig zugeordneten Schreib-Lese-Rechenstörungen zählten. Man sah die Störungen so zirkumskript innerhalb der Gesamtpsyche stehen, daß der dann für sie gewählte Ausdruck von „Werkzeugstörungen“ — Sprache als Werkzeug gedacht — dieser ganzen Vorstellung um psychische Vorgänge durchaus adäquat war. Daß dieser Entwurf Macht über die klinische Wirklichkeit gewann, diese in die Maße des Schemas sich schicken mußte, sei nur am Rande erwähnt.

Noch außerhalb der Gegenposition wurden diesem Entwurf die entscheidenden Voraussetzungen durch den Wandel in den wissenschaftlichen Denkrichtungen entzogen. Die damals so zündenden und über die Hirnpathologie hinaus für die gesamte Psychiatrie in Anspruch genommenen Leitideen der Lokalisierbarkeit psychischer Funktionen, der durch die herrschende Assoziationspsychologie geförderten Überzeugung von einer gleichsinnigen anatomischen und psychologischen Struktur wie des Vollzugs psychischer Funktionen nach dem Modell eines im Hirn verlaufenden psychischen Reflexbogens fand keine sie tragende Resonanz mehr. Trotzdem kann kein Versuch eines problemgeschichtlichen Einblicks an diesem Entwurf wegen seines merkwürdigen Weiterwirkens bis zum heutigen Tage vorbeigehen. Die Ursachen dafür sind erkennbar: a) Das Schema gab zwar ein stark vereinfachtes, aber didaktisch sehr handliches Bild von den bei vertiefter Bearbeitung sich als außerordentlich kompliziert erweisenden Sachverhalten. b) Die in das Schema verbrachte, weiterhin brauchbare klinische Empirie

war von jenem immer nur mit viel zusätzlichen und umständlichen Erklärungen im Sinne von Einschränkung, Bedeutungswandel und Überholtsein abzuheben, was sehr mühsam und zugleich schwierig blieb. c) Von den im Entwurf verankerten Prinzipien des Lokalisierens und des Gedächtnis- oder Spurhaften war schwer loszukommen, auch wenn man mit dem „wo“ und „wie“ des Lokalisierens und der Art des Gedächtnis- oder Spurhaften sehr großzügig, d. h. zugleich unschärfer umging.

Es fehlte nicht an Versuchen, diesen Entwurf zu korrigieren, ihn der sprachlichen Wirklichkeit anzunähern. So empfahl S. FREUD — der vor seiner Wendung zur Psychoanalyse ausgezeichnete neurologische und hirnpathologische Arbeiten schrieb — anstelle der getrennten motorischen und sensorischen Sprachzentren ein einheitliches Assoziationsfeld als Substrat für sprachliches Geschehen. Auf psychologischer Ebene versuchte ähnliches Alfred STORCH mit dem Vorschlag von einheitlichen, die etwas hergeholtten Wortbegriffe erübrigenden Sprachvorstellungen. Man wollte wenigstens die unnatürliche Zerreißung der Sprachvorgänge überwinden. Gegen die allzu vielen Zentren und Assoziationsbahnen gerichtet war der Gedanke BASTIANS, das Ausmaß der aphasischen Leistungsausfälle vom Schweregrad der geweblichen Läsion abhängig zu sehen, wodurch schon auf Leistungsstufen abgezielt wurde.

Am weitesten führten die schon um die Zeit des so kritisch bedachten Schemas entstandenen Vorstellungen Hughlings JACKSONS, die man indes einfach übersah und erst Jahrzehnte später bei der im Grunde gleichgebliebenen Aspekt-Dialektik neu entdeckte. Sprachliches auch im aphasisch gestörten Zustand bleibt ihm immer ein unteilbarer, nur psychisch faßbarer Vorgang, weshalb eine Vermengung mit wesensfremden anatomischen und physiologischen Gesichtspunkten nur als Verwirrung stiftend strikt abgelehnt wird. Der neue und fruchtbare Ansatz kommt besonders aus den Gedanken von einem gesetzmäßigen Auf- und Abbau zentralnervös getragener Funktionen, den Gesetzen der Evolution und Dissolution. Die aphasischen Störungen dokumentieren sich nicht in Defekten verschiedener sprachlicher Teilfunktionen, sondern im Absinken des Sprachlichen auf ein tieferes Niveau. Wenn alles willkürlich Sprachliche und eng mit Sprachlichem Zusammenhängende schon nicht mehr verfügbar ist, so immer noch das automatisierte und emotional getragene. Einer intellektuellen höheren Sprache wird deshalb eine emotionale niedere gegenübergestellt. Zweifellos ist damit einem empirischen Sachverhalt die ihm zukommende Bedeutung gegeben worden, die in der modernen Sprachpsychologie glänzend bestätigt wurde. Bei diesem funktionalen Denken ist für Klassifizierungen nach Art des Schemas gar kein Platz, wie auch das Lokalisatorische bis auf lose empirisch vertretbare Zuordnungen zurücktritt. Obwohl diese und noch weitere Teilansätze mit dem aufgezeigten Schema gar nicht mehr vereinbar waren, entstanden daraus keine umfassenden Gegenpositionen. Mit dem Ansatz von Jackson zeichnete sich aber erstmals ein Dilemma in der Erforschung der Beziehungen zwischen Sprache und Hirn ab. Geht man den

aphasischen Sprachstörungen mit sprachlichen Vorgängen adäquaten Fragen und Methoden nach, so treten prägnante anatomisch-physiologische Fragestellungen und entsprechende Antworten zurück. Stellt man diese in den Vordergrund, so nimmt das spezifisch Sprachliche leicht Schaden und kommt zu kurz.

Ein gleichzeitiges und gleichgewichtiges anatomisch-physiologisch-psychologisches Vorgehen war überhaupt nur so lange möglich, wie die Assoziationspsychologie einen solchen Gleichklang noch zuließ, besser gesagt, einen Gleichklang vortäuschte. Bereits von Jackson stammt der sehr klare Satz: „A psychical state is always accompanied by a physical state, but, nevertheless, the two things have distinct natures.“ Die Schöpfer des Schemas und ihre späteren Nachfolger sahen das nicht so deutlich, wobei das große ihnen vorschwebende Ziel die durchaus vermerkten Schwierigkeiten kleiner sehen ließ.

Auch die anatomische Wirklichkeit war mit dem Schema gar nicht immer vereinbar. Man fand an den als typisch angesehenen Hirnstellen Zerstörungen ohne oder mit rasch sich zurückbildender Aphasie, umgekehrt bei intakten typischen Regionen massive aphasische Störungen. Das Schema überwand diese Schwierigkeiten mit schwer widerlegbaren Hilfsvorstellungen. Hier könnte es sich um eine individuelle Variante, dort um das Freigeblichensein der entscheidenden geweblichen Schichten, an diesem Fall um einen latenten Linkshänder, an jenem um das rasche kompensatorische Eintreten der anderen Hirnhälfte gehandelt haben. Immerhin führte das Anwachsen von Teilantithesen:

getrennte Sprachzentren — einheitliches Sprachfeld
sprachliche Teilfunktion — einheitliche Sprachfunktion
sprachliche Defekte — sprachlicher Leistungswandel
anatomisch-lokalisatorischer Akzent — psychisch-psychologischer Akzent

zu erhöhten Anforderungen an die klinischen wie anatomischen Untersuchungen. Man fand auch zu Verlaufsbeobachtungen, mußte sich Gedanken um die stets einsetzende Rückbildung der Aphasien machen, die im Schema ganz unberücksichtigt war. Schon standen auch hier die Thesen gegeneinander: unvollständige Funktionsübernahme durch die Zentren der anderen, nicht dominanten Hirnhälfte einerseits oder Rückbildung von Begleitschäden aus Odem, Zirkulationsstörungen und Rückgang der Diaschisis andererseits, worunter v. MONAKOW nur einen vorübergehenden Funktionszusammenbruch innerhalb zusammengehöriger Neuronenverbände im Moment der Läsion verstand.

Bei diesem zwar sehr lebendigen, aber uneinheitlichen, wissenschaftlich unbefriedigenden Bilde konnte es nicht ausbleiben, daß auch die andere extreme Position, die einer völligen Ablehnung aller sich weiterhin verzweigenden Thesen und Gegenthesen, bezogen wurde. Nur war die Forderung nach Rückkehr zur reinen Klinik und zur Absage an alle Theorie — wie sie der Ikonoklast Pierre MARIE erhob — gar nicht erfüllbar. An seinem eigenen

Plan läßt sich leicht zeigen, daß ganz besonders in der klinischen Hirnpathologie jede festgelegte klinische Beobachtung bereits ein Urteil, eine Deutung, ein Stück Theorie birgt. Selbst die getroffene Auswahl der bei einer Aphasie vorhandenen immer zahlreichen Symptome ist von einer nicht notwendig bewußten theorieabhängigen Wertung bestimmt. Auf introspektivem Wege ist nichts oder zu wenig zu erfahren, um die Symptome sozusagen für sich sprechen zu lassen. Das ist ein weiteres Dilemma in der Aphasieforschung. Es kann also immer nur mehrweniger kliniknahe oder klinikferne theoretische Aufstellungen geben. Ein relativ kliniknaher Entwurf gelang eigentlich nur Henry HEAD, der die aphasischen Störungen abseits des Bisherigen unter dem Aspekt der Symbolfunktion der Sprache ordnet, die sie nicht nur entscheidend hat, sondern geradezu ist. Nach seinen an Hand bisher unerreichter klinischer Untersuchungsmethodik und klinischer Symptomenordnung entwickelten Vorstellungen sieht er das symbolische Verhalten in den einzelnen von ihm in besonderer Weise benannten Aphasieformen in jeweils eigener Weise gestört, verarmt. Die Sprache als Symbolsystem kann aber auch im gestörten Zustand immer nur eine — höchstens so oder so akzentuierte — sensomotorische Einheit bleiben. Das Lokalisieren vermag sich bei diesem Ansatz nur in vorsichtigen Hinweisen zu erschöpfen, ohne daß umschriebene oder gar zu theoretischem Ausbau genutzte Beziehungen aufgestellt werden. Das für das gesetzte Thema Wichtige liegt in der Gegenposition zum Werkzeughaften der Aphasien, denen hier als Störung allgemeineren symbolischen Erfassens und Ausdrucks eine gänzlich andere Stellung in der menschlichen Gesamtpsyche zukommt. Symbolisches Verhalten umfaßt ja all das Verhalten, bei dem zwischen Vorsatz und Ausführung verbale oder andere Symbole von Bedeutung sind.

Dieser wichtige Entwurf war zu wenig handlich, in der Anwendung an zu differenzierte Untersuchungsanordnungen gebunden, um allgemeiner im klinischen Bereich akzeptiert zu werden. Es ist auch die Frage erhoben worden, ob wirklich sämtliche Aphasieformen primäre Symbolstörungen oder zum Teil nicht auch Sprechstörungen sind, die den Umgang mit dem Symbol als Folge behindern. Seit Head hört jedenfalls eine Diskussion nicht mehr auf: die um eine Sekundärwirkung der aphasischen Störungen auf das Gesamtpsychische einerseits, um eine primäre tiefer und breiter im Gesamtpsychischen verankerte, im sprachlichen Umgang nur profiliert sich äußernde Störung andererseits. Auch in diesen antagonistischen Positionen hat sich eine Entscheidung bis zum heutigen Tage nicht herbeiführen lassen.

Die Problemsituation läßt sich kaum besser als mit dem Hinweis demonstrieren, daß zu gleicher Zeit mit diesem Entwurf das Werk KLEISTs erscheint, das bei aller großen Konzeption ganz an den klassisch-mechanischen Schemavorstellungen mit differenzierten Zentren und Verbindungsbahnen orientiert ist. Die anatomische Grundlage hat sich insoweit geändert, als anstelle der grob morphologisch-regionalen die feingewebliche Bestimmung tritt, durch die er sich eine exaktere Basis für die psychologische Funk-

tionsanalyse erhofft hat. Die Divergenz hebt sich wieder in aller Schärfe ab. Zwischen gestörten Zentren für Laut-Wort-Satzbildung und einer Störung im symbolischen Verhalten kann es keine Brücke geben. Die Ausrichtung auf histologische Elemente führt methodengemäß zu ausgefallenen sprachlichen Elementen, damit gleichzeitig wieder zur Theorie eines aus Elementen zusammenfügbaren Sprachvorganges. Die Ausrichtung auf bestimmtes sprachlich-symbolisches Verhalten beläßt einem gestörten, an Möglichkeiten verarmten Sprachvorgang immer noch den Charakter des Ganzen. Dort kann es keine Einheit, kein Ganzes geben, hier keine Elemente, keine Teile. Diese Divergenz wird durch Übernahme von Ergebnissen der modernen Sprach- und Denkpsychologie, der Linguistik und experimentellen Phonetik noch betonter. Die Verschiedenheit des Sprachlichen in Ausdruck, Kundgabe und Darstellung, die Wege vom Denken zur formulierten Sprache, das Primat des Satzes vor den Worten, die Bedeutung der verschiedenen Wortklassen, die Gesetze der schon vom Sinn her zentralgesteuerten Koartikulation sind in der Analyse und Deutung aphasischer Zustandsbilder gar nicht zu umgehen. Man kann das alles aber nicht lokalisieren und nicht an histologische Strukturen binden. Je differenzierter die beiden Aspekte ausgebaut werden, desto undurchsichtiger scheinen die Beziehungen zwischen Hirn und Sprachvorgängen. Unter dem einen Aspekt werden die Beziehungen zur Sprache und zum sprechenden Menschen, unter dem anderen Aspekt die Beziehungen zum Hirn und seinen Vorgängen ständig loser und unangemessener. Eine neue psychologische Grundlage, die Ganzheitspsychologie, scheint einen neuen Ausweg zu bieten. Von ihr aus versucht GOLDSTEIN sogar erneut einen physiologisch-psychologischen Brückenschlag. Er sieht Vergleichbares in der Struktur der hirnphysiologischen und der psychologischen, in Leistungen faßbaren Vorgänge. Physiologisch ist ihm die materiell differenzierte Hirnrinde ebenso eine Einheit wie psychologisch die differenzierten Leistungen; d. h., jeder verschiedenen Leistung entspricht eine jeweilig verschiedene Erregungsverteilung im gesamten System. So wie die besondere Erregungsverteilung immer die Unterscheidung eines Vordergrund- und zugehörigen Hintergrundvorganges zuläßt, so wird die jeweils besondere Leistung zur Figur vor dem zugehörigen Hintergrund. Mit der Absage an alles Reflexdenken in Physiologie und Psychologie, an Zentren und Funktionseinheiten sind mit den genannten Begriffen außerordentlich fruchtbare Ansätze für das Verständnis der klinischen Hirnpathologie, hier im besonderen der Aphasielehre, geschaffen. Jeder Hirnrindenherd stört die normale Erregungsverteilung, stört die notwendige Figur-Hintergrundbildung der geforderten oder beabsichtigten Sprachleistung. Die Leistung wird demzufolge entdifferenziert, primitiver, konkreter, reizgebundener, instabil. Diese Entdifferenzierung trifft das Komplizierteste an einer Leistung stets am stärksten, d. h. an der Sprachleistung eben Sprache als Darstellung, wie sich im Klinischen auch die Willkürleistung stets am empfindlichsten geschädigt zeigt. Fast erübrigt sich der Hinweis, daß die Aphasien demgemäß nicht als Werkzeugstörung, sondern als eine Grundfunktionsstörung aufgefaßt werden. Die Frage der Lokalisation

hat unter diesem Aspekt eine geradezu revolutionierende Wandlung erfahren. Die Hirnherde zeigen nicht mehr den Sitz von Funktionen oder Funktionsteilen an, sondern sie sind nur mehr Störungsstellen, durch die die von der gesamten Rinde abhängig höheren psychischen Leistungen jeweils spezifische Veränderungen, Einbußen der vorgenannten Art, erfahren. Allein diese den Wert der Lokalisation zu klinischen Zwecken nicht beeinträchtigende Vorstellung hat auf das Nachdenken um hirnpathologische Fragen außerordentlich befreiend gewirkt.

Damit ist in der Lokalisationsfrage eine ganz klare Gegenposition zu der keineswegs aufgegebenen sogenannten klassischen Vorstellung gewonnen worden. Goldstein hat indes sehr wohl gesehen, daß der von ihm vertretene physiologisch-psychologische Gleichklang in der Struktur außerordentlich hypothetisch, fast hinzugedacht ist. Aber er hat eine wichtige Unterscheidung getroffen: die der zentralnervös verankerten Funktion von der effektiven Leistung, um die es in der klinischen Hirnpathologie vornehmlich geht.

Unter bewußtem Verzicht auf das physiologische Geschehen wird nun am Leistungsbegriff durch CONRAD die derzeit letzte Position gegenüber dem Schema-Denken entwickelt, das nun einmal an die Vorstellung gleichgerichteter anatomisch-lokalisatorischer, physiologischer und psychologischer Vorgänge gebunden bleibt. Wieder ist es eine psychologische Grundlage, die die Leitgedanken dazu vermittelt: die aus der Ganzheitspsychologie hervorgehende Gestaltpsychologie. Anstelle der gestörten Figur-Hintergrundbildung tritt die nicht durchgestaltete, nicht-zu-Ende-gestaltete sprachliche Leistung, für die der SANDERsche Begriff der Vorgestalt verwendet wird. Der Entwurf Conrads, die verschiedenen Aphasieformen als Gestaltungsstörungen dieser Art auf verschiedenen Ebenen des sprachlichen Ausformungsprozesses aufzufassen, ist groß angelegt und in sich gerundet. Der Leistungswandel vollzieht sich stets nach den Prinzipien der Aktualgenese der Gestalt, die nicht bis zur Endgestalt abläuft. Die aphasischen Störungen zeigen im Leistungsprofil tatsächlich viele der für Vorgestalten charakteristischen Phänomene, die zwischen dem ersten Auftreten eines Erlebniskeimes und seiner vollen Ausgestaltung liegen. Die Fragen der Lokalisation und der Beziehung zur Gesamtpsyche stehen unter diesem Aspekt des Leistungswandels zurück. Dieser klar durchdachte und durchgegliederte Entwurf steht den Schemata bislang am geschlossensten gegenüber. So mag es auch kein Zufall sein, daß ähnlich wie WERNICKE 75 Jahre zuvor sein hirnpathologisches Schema als Modell für die Psychiatrie sah, Conrad von der Gestaltpsychologie her über die Hirnpathologie hinaus ausgedehnte psychopathologische Probleme lösen will. Allerdings entgeht er gerade bei so allgemeingültigen psychologischen Grundlagen des Verstehens nicht der Gefahr, daß das spezifisch Sprachliche sich zu wenig daraus abhebt, d. h. an Spezifischem einbüßt.

Daß man — vorzugsweise im osteuropäischen Raum — auch versucht, Physiologisches als Grundlage des Aphasieverständnisses zu nehmen, kann unser

ganzes Bild nur vervollständigen. Unter der Lehre von den bedingten Reflexen und der darauf abgestimmten Psycho-Reflexologie des zweiten Signalsystems stehen die Aphasien in einem eigenartigen Spannungsfeld von Dynamik und Mechanik. Manches erinnert gar an die Wernickeschen Begriffskonstruktionen, nur daß die Wendung vom Psychologischen in das Physiologische erfolgt ist. Der Gewinn unter diesem Aspekt mag vornehmlich in einem Einblick in das Automatisierte sprachlicher Vorgänge und deren Störungen liegen. Eine Gesamtschau der Aphasien ist damit keineswegs erreicht und erreichbar.

Ziehen wir die Summe: Kommt die Verschiedenheit und das Gegeneinanderstehen der Aspekte einem Scheitern im Bemühen um eine verbindliche Theorienbildung der Aphasien gleich? Darauf ist zu antworten: ja und nein. Mit der Verschiedenheit ist vornehmlich ausgesagt, daß es offenbar keinen einzelnen Aspekt gibt, von dem her die Lehre von den Aphasien vollständig geprägt werden kann. Keiner der erwähnten ist in alledem unrichtig; keiner vermag das Ganze zu geben. Unverlierbar hat sich gezeigt, daß Morphologisches, Physiologisches und Psychologisches je seine eigene Struktur hat, die zu der des anderen Bereiches inkommensurabel scheint und deshalb nicht übertragbar ist. Von dem Verlangen nach einem alles erklärenden Aspekt wird man Abstand zu nehmen haben. Man wird künftig mit wissenschaftlicher Geduld den Wegen getrennt folgen müssen, ohne aus prinzipiellen Erwägungen heraus begründete Hoffnung auf einen vollen Zusammenklang hegen zu dürfen. Diese an sich wenig erfreuliche Einsicht ist andererseits ein klarer methodischer Gewinn. Das bewahrt vor unnötiger Enttäuschung und wird den einzelnen Untersuchungsgängen angemessen und gerecht werden.

Eine weitere, vierte Frage zieht sich noch durch die gesamte Aphasieproblematik: die der Gruppierung der Aphasien. Die Meinungen darüber, ob es mehrere Aphasien oder nur eine „Kern“- oder „Zentral“-Aphasie gibt, gehen unverändert auseinander. Wichtig bleibt, daß man den Standort des einzelnen Untersuchers mit der jeweiligen Wertung von Sprache und Sprachvorgängen kennt. Es entsteht dabei manchmal der Eindruck von einem reinen Begriffsstreit, hinter dem jedoch grundsätzliche Positionen verborgen sind.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. K. Walter, Direktor der Rheinischen Landeslinik für Hirnverletzte, Bonn, Rheindorferstr. 149

Oskar Plätzer, Hamburg

ZUR THERAPIE IN SPRACHKRANKENSCHULEN

(Nach einem Referat vor der Landesgruppe Hamburg der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik“)

- These 1: Was in der Schule geschieht, ist keine für Stotterer zureichende Therapie.
- These 2: Um logopädische Therapie wirksam werden lassen zu können, sollte zuvor der Wesensgrund der Stotterer therapeutisch beeinflußt werden.
- These 3: Sprechen ist zunächst — neben anderen — eine Ausdrucksmöglichkeit. Die Schule übersieht über der vollausgebildeten Sprache und Sprechleistung zu leicht genetische Gesichtspunkte.
- These 4: Für die Verbesserung der therapeutischen Situation ist schon heute Voraussetzung, die logopädische Diagnose durch differenzierte Psychodiagnose zu erweitern.

Grundsätzlich wird Therapie im pädagogischen Bereich der Schule nicht ihren Ort haben können. Die „Richtlinien für die Erziehung und den Unterricht“, herausgegeben von der Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, formulieren: „Die Schule hat heute in zunehmendem Maße neben der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten eine Erziehungsaufgabe. Sie muß ein Leben der Arbeit und Ordnung schaffen, das dem Wesen und den Kräften der Kinder entspricht und ihr Verhalten formt. In seiner erzieherischen Fürsorge wird sich der Klassenlehrer besonders der schwierigen Kinder annehmen, und zwar nicht allein der Kinder, die ihm Schwierigkeiten machen, sondern auch derjenigen, die Schwierigkeiten mit sich selber haben.“

Die Sprachkrankenschulen (final auch als Sprachheilschulen bezeichnet) sind Sonderschulen für Volksschulkinder, zwar helfende Schulen für sprachgestörte Kinder, aber nicht Hilfsschulen für Kinder mit geistiger Leistungsschwäche. Dennoch ist sich jeder, der sprachkranke Kinder kennt (damit sind hier ausschließlich Stotterer gemeint), darüber klar, daß sie nicht nur hinsichtlich der Sprechweise von „normalen“ Volksschulkindern abweichen, sondern daß auch „Wesen und Kräfte“ dieser Sto-Kinder „anders“ sind und besonderer Hilfe bedürfen.

Sie gehören sicher nicht zu der Gruppe von Kindern, die dem Lehrer aktiv Schwierigkeiten machen. Sie erwecken eher menschliche Sorge, beunruhigen, sind aber nicht schwierig in dem Sinne, wie es die Richtlinien offenbar meinen. Ob sie Schwierigkeiten mit sich selber haben, sei offengelassen. Wir wissen nicht genug darüber, wie sie ihre Situation selbst erleben und wie weit sie es als schwierig und belastend empfinden, so zu sein, wie sie sind.

Jedenfalls fordern aber Wesen und Kräfte unserer Sto-Kinder intensive helfende Zuwendung seitens des Lehrers. Jedes einzelne Kind wird zu einem individuellen „Fall“. Denn Stotterer sind offenbar neben ihrer Sprachstörung noch global, in ihrem Wesen, gestört. Einige „typische“ Züge, die immer wieder auffallen, sind die leichte Erregbarkeit, die emotionale Kümmerlichkeit (als Flachheit und Flüchtigkeit), angstbestimmte introvertierte Eingekerkeltheit und Distanzunsicherheit im gegenständlichen wie im mitmenschlichen Bereich. Diese primären Wesenszüge sind in dieser Form — als affektive Gehemmtheit — von neurotischer Prägung und wirken zudem stark ins Leibliche hinein.

Entsprechend beobachten wir ferner gemäß ihrer Verwirrtheit an den Kindern geringe Voraussicht und Mangel an gelassener, gelöster Anpassung gegenüber den — als „Überfall“ erlebten — Ereignissen in der Umwelt, Schwäche in Kontakt und Kommunikation, Mangel an altersgemäßer Erfahrung und Reife; ihr Handeln hat stark dranghaften, infantilen Einschlag und ist re — aktiv auf den Augenblick und auf die Situation eingeeengt. Im Unterricht zeigen sich Schwächen sowohl eben der Kundgabe wie der Kundnahme, eine allgemeine semantische Schwäche. Wesen und Kräfte, die so von Erregbarkeit, kümmerlicher Affektivität und Emotionalität, Mangel an Spontaneität und von Introversion — samt deren Auswirkungen in der Wesensstruktur — gekennzeichnet sind, erschweren laufend bei vielen Sto-Kindern alle helfende Bemühung.

Es kommt also darauf an, diese Kinder aus ihrer Gehemmtheit zu befreien dadurch, daß ihre eigene Aktivität angeregt und freigelegt wird. Durch vitale Aktivierung könnten sie allmählich aus dem sonst laufend erforderlichen Fremdantrieb durch den Lehrer entbunden werden und dann, von ihrer bisherigen Beengtheit und Starre befreit, aus sich zu innerem Gleichgewicht und zu selbstgesteuerter sozialer Normalisierung kommen. Erst damit aber wären sie auch gegenüber logopädischer Therapie und deren Leistungserwartungen aufgeschlossen, von innen her bereit und fähig zur Mitarbeit geworden.

Die Frage ist nur, ob erzieherische Fürsorge ausreicht, dieses Ziel zu erreichen. Fürsorge versucht ja wohl, individuelle Hilfestellung zu geben durch Zuspruch wie durch Erleichterung und Verbesserung der momentanen äußeren wie inneren Situation, so daß beide nicht nur erträglich, sondern gemeistert werden. Fürsorge wirkt vorwiegend von außen her helfend, lindernd, schützend und stützend. Das alles ist zwar — auf lange Sicht durchgeführt — vom Effekt des Heilens, aber es ist nicht identisch mit Therapie. Therapie schafft dagegen einen Heilungs-Prozeß, dem die einzelne Situation wenig bedeutet, da er nicht auf sie, sondern auf sich und den Menschen bezogen ist, in dem er sich vollzieht. Er ist folglich auch nicht die Summation oder Addition einzelner Maßnahmen, sondern eben ein Prozeß-Geschehen, das laufend in Gang bleibt, weil es sich vermöge biologischer und animalischer Kräfte aus sich selbst herausströmend entfaltet und damit zu innerer Umstrukturierung führt.

Jeder Lehrer empfindet deshalb die Notwendigkeit, über erzieherische Fürsorge hinaus Therapie zu betreiben. Die therapeutischen Bemühungen zielen auf das — und verzetteln sich im — Vielerlei der Auffälligkeiten bei Sto-Kindern. Diese Auffälligkeiten liegen allerdings auf recht unterschiedlichen Ebenen. Sie betreffen z. B. körperlich-konstitutionelle Schwächen, Sinnesschwächen, Temperament, Kondition, Gewohnheiten, Lern- und Arbeitsformen, Entwicklungsverzögerungen, Motivation, Verhalten, Anpassung, „typische“ Ausprägungen und Überformungen (wie Angsthase, Träumer) usw.

Es werden entsprechend viel Übungen gemacht: Zur Ruhigstellung, zur Normalisierung der Atmung, zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, zur Koordinierung von Bewegungen wie von Sprechen und Denken, zum Zu- und Hinhören, zur Verbesserung der Arbeitsweise und Arbeitshaltung usw. Zur Erleichterung des Sprechens werden Hilfen angeboten und mit ihnen geübt, außerhalb der Schulzeit wird oft noch Elternberatung versucht. Didaktische Überlegungen werden unter dem Aspekt durchgeführt, wie dem oder jenem Kinde im Unterricht Erfolgs-, Bestätigungs-, Leistungserlebnisse verschafft werden können. Der therapeutische Fächer umfaßt Symptome ebenso wie Wesenszüge des Kindes.

Von allen Seiten her wird versucht, Therapeutisches wirksam werden zu lassen. Wirkt es auch? Sicher zumindest auf den Lehrer! In welcher Lage sind die Lehrer! Sie unterrichten den normalen Volksschulstoff, sie erziehen zu einem Leben der Ordnung und Arbeit, sie umgeben die schwierigen Kinder mit erzieherischer Fürsorge, sie bieten jedem Sto-Kinde allgemeine und individuelle Hilfe im Unterricht, in Therapie- und Sonderstunden und sind um wohlthuende Atmosphäre in der Schule bemüht. Diese „Teppichwirkerei“ aus unterrichtlichen, erzieherischen, fürsorgerischen, therapeutischen und atmosphärischen Fäden, die der Lehrer alle in seiner Hand hält und teils für die Klasse, teils für das einzelne Kind laufend verweben muß, strapaziert ihn etwas, um desto mehr den Schüler im Schonklima zu bergen.

Kräfte, Funktionen, Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Züge der Haltung und des Wesens, Gewohnheiten, Schwächen sind in ihrer gegenwärtigen Beschaffenheit nur die Ausstrahlungen des zentralen Grundes der „Persönlichkeit“ der Kinder, des Wesensgrundes. Dieser Kern aber wird nicht ausreichend von dem Vielerlei an Bemühungen getroffen. Er nährt weiterhin alle Einzelsymptome, verstärkt eines, wenn ein anderes geschwächt oder wirklich beseitigt wurde, oder er läßt ein neues wachsen anstelle eines beseitigten. Dabei bleibt in jedem Falle jedoch die Frage nach der Wertigkeit, nach dem Stellenwert eines Symptoms: Ist es eine Randerscheinung oder zentral bedingt, handelt es sich um eine Angewohnheit oder um eine Notwendigkeit? In welcher Schicht ist es angesiedelt? Wie ist es motiviert? Die verschiedenen Symptome stehen ja nicht auf gleichem Niveau, sondern unterschiedlich weit ab vom Kern.

Muß man überhaupt für jedes isoliert feststellbare Symptom, für jede einzelne Auffälligkeit eine Methode, Maßnahme, Hilfe entwickeln, die zur

Beseitigung oder Milderung, zum Ausgleich beiträgt? Soll jedes „Unkraut“ einzeln gejätet oder soll „Bodensanierung“ getrieben werden? Man sollte schon (und will auch) Bodensanierung anstreben und den Wesenskern therapeutisch treffen. Dazu erscheint geeigneter als das Vielerlei jedoch der Weg der Psychotherapie zu sein.

Es erscheint zweckmäßig, logopädische Therapie und Psychotherapie (und logopädische Diagnose und Psychodiagnose) weiterhin unterschieden zu halten. Bei der Behandlung von z. B. Lispeln, Stammelern und Gaumenspaltern erfolgt weitgehend ein Funktionstraining des Sprechapparates, ohne daß es nötig ist, die Genese seiner Störung genauer zu kennen. Stotterer-Behandlung kann von vornherein nicht im gleichen Sinne Funktionstraining sein, da offenbar hier das Sprechen als „Funktion“ des ganzen Menschen verwirklicht wird. Ihm wieder zum „Funktionieren“ zu verhelfen, erfordert Kenntnis und Wissen um die Genese des Stotterns gerade bei ihm. Im ersten Falle — Störung beim Gebrauch des Sprechapparates — bleibt eine — durchaus mögliche — Problematik, mit der sich das Kind etwa quält, weitgehend zunächst unberücksichtigt, im zweiten Falle bietet gerade erst das Wissen um diese Problematik den Zugang, um die anthropologische Funktion und Leistung des Redens wieder in Gang bringen zu helfen.

Psychotherapie könnte Wesen und Kräfte vieler Sto-Kinder so stärken, daß damit der Boden für die logopädische Therapie bereitet wäre, sie wirksam ansetzen und sich zu einem Prozeß ausformen könnte. Deshalb sollte die Notwendigkeit, jedes Kind möglichst unbeeinträchtigt zu sich selbst gelangen zu lassen, auch in der Schule vor aller Symptombeeinflussung rangieren, gerade intensiver realer Möglichkeit nach.

Der Lehrer kann aber aus zumindest 3 Gründen sich dieser Aufgabe nicht unterziehen: Üblicherweise kennt er Psychotherapie nicht aus eigener praktischer Erfahrung. Wäre er aber imstande, sie an den Sto-Kindern zu praktizieren, so würde er das aus sachlichen Gründen nicht tun, weil Lehrer und Therapeut (in diesem Sinne) nicht identisch sein können (etwa als „Fordern“ und „Fördern“). Und schließlich fehlt für solche Therapie die zureichende differentielle und exakte Diagnose als Voraussetzung für die Indikation.

Dabei bietet sich ein leicht gangbarer Weg an: Man faßt Kinder in psychotherapeutischen Beschäftigungsgruppen zusammen, die — wie ein Hobby-Kursus — regelmäßig über längere Zeit laufen. Der Lehrer müßte jedoch eine Ausbildungslücke schließen und zusätzlich als Beschäftigungstherapeut oder Psychagoge lernen, daß und wie die psychotherapeutisch gemeinte Beschäftigung sich von der pädagogisch orientierten unterscheidet.

Für solche Gruppenverfahren könnte grundsätzlich dasselbe Material benutzt werden, das auch sonst in der Schule gebraucht wird. Von Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie kämen beispielsweise in Frage: Tönen, Fingermalen, Arbeiten mit Papier und Papiermaché, Glasmosaik, Linschnitt, Holz- und Metallarbeit. Man könnte diese Tätigkeit nach Erleb-

nisqualitäten, Indikation und Auswirkungen im therapeutischen Prozeß aufgliedern, wie z. B. etwa für das Tönen: In der Erlebnisqualität tritt für die Kinder hervor: Feucht, klebrig, erdig, haftend, undifferenziert, ungefährlich. Indiziert ist es vor allem bei analer Problematik, Geborgenheitswünschen, Antriebschwäche. Die Auswirkungen im therapeutischen Bereich gehen über Manschen und Kneten zu elementarer und differenzierterer gestalterischer Bewältigung, Angstüberwindung, Absättigung frühkindlicher und nicht ausgelebter Bedürfnisse, Stärkung des willensmäßigen Spannungsbogens.

Die unter dem Stichwort „Spieltherapie“ zusammenzuschließenden psychotherapeutischen Verfahren: Märchen-, Stegreif-, Stummenspiel, Puppen- und Kasperspiel, Sceno-, Psycho- und Biodrama stehen der schulischen Arbeit ebenfalls nahe, so daß sich ihre Anwendung zu therapeutischen Zielen ebenfalls in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses in der Schule empfehlen wird.

Wenn — wie für Tönen angedeutet — die genannten Formen aus Beschäftigungstherapie genauer spezifiziert wären, könnte man evtl. zu einem generellen Rahmen für einen Therapieplan (ähnlich dem Stoffverteilungsplan) kommen, der es zuläßt, die diagnostisch jeweils indizierte Methode zu wählen, um einen hohen therapeutischen Effekt bei zugleich möglichst geraffter Therapiezeit zu erreichen. „Langstreckentherapie“ ist ebenso fragwürdig wie die Konservierung von Kranken, die man lange Jahre nicht merkbar und befriedigend beeinflussen kann, obwohl man vielerlei, nur eben nicht die im Einzelfalle „notwendige“ Therapie betreibt. Man müßte von Fall zu Fall eine besondere Kombination von Methoden für den individuellen Therapieplan auswählen.

Die gegenwärtige Situation an Sprachkrankenschulen erscheint wenig befriedigend, weder für Lehrer noch für Schüler (die berechtigten, für die Kinder wertvollen Erlebnis-, Erfahrungs- und Wachstumsmöglichkeiten dieser Schulen mögen in diesem Zusammenhang außer Betracht bleiben), aber trotzdem stagniert sie praktisch seit Jahren.

Sie scheint des Überdenkens wert, auch um therapeutische Ansatzpunkte logopädischer Prägung zu finden, die zwar vielleicht nicht streng auf den individuellen Fall bezogen sind, dafür aber sich dem nähern, was am Sprechen transindividuell ist, also das Erlebnis eigener Teilhabe am Allgemeinen, Überpersönlichen anbetreffen. Wahrscheinlich bedeutet doch sein Sprechen für den Stotterer im Ansatz grundsätzlich erlebnismäßig etwas Ähnliches wie für jeden andern Menschen.

Es scheint, daß an Sprachkrankenschulen das Stottern zu sehr angesehen wird als sprecherisches Unvermögen im Sinne von Unvermögen zu der Leistung, die auf dem Gebiete der Sprache und des Sprechens normaliter anders, gekonnter vollzogen wird.

Bei dieser Beachtung des gegenwärtigen Status der Leistung hält man nicht gleichermaßen deren Genese im Auge. Sprechen beginnt ja nicht erst mit der

Reifung des Großhirns dafür, sondern vollzieht sich schon im biologisch-animalen Reifestadium als nicht- oder präverbales Sprechen. Von der Lautäußerung und dem Lallen entwickelt es sich zur Imitation und wird dabei auch verstümmelte Sprache (die aber nur vom Standpunkt verbaler Leistung aus verstümmelt ist, nicht für das Kind und nicht als Ausdruck dessen, was es meint. Die Mutter zumindest versteht es.). Bei dieser Angleichung der Sprache an das Lall-Vermögen des Kindes wird oft genug ein Wort zum Wortstumpf, und aus diesem Lautkeim bildet sich später das Wort wieder, das sich dann in seiner Bedeutung verbesondert zu seinem allgemeingültigen Inhalt. Was vordem der Sinn der nichtverbalen Äußerungen war, bleibt auch in der Wortstumpf-(Lautkeim-)Phase erhalten: Wie ein Bauklotz z. B. für das Kind alles Mögliche bedeuten kann, so benutzt es den Wortstumpf, um alles Mögliche aus seinem Erlebnis-Umfelde auszudrücken. (In der Schule taucht — aber als sprachliche Leistung — ähnliches beim Aufsuchen von Wortfeldern auf.)

Bis ins erste Schuljahr, d. h. über die fundierenden ersten 7 Lebensjahre hin, bleibt die lautliche Äußerung des Kindes i. a. weitgehend expressiv, selbst wenn dazu entsprechend der fortschreitenden Differenzierung des Kindes der Ausdruck (das, was es ausdrücken will) zunehmend in sprachliche Formen gefaßt wird. Grundlage und Einheit der Äußerung bilden Drang- und Triebhaftes, Affektives, emotionalsubjektives Erleben und Zumutesein. Diese innerlich (im Wesenskern) empfundene Bewegtheit äußert sich, die Äußerung ist in das Bewegtsein integriert, ist nichts isoliert Eigenständiges. Zunächst hat das Kind sicher nur ein Gespür und Freude daran, daß es sich äußern und sich selbst — mit spürbarer Wirkung — einem andern Wesen mitteilen kann. Inneres Bewegtsein ist (zumindest in den ersten Jahren) identisch mit Gesamtkörpermotorik.

Diese skizzierten genetischen Züge am Sprechen für die Therapie des Stotterns zu beachten, scheint geboten. Mag man auch Sprache als menschliche Leistung bezeichnen, so erwächst sie doch aus dem animalen Bereich erst in einem jahrelangen Prozeß dazu heran. (NB: Von „sprachlicher“ Äußerung, dem Beginn sprachlich richtig geformter Äußerung, die mit der Entdeckung des Eigenbereichs der Sprache einhergeht, sollte man der qualitativen Andersartigkeit wegen korrekterweise erst etwa vom 7. Lebensjahre an reden. Dann erst tritt Sprache in den Bereich bemerkender Beachtung, löst sie sich aus der drang- und triebhaften Bindung des auch körperlichen Bewegtwerdens und Sichbewegens.) Da die Stotterer diesen Prozeß nicht „normal“ vollziehen, wird man das Ursachengeflecht dafür an seinem Beginn suchen müssen, zumal statistisch wohl feststeht, daß weitaus am häufigsten das Stottern zwischen dem 3. bis 7. Lebensjahre anfängt.

Es ist ferner zu vermuten, daß auch das Verhältnis des Stotterers zur Sprache aus seiner seelischen Struktur heraus erheblich abweichend ist — wie nahezu alle seine Beziehungen — von altersgemäßer „normaler“ Ausprägung. Der Stotterer lebt in der Sprache nicht anders als sonst in der mensch-

lichen und sachlichen Umwelt, weil er auch dafür nur eben seine gehemmten Lebenskräfte zur Verfügung hat. Wir brauchen uns nur zu vergegenwärtigen, daß jeder, der spricht, sich im gerade gegenwärtigen Augenblick doch ausgesprochen zukunftsgerichtet verhält. Das Kommende ist schon im Gegenwärtigen simultan mit vorhanden. Oben wurde gesagt, daß der Stotterer geringe Voraussicht habe.

Im Unterricht kann man z. B. feststellen, daß er häufig ein Wort nicht „zur Hand“ hat. Ferner, daß er zwar offensichtlich etwas meint, aber ehe er es hat sprachlich fassen können, zerfließt es ihm. Offenbar gelingt es dem Stotterer nicht, vorausschauend in dem, was er meint und sagen will, einen vorläufigen Ruhepunkt zu erkennen und festzuhalten, bis er sich an ihn herangesprochen hat. Die gliedernde und leitende, ordnende Cäsur paßt nicht in seine Dissoziiertheit. Anscheinend entgeht ihm auch die Erfahrung, daß häufig in einem Wort (z. B. Brand) zugleich etwas Zuständliches wie ein Prozeß gemeint und beschlossen ist. Auch die Vieldeutigkeit eines Wortes (z. B. angestellt) macht dem Stotterer sichtlich Mühe. Aber das sind Einzelbeobachtungen, die doch, bei aller Vorsicht, zu der Vermutung zu berechtigen scheinen, daß beim Stotterer sowohl Sprechen (das Tun) als auch Sprache (die Sache) gestört sind. Man sollte diese Frage genauer untersuchen (und bekäme vielleicht am Rande wertvolle spezielle Hinweise für den Deutschunterricht).

Neben der Beachtung von Eigenart und gewichtsmäßiger Dauer der nicht-verbalen Phase der Äußerung sollte in der Therapie an Sprachkrankenschulen auch der Erlebniswert der Sprechsituation beachtet werden. Sprechen ist die dialogische menschliche Situation. Gemeinsam mit dem Partner bewegt man sich (beide werden bewegt, bewegen einander) um den gleichen Stoff. Der Gegenstand ist gleichermaßen bewegend wie der Partner. Zunächst — und auf Jahre hin — dominiert der Stoff keineswegs. Im Gespräch (dem ersten im Leben jedes Menschen) der Mutter mit ihrem Kleinstkind ist die partnerschaftliche Einheit (leiblich und der emotionalen [Überein-] Stimmung nach) durchaus allein im Erlebnis vorherrschend. Für das Kind ist überhaupt nur sie erlebbar, ihr ist es zugewandt. Man könnte also sagen: Sprechen fängt an mit dem Selbsterlebnis in der Anmutung des mitmenschlichen Partners. Diesem seinem Wesen öffnet sich das eigne expressiv. Erst spät reift das Kind dazu heran, mit jemandem über etwas zu sprechen. Lange noch bleibt es so, daß das Kind mit seinem Partner nur über das spricht, was ihm nahegeht und nahesteht. Das Sprachliche daran ist kaum maßgeblich, kann aber wohl wichtig werden z. B. als Mittel, um die Kontaktsituation, dem Bei- und Miteinander (abends!) größere Dauer zu verschaffen. (Es wird hierbei das erlebt und praktiziert, was eben (Brand) als Status wie als Prozeß erwähnt wurde. Sprachliche Formen sind kristallisierte Prägungen von Erlebnisvorgängen.)

(Schluß in Heft 3/1966)

ALBERT LIEBMANN — EIN VORKÄMPFER DER MODERNEN
SPRACHHEILKUNDE

Die neuen Ergebnisse der Sprachheilkunde unserer Zeit halten uns in ständiger Spannung. Aber trotzdem ist es wertvoll, sich auch wieder einmal mit den Begründern unserer Arbeit zu beschäftigen.

Im Berlin der ersten 30 Jahre unseres Jahrhunderts lebten und arbeiteten zwei der bedeutendsten deutschen Sprachheilärzte, denen wir die Begründung unserer Arbeit verdanken: Professor Dr. med. Hermann GUTZMANN d. Ä. und Dr. med. Albert LIEBMANN. Beide wurden im selben Jahre geboren, Albert Liebmann am 22. 3. 1865 in Strausberg bei Berlin. Liebmann war Jude, seine Eltern sprachen zu Hause jiddisch, eine Mischung von Mittelhochdeutsch mit polnischen Wörtern. Dadurch daß er schon sehr früh hochdeutsch und jiddisch nebeneinander sprechen hörte, wurde er auf linguistische und sprachpsychologische Probleme gelenkt, und dadurch entstand seine Neigung zur Sprachtherapie. Seit 1888 hielt Gutzmann, der in einer Taubstummschule aufgewachsen war, als junger Arzt Lehrkurse über Sprachstörungen für Ärzte und Lehrer ab. Liebmann, der unterdessen auch Arzt geworden war, nahm an einem dieser Kurse teil. Er wurde Gutzmanns Assistent, 1895 veröffentlichten sie gemeinsam in den Wiener Medizinischen Blättern eine Arbeit mit dem Titel „Pneumographische Untersuchungen über die Atmung der Stotternden“. Doch wenige Jahre später erfolgte Liebmanns radikale Abkehr von der Gutzmannschen Behandlungsmethode für Stotterer. Um die Gegensätzlichkeit der Anschauungen dieser beiden großen Begründer der deutschen Sprachheilkunde in bezug auf die Stottererbehandlung zu verstehen, wird zunächst die Gutzmannsche Therapie dargestellt.

Gutzmann gründete seine Behandlungsweise des Stotterns auf physiologische Erkenntnisse. Er vertrat eine rationale Übungstherapie. In seiner „Sprachheilkunde, Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit bes. Berücksichtigung der Therapie“ 3. Auflage Berlin 1924 liest man auf Seite 467 in hervorgehobenem Druck: „... Diese bewußt physiologische Übung ist die Seele der Methode. Die bewußt physiologische Übung ist die Hauptsache, alles übrige kommt dann von selbst.“ Diese Übungen beschreibt Professor Gutzmann in seinem Lehrbuch ausführlich. Es sind Atem-, Stimm- und Artikulationsübungen. Beim Thema Atemübungen schreibt Gutzmann zwölf bestimmte gymnastische Übungen vor (Armheben, -kreisen, -stoßen usw.) Er verwendet dabei auch einen Stab hinter dem Rücken, fordert Tiefatmen und das Üben des Atemhaltens. Die Notwendigkeit dieser Übungen, die in seinem Lehrbuch ganz ausführlich dargestellt sind, erklärt er auf S. 157 u. a. folgendermaßen: „Erleichterung und Regelung der Ein- und Ausatmung sind noch deshalb besonders wichtig, weil sie eine Stärkung des Willenseinflusses auf die Atmungsmuskulatur zur Folge hat.“ Auch die Stimmübungen beschreibt Gutz-

mann in allen Einzelheiten, ausgehend vom Hauch kommt er über das Flüstern zum weichen Stimmeinsatz der Vokale. Die Artikulationsübungen bestehen aus solchen mit Konsonanten, Silben, Wörtern und Sätzen. Auf Seite 468 schreibt er: „Wenn sich der Stotterer bewußt wird, so und so muß ich sprechen, das ist so wie alle anderen Menschen sprechen, spreche ich nach den Vorschriften, so kann ich gar nicht stottern — dann ist das Rätsel der psychischen Behandlung des Stotterns gelöst — es bedarf eben keiner mehr.“

Dieser physiologischen Methode setzt Liebmann seine psychologische entgegen. Er will den Stotterer und seine Umgebung zunächst darüber aufklären, daß seine Behandlung kein „Unterricht“ sei. Wenn der Stotterer allein sei, könne er doch genau so fließend sprechen wie jeder andere Mensch; er ver falle dem Stottern also nur durch die Angst vor dem Zuhörer. Es komme also darauf an, ihn von dieser Angst zu befreien.

Um die Ursache der Sprechangst festzustellen, versucht Liebmann die Persönlichkeit des Patienten und seine Lebensumstände kennen zu lernen. Handelt es sich z. B. um einen Schüler, so prüft er u. a., ob bei ihm Wissenslücken vorliegen. In diesem Falle empfiehlt er den Eltern, Nachhilfeunterricht erteilen zu lassen. Er setzt sich auch mit dem Lehrer des Kindes in Verbindung und veranlaßt ihn, dem Leiden gegenüber eine Haltung einzunehmen, die das Kind nicht beschämt oder entmutigt. Auch den Angehörigen des Patienten gibt er pädagogische Ratschläge. Mit den Patienten selber beginnt er sofort gemeinsam ganz einfache kleine Sätze zu sprechen und zu lesen; er selber läßt dann im Sprechen nach und beweist dann dem Patienten, der allein weiter gesprochen hat, daß er normal sprechen kann, wenn er keine Angst hat. Er erklärt ihm, daß gehemmte Sprache die Folge einer zu großen Aufmerksamkeit für den Sprechakt sei und daß auch viele andere Menschen oft stockend sprächen; sie merkten es nur selber nicht oder machten sich nichts daraus. Dem erwachsenen Stotterer gibt er Erklärungen über die physiologische Entstehung der Stimme und der Sprache und der Sprechhemmung. Er legt großen Wert darauf, zu zeigen, daß diese Vorgänge unbewußt verlaufen, und er endet diese Erklärungen mit dem Rat: „Überlassen Sie es dem Sprechapparat allein, zu arbeiten, so wie die Beine ja auch von selber laufen, ohne daß wir darauf achten, wie die Schritte gesetzt werden.“ Die Regeln, die Liebmann als Kern der Therapie empfiehlt, sind folgende: Achte überhaupt nicht auf deine mechanische Sprache! Laß Dich von dem Sinn Deiner Rede nicht ablenken! Laß Dich durch kein Anstoßen auch nur im Geringsten stören! Vermeide alle Anstrengungen beim Sprechen! Tiefes und bewußtes Atmen beim Sprechen ist unnötig, jedes willkürliche Eingreifen in den Sprechmechanismus ist schädlich. Alle Stockungen sollen mit Unempfindlichkeit ertragen werden.

Es ist wohl kaum ein größerer Gegensatz zu der damals in Berlin herrschenden Behandlungsmethode denkbar.

Auch der Stammer, der Hörstummen, Agrammatiker und geistig schwer behinderten Kinder ohne Sprache nahm er sich in seiner Berliner Privat-

praxis an. Mit Geduld und liebevoller Aufmerksamkeit widmete er sich allen Patienten. Er versuchte die Ursachen verzögerter Sprachentwicklung festzustellen und glaubte sie z. T. in Mängeln der Aufmerksamkeit, in bestimmten Sinnes- und Gedächtnistypen zu finden, z. B. in fehlerhaften Form-, Farb-, Größen- und Raumerkenntnissen. Er malte selber hunderte von Bildern in verschiedenen Größen, um mit ihrer Hilfe eine Sprache aufzubauen. Es wird von ihm erzählt, daß die wildesten Kinder ohne Scheu auf seinen Schoß kletterten, um seinen langen Bart zu kraulen und dann zu tun, was er von ihnen verlangte.

Bei der Behandlung der Sigmatismen mutet seine Methode ganz modern an. Zum Beispiel behandelte er Sigmatiker ohne Sonden, die damals noch als notwendiges Hilfsmittel angesehen wurden, und er hielt auch eine Hörstörung für eine mögliche Ursache des Sigmatismus, eine Ansicht, die heute meist auf die genaueren Untersuchungen der 50er Jahre zurückgeführt wird.

Einen wichtigen Rat gibt Liebmann allen Sprachtherapeuten: Da die meisten Patienten nach kurzer Zeit gut sprechen, bzw. Fortschritte erzielt haben, solange sie mit dem Therapeuten allein sind, bedarf es einer Überleitung zu freien Gesprächen im täglichen Leben. Dafür schlägt er vom Therapeuten arrangierte Gespräche in Gegenwart eines Angehörigen oder auch eines Fremden vor.

Da über das Leben Albert Liebmanns, — der 1934 nach mehrjähriger Krankheit starb — sehr wenig zu erfahren ist, bin ich dem früheren Berliner Spracharzt Dr. GUMPERTZ, der jetzt in Jerusalem lebt und arbeitet, dankbar für zwei Erinnerungen, die er mir mitteilte: „In der Inflationszeit 1923 lebte die Familie Liebmann nur von den Honoraren der Patienten, die meist bei Bezahlung schon entwertet waren, so daß die Familie Hunger litt. Trotzdem erlaubte Liebmann mir, eine Zeitlang bei ihm zu hospitieren, und er besprach die behandelten Fälle nach den Sprechstunden mit mir. Dies war besonders großzügig von ihm, weil er wußte, daß er mir damit verhalf, selber eine Praxis zu gründen.“ Die zweite Erinnerung bezog sich auf Liebmanns 60. Geburtstag. Gumpertz schreibt: „Der Tag blieb mir deshalb so fest in Erinnerung, weil LIEBMANN gleich auf mich zukam, und Gratulanten und Familie eine halbe Stunde sitzen ließ, um sich mit mir über einige sprachpsychologische Beobachtungen auszusprechen.“ Diese Erinnerung möge als ein Zeichen für den Ernst aufgefaßt werden, mit dem Liebmann seinen Beruf betrieb. In Holland wurde mir folgende Sache erzählt, die seine Bedeutung als Therapeut für Stammerler zeigt: Wenn ein Kollege der älteren Generation gefragt wurde, was für Fälle er behandle, dann gäbe er zur Antwort: Ich muß jetzt „liebmannen“.

Liebmanns „Vorlesungen über Sprachstörungen“, die in 10 in sich geschlossenen kleinen Bändchen in den ersten 20 Jahren dieses Jahrhunderts erschienen, z. T. in zweiter Auflage, sind leicht zu lesen. Meist gehen sie von vielen praktischen Beispielen Sprachgestörter aus, deren

Charaktere bzw. Lebensumstände er zur Erklärung der Diagnose heranzieht. Die therapeutischen Anweisungen gehen auch meist von Liebmanns eigener Arbeit an diesen Patienten in ganz konkreter Weise aus. Auch seine therapeutischen Anweisungen sind anschaulich dargestellt. In einer kleinen Schrift „Stottern und Stammeln“, herausgegeben in Berlin 1904, gibt er dem Therapeuten eine Möglichkeit, sich ein kleines Kehlkopfmodell mit einfachsten Mitteln selber herzustellen. Diese Schilderung soll hier abgedruckt werden. Der Fachmann wird nur beanstanden, daß vielleicht die Darstellung der Stimmbänder etwas irreführend ist, da ihre wulstige Form nicht genügend zutage tritt. Aber die Möglichkeit, die Bewegung der Stimmlippen oder Stimmbänder vorzuführen, scheint mir in genialer Weise gelöst. Daher folgt hier diese Beschreibung:

„Den verwickelten Bau des Kehlkopfes lernt man sehr schwer aus Abbildungen kennen. Dagegen gewinnt man leicht die richtige Anschauung, wenn man sich nach folgenden Angaben ein kleines Kehlkopfmodell zusammenstellt.

Wir nehmen einen möglichst weiten Siegelring mit großer Platte. Er hat genau die Gestalt des Grundknorpels. Den schmalen Reif richten wir nach vorn, die breite Platte nach hinten. Der Grundknorpel trägt seinen Namen, weil er die Grundlage des Kehlkopfes bildet. Jetzt falten wir ein rechteckiges Papierkärtchen so zusammen, daß es aus zwei gleichen Quadraten besteht, deren Seiten etwa die Länge eines Fingergliedes haben. Ähnlich sieht der Schildknorpel aus, der aus zwei vorn in einem Winkel vereinigten Platten besteht, die sich nach hinten weit öffnen und den oberen Teil des Kehlkopfes vorn und seitlich begrenzen.

Wir können die beiden Platten des Schildknorpels am Halse deutlich fühlen.

Wir biegen also das zusammengefaltete Kärtchen bis zu einem spitzen Winkel auseinander und befestigen es mit etwas Wachs so mit dem Siegelring, daß die Verbindungskante der beiden Quadrate im Mittelpunkt des schmalen Reifens senkrecht steht zur Ebene des Ringes.

Als Modell der beiden Gießkannenknorpel dienen uns zwei kleine dreiseitige Pyramiden aus Wachs, deren Grundflächen je ein rechtwinkliges Dreieck bildet. Die dreiseitige Grundfläche wird beiderseits an dem oberen Rand der Platte des Ringknorpels in der Weise befestigt, daß die eine spitzwinklige Ecke des Grunddreiecks nach vorn, die zweite spitzwinklige nach außen, die dritte rechtwinklige Ecke nach hinten und innen liegt. Die nach vorn gerichtete Ecke des Gießkannenknorpels heißt der Stimmfortsatz desselben. Die Befestigung der Pyramiden muß so geschehen, daß sie um ihre senkrechte Achse drehbar sind.

Die Gießkannenknorpel sind nämlich miteinander und mit den übrigen Knorpeln des Kehlkopfes durch kleine Muskeln verbunden und können durch diese um ihre senkrechte Achse gedreht werden. An der Innenfläche der Platten des Schildknorpels ziehen nun beiderseits in der Richtung von vorn nach hinten die Stimmbänder entlang; vorn beginnen sie im Winkel des Schildknorpels und sind hinten am Stimmfortsatz jedes Gießkannenknorpels befestigt. Die Stimmbänder sind elastisch; in ihrem Innern sind kleine Muskeln eingebettet, durch die wir die Spannung der Stimmbänder verändern können.

Wir stellen die Stimmbänder an unserem Modell durch zwei Wollfäden dar, die vorn an einem gemeinschaftlichen Punkte im oberen Teil der Verbindungskante des Papierkärtchens und hinten an den nach vorn gerichteten Ecken der beiden Grunddreiecke der Wachspyramiden an den Stimmfortsätzen befestigt werden.

Wenn durch die kleinen Kehlkopfmuskeln die Gießkannenknorpel um ihre senkrechte Achse gedreht werden, so daß die Stimmfortsätze weiter nach außen gehen, dann weichen die Stimmbänder weit auseinander, und es entsteht ein dreieckiger Spalt, die sogenannte Stimmritze. Werden die Stimmfortsätze wieder nach innen gedreht, so wird die Stimmritze geschlossen.

An unserem kleinen Kehlkopfmodell können wir leicht durch Drehung der Wachspyramiden um ihre senkrechte Achse das Spiel der Stimmbänder uns an den Bewegungen der Wollfäden verdeutlichen.“

Anschrift der Verfasserin: Martha Friedländer, 28 Bremen, Ellhornstr. 17

Umschau und Diskussion

Bericht über die Arbeitstagung des Verbandes deutscher Vereine zur Förderung und Betreuung spastisch gelähmter Kinder e.V. am 22. u. 23. 10. 1965 in Köln mit dem Thema: „Heilpädagogische Bemühungen um die Rehabilitation spastisch gelähmter Kinder“

Über 500 Ärzte, Psychologen, Heilpädagogen, Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Krankengymnasten, Beschäftigungs- und Sprachtherapeuten aus allen Teilen der Bundesrepublik und Westberlin trafen sich zu einer Arbeitstagung im Städtischen Kinderheim in Köln-Sülz.

Nach der Begrüßung gab der Verbandsvorsitzende, Reg.-Dir. **Groß**, Düsseldorf, einen Bericht über die im letzten Jahr geleistete Arbeit des Vereines. Der Verband vertritt 41 Elternvereine, die zur Einrichtung von 33 Tagesstätten für Körperbehinderte beigetragen haben. Von 53 Sonderschulen für Körperbehinderte dienten bisher nur 10 allein Spastikern. Es gibt jedoch nach vorsichtigen Schätzungen in der Bundesrepublik und Westberlin 50 000 spastisch gelähmte Kinder zu versorgen. Es werde weiterhin ein Rehabilitationsgesetz gefordert. Ein solches werde eine Konzentration der Hilfsmaßnahmen ermöglichen und leichteres Arbeiten der Wohlfahrtsverbände bedeuten.

Prof. Dr. Dr. v. Bracken, Marburg, berichtete über die notwendige heilpädagogische Forschung unter besonderer Berücksichtigung der Zerebral-Paretiker. Er bezeichnete sie als eine der schwersten Arbeitsaufgaben auf heilpädagogischem Gebiet. Man komme aber ohne sie bei den komplizierten Verhältnissen im körperlich-seelischen Gesamtverhalten des Zerebral-Paretikers nicht aus. Schon allein zur Richtungsdisposition sei Forschung auf dem Gebiet der Erziehungsbehandlung unbedingt erforderlich. Würden doch diese Kinder bei zu hohen Forderungen an sie „aus dem Felde gehen“ (n. **Lewin**). Er erwähnte in diesem Zusammenhang die Arbeiten von **Eleanor Schonell** und **Elisabeth Mayer-Taylor**, die hierzu Grundlegendes in Birmingham untersucht hätten. Zur Frage der Diagnostik nahm er im Rahmen der Testverfahren und ihrer Anwendbarkeit auf Spastiker Stellung. So sei die Auslegung projektiver Verfahren doch anders bei Kranken zu handhaben als bei Gesunden. Man müsse in dieser Hinsicht mehr Mut zur Ausarbeitung neuer Projektionsmethoden zeigen. **Franz Schönberger** habe in Österreich Mimikstudien bei Spastikern vorgenommen und in diesem Zusammenhang Ausdrucksreaktionen gedeutet.

Prof. Dr. Jussen, Köln, referierte über die Notwendigkeit der vorschulischen Betreuung zerebralgelähmter Kinder in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Sonderschule. Da diese Kinder oft erst mit vier Jahren dem Facharzt vorgestellt würden, blieben ihre Bewegungsformen auf der Stufe eines einmonatigen Säuglings stehen. Physikalisch könnte eine Behandlung schon nach sechs Lebensmonaten einsetzen (Bobathverfahren). Ohne Frühbehandlung würden sich die falschen Bewegungen

Beachten Sie bitte die verschiedenen Einladungen in diesem Heft und auf dem beiliegendem Blatt.

Die Redaktion

jedoch „einschleifen“ und zu mehrdimensionalen Störungen führen. Er verwies auf die gegenseitige Abhängigkeit von Hör-, Sprech- und Bewegungsfähigkeit. Würden doch die auslösenden Reize der Umwelt Aufforderungscharakter haben und damit die Selbsttätigkeit in der Motorik anregen. Jussen erwähnte in diesem Zusammenhang, daß ein Drittel aller Spastiker Hörschäden und die Hälfte Sprachschäden hätten. Da im dritten und vierten Lebensjahr der Abschluß des Sprechlernens erfolge, sei alles Spätere nur mühsames Nachholen. Daher ist für die Frühbehandlung neben der Aufklärung der Eltern die enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Sonderschule erforderlich. Die genaue Kenntnis des Syndroms sollte daher dem betreuenden Personal zur Bedingung gemacht werden. Die im Elternhaus beginnende Frühbehandlung helfe, beim Kleinkind irreparable Schäden zu vermeiden und stärke das Selbstvertrauen. Der Kindergarten hat dann die Aufgabe, auf die Schule vorzubereiten. Die Frühbetreuung im Elternhaus und die weiterführende im Kindergarten könnten in ihrer Bedeutung für die körperliche, seelische und geistige Entwicklung des Kindes nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Der dritte bedeutende Vortrag des Tages wurde von Prof. Dr. Heese, Hannover, gehalten. Er sprach über die Ausbildung von Lehrkräften für Körperbehindertenschulen. In der Eigenschaft des Heilpädagogen habe der Lehrer im Unterrichten und Erziehen sein zweifaches „Berufsgeschäft“ auszuüben. Er erzieht und unterrichtet, wo allgemeine Erziehung und Unterrichtung versagen. Der Heilpädagoge habe lebendigen Kontakt zum Kinde zu halten, ihn dauerhaft auszubauen. Er muß ihn aber auch im notwendigen Zeitpunkt wieder vorsichtig lösen können. Er sollte ein enges, lebendiges und positives Verhältnis zu den Fachwissenschaften haben. Wichtig sei für ihn auch das Prinzip des unsentimentalen Helfens in „wissender Geduld“. Die Hochschulen könnten dem lernenden zukünftigen Heilpädagogen nur Hilfen geben, ihn anleiten. Später sei er, vor allem als Körperbehindertenlehrer, fast völlig auf sich allein gestellt, wie es z. B. im Krankenhausunterricht der Fall ist. Heese empfiehlt eine viersemestrige Ausbildung für den Heilpädagogen mit Kombinationsmöglichkeiten zu anderen Sonderschulsparten. Diese Möglichkeiten sieht er für den Körperbehindertenlehrer zu den Fächern der Sprachheil- und der Lernbehindertenpädagogik. Um einer „Verdünnung“ in den Anforderungen im Hauptfach zu begegnen, könnte man die Prüfung im Nebenfach durch Seminare erleichtern. Der Referent hält auch für die allgemeine Lehrerbildung ein Minimalprogramm für notwendig, damit der angehende Lehrer geschädigte Kinde seiner eigenen Klasse erkennen kann. Eine Lösung dieser Frage sei sicher im Rahmen der schulpraktischen Ausbildung möglich.

Am zweiten Tag der Arbeitstagung bestand die Möglichkeit einer Besichtigung der Kölner Sonderschule für körperbehinderte Kinder. Sie wird z. Z. von 150 Kindern besucht, die wegen ihrer Behinderung nicht zur Volksschule ihres Wohnbezirkes gehen können. Es werden bevorzugt schwerbehinderte Kinder aufgenommen. Die Schüler sind körperlich, aber nicht geistig behindert. Daher hat diese Schule das gleiche Bildungsziel wie die anderen Volksschulen. Man hat jetzt auch eine Realschulklassen eingerichtet. Die Schule wird in der Form einer Ganztagschule geführt. Unterrichtszeit und Gesamtorganisation sind darauf abgestellt. Vom Eintritt in den Kindergarten bis zur Schulentlassung werden die Kinder von einem gut zusammenarbeitenden Team (Psychologin, Heilpädagogen, Werklehrerinnen, Kindergärtnerinnen, Krankengymnastinnen, Kinderschwestern, Kinderpflegerin, Busfahrer) betreut. Die ärztliche Behandlung erfolgt ambulant durch die Universitätskliniken.

Bei den Zerebral-Paretikern ist die krankengymnastische Behandlung auch Grundlage der Sprachheilbehandlung. Sorge macht aber die berufliche Eingliederung der Körperbehinderten, obwohl die Stadt Köln auf dem Gebiet der Heilpädagogik vielen Wünschen entgegenkommt.

Frau Seegers, Sonderschullehrerin in Hannover, zeigte Wege und Hilfen im Schreibunterricht mit hirngeschädigten Kindern. Sie versucht mit der Methode des rhythmischen Schreibunterrichtes die Phase des taktilen Umwelterlebens beim Körperbehinderten nachzuholen. Um die Ansatzstellen zu verringern, arbeitet sie nach der Ganzheitsmethode und nutzt den Schreibschwung rhythmisch voll aus. Auf Tafeln wird groß vorgeschrieben, die Kinder arbeiten in der Luft mit den Fingern nach, dann an der Tafel recht groß mit Kreide und schreiben schließlich das Wort auf unlinierte DIN-A4-Blätter. Es wird in der 1. und 2. Klasse ein weicher Minenstift oder ein Filzschreiber benutzt. Im 3. Schuljahr erfolgt die Umstellung auf die Schreibmaschine. Ein Kurzfilm, der von Frau Seegers gezeigt wurde, veranschaulichte recht überzeugend diese Methode im Erstschriftunterricht mit hirngeschädigten Kindern.

Anschrift des Berichterstatters: Horst Rau, Lehrer an Besonderen Schulen,
Berlin 30, Grainauer Str. 6

Einladung zu dem Kursus „Die pädagogische Behandlung des Stotterns und der Sprachstörungen“

Einladung zu dem Kursus „Die pädagogische Behandlung des Stotterns und der
in der Zeit vom 1.—6. August 1966 wird ein sechstägiger Kursus über Behandlung
des Stotterns für Sprachpädagogen, vorzugsweise aus Skandinavien, abgehalten.
im Statens Institut for Talelidende (Staatliches Institut für Sprechgestörte) in
Hellerup.

Der Kursus verläuft in dem gleichen Rahmen wie in den vergangenen Jahren
(direkte Unterweisung der Teilnehmer mit Vorträgen über Stottern und Sprech-
therapie und Zusammensein mit einigen Stotterern).

Der Preis für die Teilnahme beträgt 250,00 Kronen (dänische) pro Person und
umfaßt außer Unterricht und Vorträgen auch die Benutzung technischer Hilfsmittel
(Tonbandgeräte, Schreibmaschinen u. ä.), sowie Zugang zur Küche.

Die Teilnehmer müssen sich selbst um ihr Nachtquartier kümmern. Jedoch wird
die Kursusleitung, wenn notwendig, hierbei behilflich sein. Bei der Eröffnung des
Kurses wird ein Komitee gebildet werden — bestehend aus einigen Lehrern und
Teilnehmern — zur Wahrnehmung der ökonomischen und praktischen Verhältnisse
im Zusammenhang mit dem Kursus. Der Kursus wird im wesentlichen auf gedruck-
ten Abhandlungen über diese Themen aufgebaut sein, wie der Abschnitt über
die pädagogische Behandlung des Stotterns in „Nordisk laerebog for talepaedagoger“
(„Nordisches Lehrbuch für Sprachpädagogen“) 2. Teil.

Interessenten werden gebeten, ihre Teilnahme so schnell wie möglich anzumelden,
damit die Anzahl der Teilnehmer und Lehrer aufeinander abgestimmt werden kann.
Der letzte Termin für die Anmeldung ist der 1. Juli 1966. Zeitige Anmeldung wird
empfohlen.

Das nähere Programm für den Kursus wird nach Ablauf der Anmeldefrist bekannt-
gegeben werden.

Am Sonntag, dem 31. Juli um 20.00 Uhr, wird im Institut, Saal 2, ein Empfang
(Vorbesprechung) stattfinden.

Svend Smith.

Unterzeichnender (Blockschrift)

wohnhaft

meldet sich hiermit für den Kursus vom 1.—6. August (einschl.) an.

.....
Unterschrift

Dieses Formular wird an die Kursusleitung, Rygards Alle' 45, Hellerup, geschickt.

Cours de Vacances de Logopedie

Organisé par le Dr. Jorge Perelló

Sous le patronage de l'Académie de Sciences Médicales de Barcelone et de l'Association espagnole de Logopédie et Phoniatrie.

Ce Cours de Vacances aura lieu dans le Département de Phoniatrie au Service O. R. L. de l'Hôpital de San Pablo, Barcelone du 1er au 13 Août 1966.

Les conférences seront données Français par des Professeurs français, belges et espagnols.

Ce Cours de récapitulation comprendra tous les thèmes: anatomie, physiologie, diagnose, pathologie et thérapie.

L'emploi du temps consistera:

- en deux leçons par jour.
- des visites à la ville, monuments, musées, etc. etc.
- aux villes d'intérêt touristique, Costa Brava, Montserrat, Vich, Ripoll etc.
- bains de mer aux plages environnantes.

Le prix de l'inscription au Cours, chambre et pension complète dans une Résidence, toutes les visites et excursions sera de 8.000 pesetas. Un certificat sera délivré à tous les assistants. Les inscriptions devront être envoyées au Dr. J. Perelló, rue Provenza 319, Barcelona-9, Espagne, avant le 15 Juin 1966.

Gestalten Sie

das Bild und den Ruf unserer neu eröffneten Kinderklinik Schloß Dehrn, indem Sie als

Sprachtherapeutin

bei ihrem Aufbau mitwirken.

Es erwartet Sie weitgehende Selbständigkeit im sprachtherapeutischen Bereich. Die angestrebte Teamarbeit mit dem Arzt, dem Diplom-Psychologen, den Gymnastiklehrerinnen und der Atemgymnastin wird Ihrer Arbeit Geltung verleihen.

Alle räumlichen und sachlichen Voraussetzungen (u. a. Gymnastikhalle u. Hallenschwimmbad) für eine erfolgreiche Arbeit sind vorhanden.

Wir bieten **Vergütung nach Gruppe Vb BAT**, zusätzliche Altersversorgung, Krankheitsbeihilfen, geregelte Arbeitszeit, Erholungsurlaub bis zu 36 Werktagen u. a. m.

Sehr gute Unterbringung und Verpflegung zu günstigen Bedingungen im Heim.

Die Klinik liegt in landschaftlich schöner Umgebung ca. 5 km von Limburg/Lahn entfernt.

Bewerbungen oder unverbindliche Anfragen erbitten wir unter Kennziffer II-766 an den

Landeswohlfahrtsverband Hessen
35 Kassel, Ständeplatz 6-10

Aus der Organisation

Johannes Wulff 40 Jahre im Schuldienst

Der 15. April 1966 war ein ausnehmend guter Tag: Johannes Wulff feierte im Kreise seines Kollegiums sein 40jähriges Dienstjubiläum.

Die Aula „seiner“ Schule für Sprachkranke mit Mittelschule faßte kaum die Gratulanten, die — wie wohltuend! — ohne Manuskript ihrem Kollegen und Freund ehrlich sagten, wie sehr sie ihn schätzen und ihm dankbar sind für die menschliche und fachliche Förderung, die er ihnen für ihr Bemühen um die weitergehende Rehabilitation der Sprach- und Hörgeschädigten gegeben hat.

Die Förderung der Rehabilitation der Gaumenspalter ist wohl das größte Verdienst dieses prominenten Fachpädagogen. Seine theoretischen und praktischen Arbeiten dürften einmalig und jedem Fachkollegen hinreichend bekannt sein. „Die Sprachheilarbeit“ würdigte Johannes Wulffs Leben und Wirken ausführlich anlässlich seines 60. Geburtstages im Heft 2 — Juni 1962.

So darf der langjährige Bundesvorsitzende unserer „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik“ auch noch bis zum Ende seines aktiven Dienstes die Früchte seines unermüdlchen Wirkens beobachten: In den Studienplan der Universität Hamburg für das Lehramt an Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachkrankenschulen wird auch die Theorie und Praxis der sprachheilpädagogischen Therapie der LKG-Spaltler aufgenommen. Im Herbst findet in Köln eine Versammlung statt, die er sich schon seit Jahren gewünscht hat: eine Gemeinschaftsversammlung unserer Gesellschaft mit der „Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumafragen und klinische Hirnpathologie“. Eine intensivere Ursachenforschung, besonders der Krankheit Stottern-Poltern hat Herrn Wulff in den letzten Jahren sehr am Herzen gelegen.

Leider mußte Herr Wulff auch einen harten Schicksalsschlag hinnehmen: seine gütige Frau starb überraschend und viel zu früh einen Tag vor Weihnachten. Die Familie seiner Tochter versucht, jetzt ins Elternhaus eingezogen, mit ihm gemeinsam diesen Verlust zu tragen. Als Opa hat Herr Wulff glücklicherweise auch zu Hause wenig Zeit zum Traurigsein.

Für die letzte Zeit seines aktiven Dienstes wünschen wir alle Herrn Rektor Johannes Wulff, daß jeder Tag ein guter sein möge: für ihn und seine Aufgaben am Behinderten, für seine freiwilligen Verpflichtungen bei der Ausbildung unseres Fachpädagogen-Nachwuchses und schließlich doch auch der „Arbeitsgemeinschaft“ zuliebe, einem seiner „liebsten Kinder“!
Glück auf — auch weiterhin!

Konrad Leites

Hans Wendpap 50 Jahre im Staatsdienst

Zum 50jährigen Dienstjubiläum überreichte ein Hoher Senat der Hansestadt Hamburg unserem Kollegen Hans Wendpap am 23. 3. 66 einen goldenen Portugaleser. 44 Jahre wirkte er an unserer Schule, deren Mitbegründer er war.

Als während des 2. Weltkrieges die Arbeit in Hamburg eingestellt werden mußte, leitete er zunächst die Weiterarbeit in Harburg. Nach dem Kriege machte er sich um die Neuaufnahme des Unterrichts in dem bombengeschädigten Gebäude Karolinenstraße 35 verdient.

Anläßlich des 50jährigen Jubiläums der Hamburger Sprachheilschulen verfaßte er eine Chronik.

Im 69. Lebensjahr geht Hans Wendpap nun in Pension; es fällt ihm nicht leicht, da er sehr an seiner Arbeit hängt. Die Schule trennt sich von einem unermüdlichen, gutherzigen und geselligen Kollegen. Wir wünschen, daß er weiterhin so widerstandsfähig wie bisher bleiben möge und daß seine geistige Regsamkeit ihn noch viele Jahre jung erhält.

Staps

Frau Dozentin Dr. Sailer zum Gedenken

Als unschuldiges Opfer eines Autounfalles wurde mit Dr. phil. Katharina Sailer eine Sprachheilpädagogin von uns genommen, die zu den Besten unseres Berufsstandes zu zählen war und die, erst 45jährig, der Heilpädagogik in Lehre und Forschung noch segensreich hätte dienen können.

Am 4. Februar 1966 raste ein junger Mann todbringend frontal gegen Dr. Sailer's Wagen und blieb selbst fast unverletzt. Uns allen, die wir sie kannten und schätzten, erscheint dieses grausame Schicksal kaum faßbar!

Fast ein Jahrzehnt hatte sie abwechselnd die erste oder zweite Klasse der Schwerhörigenschule an der Blumenstraße in München geführt. Ein großer Teil ihrer Schützlinge hatte nur einen ganz bescheidenen Sprachschatz, und Dr. Sailer führte sie, getragen von echtem pädagogischem Optimismus in einführender Zusammenarbeit mit den leidgeprüften Eltern zunächst zur Schulpflege, indem sie ihnen Sprache und damit Menschenwürde gab.

Sie hatte in Germanistik und Anglistik promoviert und darum ein besonders subtiles Verhältnis zur Muttersprache gefunden.

Im April 1965 folgte sie dem ehrenvollen Ruf auf eine Dozentur an der Pädagogischen Hochschule zu Regensburg der Universität München und übernahm wohlgerüstet die Aufgabe, Didaktik der englischen Sprache und Heilpädagogik zu lehren. Besonders ihre heilpädagogischen Vorlesungen fanden einen erfreulich großen, treuen Hörerkreis, kam sie doch aus der Praxis, aus einem erfüllten Lehrerleben. Liebe Käthe, Du hattest Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen, die Dich nie vergessen werden! Alle schätzten und liebten Dein kluges, kameradschaftliches, lebensfrohes und wahrhaft bescheidenes Wesen. Stellvertretend für sie grüße ich Dich in tiefer Trauer zum letzten Mal.

Dein Kollege Alfred Zuckrigl

Statistische Angaben, Nachtrag 1—3 / 8 Seiten

Die Nachträge sind jetzt gedruckt. Bei Neubestellungen der Statistik werden sie mitgeliefert (Verlag Wartenberg und Weise). Nachbestellungen des Nachtrags für Besitzer der Statistik bei der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft (Preis DM 1,— einschl. Versand).

gez. Wiechmann
Geschäftsführer

Sprachheilfürsorge in Hessen

(Lehrgang im Hessischen Lehrerfortbildungswerk vom 21.—26. 3. 1966)

„Sprachheilfürsorge“ wird dem wissenschaftlich weitgespannten Rahmen dieser Tagung auf der einen und dem organisatorisch grundsätzlichen Bemühen um eine optimale Erfassung und Betreuung der Sprachbehinderten auf der anderen Seite nur gerecht, wenn der Begriff weiter gefaßt wird, als es der Terminus vermuten läßt. Direktor Petzold (Taubstummenanstalt Friedberg) verstand es ausgezeichnet in seiner Funktion als Lehrgangsleiter, das seither vermeintlich oder wirklich Trennende zwischen Taubstummenoberlehrerschaft und Sprachheillehrerschaft zu überbrücken, das gemeinsame sachliche Anliegen zu betonen und in die Diskussion einzubringen. Teilnehmer waren 28 Sprachheilpädagogen aus Hessen.

Um ein möglichst vollständiges Bild zu vermitteln, sollen die Referate nach wissenschaftlichen und organisatorischen Beiträgen — wenn auch stark verkürzt — in ihrer Grundtendenz anklängen.

Aus der immer spezifischere wissenschaftliche Probleme aufwerfenden Arbeit über „Das schwerhörige Kind“ berichtete Prof. Dr. Beckmann (HNO-Klinik der Philipps-Universität Marburg). Nach neueren Forschungsergebnissen sind nur noch 20—30% der sog. „Taubstummen“ völlig gehörlos. Man nahm bislang an, daß 70% dieser Kinder und Jugendlichen total ertaubt seien. Einblicke in die Arbeit mit Schwerhörigen in Dänemark, England und in den USA wurden neben Fragen der möglichen Früherfassung und der diagnostischen Überprüfungsverfahren referiert. Zu audiometrischen Untersuchungsmöglichkeiten und zu der Hörgerätversorgung wurden neueste wissenschaftliche Ergebnisse dargestellt und anschließend diskutiert.

Dozent Oberarzt Dr. Harbauer (Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg) sprach über „Die Bedeutung neurologischer und psychopathologischer Untersuchungen beim sprachkranken Kind“. Er unterteilte in 1. funktionelle psychogene Sprachstörungen und 2. Sprachentwicklungsstörungen, wandte sich im Verlauf des Referats in der Hauptsache dem Stottern in seiner Polyätiologie und Multikonkonditionalität zu. Psychogene und somatogene Faktoren zu unterscheiden ist auch für den Fachmann nicht ohne den Einsatz zahlreicher diagnostischer Hilfsmittel möglich. Das vielversprechende EEG kommt nach Ansicht des Referenten bei kritischer Auseinandersetzung mit maßgeblichen Autoren nur bedingt für eine gesicherte Stotterätiologie in Betracht. Es bleibt vielmehr ein Spezifikum für Epilepsie. Motoskopische Untersuchungen zeigen zwar eindeutige Unterschiede der Motorik bei normalen (7,5%), hilfsschulbedürftigen (12,4%) und sprachbehinderten (24,5%) Kindern (nach Hünnekens und Kiphard), doch auch das ist nur ein Mosaikstein. Prae-, peri- und postnatale Schädigungen werden leicht überinterpretiert (Lempp). Spezifische neurologische und EEG-Befunde sind in Anamnese, Verlauf, Intelligenz, Verhalten und Sprachbefund eingeschmolzen zu sehen. — Mit dem Bericht über ein vermutlich einseitiges Jungen-Zwillingspaar mit elektivem Mutismus (14;6 Jahre) und der Darstellung typischer Eigenheiten dieses Krankheitsbildes schloß der Referent seinen Vortrag.

Dr. Brankel (Hamburg) überzeugte den Zuhörerkreis mit einem kritischen Überblick physiologischer und psychotherapeutischer Ansätze zum Thema „Sprachpathologie“ (Stottern). Nicht zuletzt gewannen die Ansichten der referierten Autoren ihre spezifische Wertung durch die Selbsterfahrung des Referenten. Momente wie Blickkontakt, Mimik, Höreffekte, Nasenraum, Zunge, regional unterscheidbare Spasmen und Muskeldiskoordination wurden jeweils kritisch beleuchtet. Der individuelle Einsatz von möglichst vertieftem und differenziertem Beobachten ließ Schematisches oder Einseitiges nicht dominieren. Diagnostische, medikamentöse, psychotherapeutische, psychologische und sonderpädagogische Ansätze könnten sich helfend und heilend ergänzen wie auch das Beachten und Beheben von Fehlartungsarten. Auf musiktherapeutischem Gebiet sei eine intensivere Forschungsarbeit notwendig.

Prof. Dr. Orthmann (Heilpädagogisches Institut Köln) sprach zu dem Thema: „Sinn und Grenzen der Atemtherapie bei Sprachgestörten“. Er wies auf die umfangreiche Literatur zu diesem Thema hin. Der Atemstörung als einem sekundären Symptom bei Sprachbehinderungen wurde bis heute in schulischen Richtlinien kein Raum gewährt, obwohl Atemschulen, physiologische und funktionelle Gegebenheiten seit langer Zeit primäre und sekundäre Zugänge zu dieser Fragestellung bilden.

Übungsblätter und alle anderen Schriften der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik können direkt vom Verlag Wartenberg & Weise, Hamburg 50, Theodorstraße 41, bezogen werden.

Direktbezug ist vorteilhafter. Bei Bestellungen über den Buchhandel muß der Verlag Rabatte einräumen, die die Preisgestaltung ungünstig beeinflussen.

Bei Direktbestellung gewährt der Verlag auf Übungsblätter 10% Mengenrabatt, wenn der Wert der Bestellung 50,— DM übersteigt. Bei Bestellungen über den Buchhandel sind Mengenrabatte bei den jetzt geltenden Preisen nicht tragbar.

Probleme bei Ruhe- und Sprechatmung (respiratio muta, respiratio phonetica), bei Übungs-, Haltungs- und einer kombinierten Therapie wurden dargestellt unter Einbezug der wichtigen Autoren. Der Referent zog aus dem wissenschaftlich fundierten Vortrag die praktischen Schlüsse: 1. Das Schulgestühl sollte nach Haltungs- und atmungsfreundlicheren Gesichtspunkten ausgesucht werden. 2. Die Lesehaltung sollte von der Lehrperson laufend überprüft und notfalls korrigiert werden. 3. Gymnastische und schulsportliche Betätigung der Kinder sollte täglich etwa eine Stunde lang eingeplant werden. 4. Körperhaltung und Arbeitstechnik sollten häufig im Verlauf des Schulvormittags gewechselt werden. 5. Der Lehrer sollte sich der Übertragungs- und Spannungseffekte bewußt sein, die ein dyskoordiniertes, arhythmisches Atmen und Sprechen von seiner Seite für die Kinder nach sich zieht.

Frau Sprachheillehrerin **Schenk-Luhn** (HNO-Klinik der Philipps-Universität Marburg) berichtete über „Möglichkeiten und Beispiele zur Aphasiebehandlung“. Ausgehend von der medizinischen Diagnose bezog sie sich intensiv auf therapeutische Möglichkeiten im Spiel und durch Einbau sinnvoller Betätigung. Der Einsatz von Lottos, Katalogen, Planeltafeln, Bildgeschichten wurde anhand von Dias gezeigt. Gruppentherapeutische Gesichtspunkte wie Singen, gemeinsames Spielen demonstrierten weitere Behandlungsmöglichkeiten. Nicht selten sei die Totalrekonvaleszenz bei motorischer Aphasie zu erreichen. **Prof. Dr. Schönhärl** ergänzte das Referat durch eigene Erfahrungen. Selbstmordversuche auf der einen Seite könnten die nicht seltene Tragik bei Aphasie beweisen, Erfolgsquoten auf der anderen Seite den Sinn und die guten Heilungsaussichten bei einer gezielten Aphasiebetreuung bestätigen. Die praemorbiden Interessenbereiche, Kindheits Erinnerungen oder Affektbezirke der Patienten könnten als Schrittmacher des Sprachneuerwerbs dienen. Tonbandaufnahmen würden für den Aphasiker wie für den Therapeuten die Fortschritte kontrollierbar belegen.

Dr. Dr. Weinschenk (Abteilung für Kinder- Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg) sprach zum Thema „Legasthenie“. Beginnend mit Berkhan 1885 zeigte er kurz auf geschichtliche und terminologische Hintergründe. An über 120 Patienten der Klinik fand er zu der Auffassung, daß der IQ von 55 die untere Grenze für die Diagnose „Legasthenie“ sei. Weinschenk nahm eine Trennung in milieumäßige und erbliche Legasthenie vor. Etwa 80 % der Legastheniker sind Jungen, nur 20 % Mädchen. Auf typische sozialpsychiatrische Auswirkungen wies der Referent hin. Er bemerkte ferner, daß die gebräuchlichen Intelligenztestverfahren eine vorhandene Legasthenie nicht erkennen ließen. Den Behandlungsverlauf trennte der Referent in Abbau der Neurose und in heilpädagogische Betreuung. Primäre, sekundäre und zufällige Symptome wurden herausgestellt und gedeutet. Das Lesen ohne und das Lesen mit Sinnverständnis sah der Referent als zwei getrennte Stufen im Leselernprozeß an.

Prof. Dr. Dr. von Bracken (Direktor des Instituts für Sonderschulpädagogik der Philipps-Universität Marburg) gab mit dem Referat „Die Betreuung der Sprachbehinderten im Rahmen der Behindertenpädagogik“ eine breite Basis in Form einer Gesamtübersicht in immer schärferer Abgrenzung zum Thema ‚Sprachbehinderung‘ hin. Das Referat gliederte sich in vier Punkte. Im ersten wurde die Frage behandelt, wie häufig eine Behinderungsart vorkommt und in welcher Form sie beratungs-, behandlungs- oder sonderschulisch betreuungsbedürftig ist. Hier kann das exakte Erfassen der einzelnen Behinderungen weniger durch Mikrozensus-Untersuchungen als vielmehr durch wissenschaftlich exakt angelegte, von Fachleuten durchgeführte Erhebungen belegt werden, wie sie am Institut für Sonderschulpädagogik gepflegt werden. Der zweite Punkt der Ausführungen galt Überforderungssituationen und den nach Mierke daraus resultierenden Formen Aggression, Regression, Restitution. Im dritten Abschnitt zeigte der Referent kurz die geschichtlichen Etappen der Entwicklung des Sonderschulwesens auf, ging auf die Gefahr reaktiver und sekundärer Verformungen ein, auf Mehrfachbehinderungen und auf die nicht zuletzt durch jüngere und weiter zurückliegende geschichtliche Fakten bedingten Vorurteile gegenüber dem jeweiligen Behinderten. Im letzten Punkt wurde auf spezifische Verhaltensweisen wie ‚Leidensgewinn‘ beim Stottern oder auf die nachgiebige anstelle einer Protest-Haltung hingewiesen. Elternorganisationen, Vorsorgeuntersuchungen und Stundenplanfragen wurden als dringende Zukunftsprobleme angesprochen. Dem Referat schloß sich eine besonders rege Diskussion an. Landesrat von Bergen (Kassel) sprach über das „Bundessozialhilfegesetz und die Rehabilitation der Hör- und Sprachgeschädigten“. Vom BSHG, das am 1. 6. 62 in Kraft getreten ist, wurden die §§ 1, Sozialhilfe als Hilfe zur Selbsthilfe (nicht zu verwechseln mit Versorgungsgesetzen), 2, Problem der Subsidiarität, 5, Problem der Beantragung und der örtlichen und überörtlichen Trägerschaft spezieller betrachtet und interpretiert. ‚Örtlich‘ bedeutet, die Stadt- und Landkreise sind verantwortlich. ‚Überörtlich‘ heißt, das Land Hessen (LWV in Zusammenhang mit dem BSHG) ist einzuschalten und zwar nach Art und Ausmaß der Krankheiten, die ‚Eingliederungshilfe‘ für Behinderte ermöglichen. Nach § 40 sind sinnvolle Beschäftigungsarten einzusetzen. Der LWV ist Träger der Sozialhilfe. Sie ist gebunden an Einkommensgrenzen. Rückzahlungsverpflichtungen entfallen. Zu ‚Ist-‘, ‚Soll-‘ und ‚Kannbestimmungen‘ wurde in der Diskussion unter dem Begriff der Subsidiarität noch

einmal Stellung genommen. Ein zweites Referat des Landesrats von Bergen behandelte „Die ambulante und die stationäre Sprachheilfürsorge“. Die Lösung in NRW wurde als vorbildlicher angesehen als die bei uns. Hessen dagegen sei weiter als Bayern. — Der LWV tritt ein, wenn die Krankenkasse nicht aufkommt und „auf Grund des Leidens‘ wesentliche Behinderung‘ gegeben ist, die stationär behandelt werden muß. Kranken-, Eingliederungs- und Pflegehilfe werden unterschieden. Über die personellen Voraussetzungen im allgemeinen und bei Sprachbehinderungen im speziellen Sinne wurde ausführlich referiert. Für Sprachambulanz ist der jeweilige Stadt- oder Landkreis zuständig. Eine enge Zusammenarbeit der künftigen Sprachheilbeauftragten mit den Taubstummenoberlehrern besonders bei Hörschächern wurde in Aussicht genommen.

Prof. Dr. Schönhärl (HNO-Klinik der Philipps-Universität Marburg) wies „Aufgaben und Möglichkeiten von Medizin und Sprachheilpädagogik bei der Rehabilitation der Hör- und Sprachgeschädigten aus der Sicht des Landesarztes für Hör- und Sprachgeschädigte“ auf. Er sagte, der junge Zweig der Sprachheilkunde ringe noch um seine Anerkennung als Lehrfach der Universität und gab einen kurzen, aber eindringlichen Rückblick in geschichtliche Fakten. In Rußland, Schweden, Norwegen, England habe sich die staatliche Regelung durchgesetzt. Der Ausbildungsweg des HNO-Facharztes sei bereits beschwerlich und lang. Für den Phoniater seien zusätzlich Pädiatrie, Neurologie, Psychologie, Musik, Umgang und Beherrschung zahlreicher Apparaturen und technischer Hilfsmittel erwünscht. Der Ruf nach einem arbeitsfähigen Team, in dem Arzt, Sprachheilpädagoge und Psychologe eng und gleichberechtigt zusammenarbeiten, sei anzustreben. Stimm Schäden gehörten grundsätzlich unter ärztliche Kontrolle wie auch das Verabreichen und Dosieren von Medikamenten. Die gemeinsamen Aufgaben beständen in Beratung, Betreuung, Begutachtung, Versorgung.

Sonderschullehrer **Brede** (Kreis Waldeck) berichtete über „Erfahrungen und Möglichkeiten der ambulanten Behandlung sprachgeschädigter Kinder“. Nach intensiver Kleinarbeit und wiederholten Vorlagen und Berichten sowie Entwürfen über ambulante Betreuungsmöglichkeiten wurde eine ‚Sonderschule besonderer pädagogischer Prägung‘ durch die Initiative des Referenten von der Regierung genehmigt. Sie läuft versuchsweise unter völliger Befreiung des beamteten Sprachheillehrers vom stofflichen Lehrplansoll an fünf größeren Orten des Kreises und erfaßt sprachbehinderte Kinder aller Schularten in Einzel- und in Gruppenbehandlung. Die bis in Einzelheiten durchorganisierte Planung dürfte, ohne daß hier in extenso Stellung genommen werden kann, eine völlig neue Form der in den USA seit Jahrzehnten praktizierten Art der Sprachbehindertenbetreuung darstellen, die für unsere schulverwaltungsmäßigen Verhältnisse als fortschrittliche Pionierarbeit angesehen werden kann. Wie hoch der wirkliche Bedarf an Material, Räumen, Hilfspersonen und Zeit sein muß, dürfte sich erst am Ende der Versuchsperiode mit größerer Sicherheit beurteilen lassen.

Rektor Eglins (Gießen) hatte im Verlauf der Tagung bereits ein Zwischenresümee zukünftiger Formen einer optimalen Erfassung und Behandlung sprachbehinderter Kinder gezogen, wie es sich in Verarbeitung der Referate und der zahlreichen Diskussionen abgezeichnet hatte. Der Übersichtlichkeit wegen soll es hier angedeutet werden. Es sieht erstens das Ambulatorium mit Diagnostik, Beratung, ambulanter Therapie für leichtere Fälle und vorschulpflichtige Kinder über lockere Formen einer Teamarbeit vor. Träger sind die Landkreise und die kreisfreien Städte. Die zweite oder Hauptform bleibt die Sonderschule für Sprachbehinderte, die schulpflichtige Kinder aufnimmt und behandelt, soweit sie nicht unter der ersten Gruppe zu behandeln sind. Der beamtete Sprachheilpädagoge in Konsultation mit Fachleuten der Nachbarwissenschaften ist hier ganz zuständig. Träger ist das Land Hessen. Die dritte Form sieht Unterbringung von sprachbehinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Heim vor. Ihre Einweisung ist durch Milieuschäden, vorübergehende Intensivbehandlung, Abbau reaktiver Störungen, strenge medikamentöse und ärztliche Kontrolle über kürzere oder längere, aber begrenzte Zeit indiziert. Träger ist der LWV Hessen in Zusammenhang mit dem BSHG. Der vorgängige Entwurf wurde ergänzt durch die Bitte an den Facharzt, bei seinen Kollegen und der Bevölkerung über die Sprachheilarbeit aufklärend zu wirken. Der Sprachheillehrer dagegen habe die Pflicht und die Verantwortung zur Mitarbeit bei der Früherfassung, bei der Zusammenarbeit mit dem LWV, bei der Aufklärung der eigenen Kollegen in der Junglehrer-AG, der amtlichen Lehrerversammlung und in den überörtlichen Lehrerverbänden und ihren Organen. Auf Öffentlichkeitsarbeit kann nicht verzichtet werden, wenn dabei auch Lautstärke und Tonart zu kontrollieren sind. 33 Neuanmeldungen für das erste Schuljahr lohnten den ungewöhnlichen vierwöchigen Einsatz eines Erfassungsteams im Zusammenhang mit der ärztlichen Untersuchung der Schulneulinge in Gießen.

Die instruktive, vielseitige Tagung schloß im guten Einvernehmen der Mitwirkenden, die sich durch gemeinsames fachliches und menschliches Bemühen um wirksamere Hilfe für das sprachbehinderte Kind verbunden wissen.

Josef Schultheis

Neuwahl in der Landesgruppe Hessen

Am 21. 3. 1966 fand in Kassel (Reinhardswaldschule) die Jahreshauptversammlung mit der Neuwahl des Vorstandes statt. Dem seitherigen Vorsitzenden **Hans Döbler** (Wiesbaden) wurde nach seiner Berichterstattung für seine langjährige Tätigkeit als erster Vorsitzender, Rektor **Hans Bertsch** (Wiesbaden) für seine Arbeit als Vorsitzender gedankt. Rechnungs- und Schriftführer **Walter Krüger** (Wiesbaden) fand für seine gewissenhafte Rechnungsführung Anerkennung. Alle seitherigen Vorstandsmitglieder wurden entlastet.

Der ehemalige stellvertretende Vorsitzende Rektor **Heinrich Eglins** (Gießen) wurde zum ersten Vorsitzenden gewählt, zum zweiten Vorsitzenden **Hildegard Schäfer** (Gießen), zum Geschäftsführer **Josef Schultheis** (Marburg) und zum Schrift- und Rechnungsführer **Dieter Schäfer** (Beuern, Kreis Gießen).

J. Schultheis

Blick über den Zaun

Das Institut zur Ausbildung von Lehrern für Hör-, Sprach- und Sehgeschädigten-schulen in Heidelberg konnte im Oktober 1965 erstmalig einen Studierenden zum Praktikum an die Sprachheilschulen in Wien schicken. Damit wurde wiederum ein Schritt getan, jede provinzielle Enge in der Ausbildung von Sprachheillehrern zu vermeiden und durch persönliche Kontakte das gegenseitige Geben und Nehmen zu vertiefen.

Die Schulbehörde in Wien zeigte sich sehr entgegenkommend. Oberschulrat und Sonderschuldirektor **Franz Maschka** nahm sich des werdenden Fachkollegen an und ließ ihn durch **Susanne Haas** und **W. Elstner** — zwei auch aus der Literatur bekannte Sprachheilpädagogen — betreuen.

Erfreulich ist auch, daß der Direktor der Heidelberger Ausbildungsstätte, Dipl. Psych. **Kratzmeier**, der auf Anregung von Dozent **Dr. Zuckrigl** die Aktion einleitete, vom Kultusministerium Baden-Württemberg in vorbildlich unbürokratischer Weise Unterstützung erfuhr. Besonders Herrn Regierungsdirektor **Dr. Kätein** ist hier im Interesse des Sprachheilwesens zu danken.

An alle Delegierten

Betr.: Delegiertenversammlung am 12. Oktober 1966 um 15 Uhr in Köln.

Die Delegiertenversammlung findet am Tage vor der Arbeits- und Fortbildungs-tagung vom 13. bis 15. Oktober 1966 statt. Der Versammlungsort wird den Landes-gruppen rechtzeitig bekanntgegeben.

Tagesordnung

1. Begrüßung durch den Vorsitzenden und Tätigkeitsbericht.
2. Bericht der übrigen Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes, der Schrift-leitung und Geschäftsführung der Fachzeitschrift und der Referenten.
3. Bericht der Kassenprüfer.
4. Entlastung des Rechnungsführers und der übrigen Mitglieder des Geschäfts-führenden Vorstandes.
5. Neuwahl der Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes und der Kassen-prüfer.
6. Berichte der Landesgruppenvorsitzenden.
7. Satzungsänderungen (siehe Anlage).
8. Ausschreibung eines Ehrenpreises (siehe Anlage).
9. Verschiedenes.
10. Ort und Thema der Arbeitstagung 1968.

Anträge auf Ergänzung oder Änderung der Tagesordnung müssen spätestens 6 Wochen vor der Delegiertenversammlung dem Geschäftsführenden Vorstand vor-liegen.

i. A.
gez. **Wiechmann**
Geschäftsführer

Bücher und Zeitschriften

Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. Dritte, völlig neu bearbeitete Auflage, des „Enzyklopädischen Handbuches der Heilpädagogik“. Herausgegeben von Professor Dr. Gerhard Heese (Hannover) und Professor Dr. Dr. Hermann Wegener (Kiel). Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1965/1966.

4. Lieferung: Didaktik — Epiphysenerkrankungen
5. Lieferung: Epiphysenerkrankungen — Forensische Psychologie
6. Lieferung: Forensische Psychologie — Geschlechtererziehung

Subskriptionspreis je Lieferung 14,50 DM (erlischt bei Vorliegen des Gesamtwerkes). Es wird darauf hingewiesen, daß das Handbuch ein Lieferungswerk ist, das erst später eingebunden werden soll. Deshalb sind die einzelnen Lieferungen unbeschnitten.

Über „Didaktik der Sprachheilschulen“ ist bisher kaum etwas veröffentlicht worden. Frau H. Schneider gibt in der 4. Lieferung eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Punkte einer solchen Didaktik. Die gleiche Verfasserin hat auch das Stichwort „Differenzierung der Schüler (Sprachheilschule)“ bearbeitet. — Neuere Fachausdrücke wie „Dysglossien“, „Dysgrammatismus“, „Dyslalie“, „Dysphasie“ sind ebenso aufgenommen und erläutert worden wie das wichtige Thema „Elternhaus und Sprachheilschule“.

Fachgeschichtliche Beiträge finden wir über Prof. O. v. Essen, Frau Dr. Fernau-Horn, Henry Freund, Martha Friedländer und Gerhard Geißler.

Daß auch der „Fremdsprachenunterricht in der Sprachheilschule“ sprachtherapeutisch fruchtbar gemacht werden kann, deutet H. Staps unter diesem Stichwort an. Über Notwendigkeit, Zeitpunkt und Durchführung der „Früherfassung sprachgeschädigter Kinder“ gibt E. Kremer eine kurze Abhandlung.

Im übrigen verweisen wir auf die Rezension über das Gesamtwerk in Heft 2/1965.

Klaus Wegener

Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Hoppe: Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten. Ätiologie, Pathogenese und Therapie

1965. Mit 30 Abbildungen und 8 Tabellen VII, 54 Seiten. Geheftet DM 18.— Beihefte zum Archiv für Kinderheilkunde. Heft 52 Ferdinand Enke Vlg. Stuttgart

Monographien über dieses Gebiet befassen sich überwiegend mit den speziellen chirurgischen Problemen des operativen Spaltverschlusses. Bei der vorliegenden Abhandlung treten diese Fragen der Operationsmethodik in den Hintergrund. Dafür werden die allgemeine Bedeutung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die kausale und formale Genese — wozu der Verfasser auf Grund eigener Untersuchungen bemerkenswerte Beiträge geliefert hat —, dann die Typologie dieser Mißbildungen, die Operationsergebnisse und die postoperative Fürsorge eingehend behandelt.

Die Schrift bietet in kurzgefaßter Darstellung einen Überblick über den neuesten Stand der therapeutischen Möglichkeiten. Es wird hier von einem erfahrenen Fachmann geschildert, was sich heute mit Hilfe geeigneter Operationsverfahren erreichen läßt. Es wird aber auch gezeigt, daß dem operativen Spaltverschluß nur die Bedeutung eines — gewiß besonders wichtigen — Gliedes in der Kette jener Maßnahmen zukommt, die zur Rehabilitation von Kindern mit Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten dienen und daß der Erfolg vom richtigen Ineinandergreifen der Kettenglieder abhängt, also von der verständnisvollen Zusammenarbeit zwischen dem Kinderarzt, dem Kieferchirurgen, dem Kieferorthopäden, dem Sprachheilpädagogen und dem Elternhaus des betroffenen Kindes.

Inhaltsübersicht

Häufigkeit. Aktualisierung ätiologischer Fragen. Heredität. Peristatische Faktoren. Mögliche Kombinationen von Erb- und exogenen Faktoren. Formale Genese. Das klinische Bild der Spalten. Statistischer Überblick. Typologie. Plastik: Lippe, Gaumen. Korrekturoperationen. Spezielle Pathologie des Spaltträgers und erweiterte Therapie. Schlußbetrachtung. Schrifttum.

SCHRIFTENREIHE
der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e.V.

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

Postcheckkonto Hamburg 3088 13

Preisliste vom 1. 4. 1966

Bei Direktbestellung größerer Mengen erhalten Schulen, Sprachheilheime, Kliniken und behördliche Dienststellen Sonderrabatt.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

1. Folge *	Für Lispler. Von J. Wulff, 16 Seiten	0,80 DM
2. Folge *	Für Sch-Stammer und Sch-Lispler. Von J. Wulff, 16 Seiten	0,80 DM
3. Folge *	Für K- und G-Stammer. Von J. Wulff, 16 Seiten	0,80 DM
4. Folge *	Für R-Stammer (zur Erlernung des Zungen-R). Von J. Wulff	0,80 DM
	16 Seiten	
5. Folge *	Für Kinder mit Sprachverzögerung und Stammeln. Von J. Wulff,	1,60 DM
	32 Seiten	
6. Folge *	Für Heisere und Stimmschwache. Von J. Wulff, 28 Seiten	1,40 DM
7. Folge *	Für die Behandlung des geschlossenen Näsels. Von J. Wulff,	0,80 DM
	12 Seiten	
8. Folge *	Für die Behandlung des offenen Näsels. Von J. Wulff, 24 Seiten	1,20 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.	
	Von J. Wulff, 56 Seiten	3,30 DM
11. Folge *	Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte.	
	Von J. Wulff, 12 Seiten	0,80 DM
12. Folge	Die sprachheilpädagogische Spielserie. Spiel-, Beschäftigungs-	
	und Übungsserie für stotternde Kinder und Jugendliche.	
	Von Arno Schulze, 32 Seiten	2,20 DM
13. Folge *	Für Kehlkopfektomierte, Sprachlehrgang zur Ausbildung der	
	Ruktussprache. Von Emil Rees, 28 Seiten	2,60 DM
14. Folge	Für die Beseitigung von Stimmbildungsfehlern und die Erzie-	
	hung zur gesunden und mühelosen Stimmgebung.	
	Von J. Wulff, 28 Seiten	2,60 DM
15. Folge	Für die Beseitigung von Lautbildungsfehlern	DM
16. Folge	Anregungen zur Stottererbehandlung. Von J. Wulff, 20 Seiten	1,— DM
17. Folge *	Hilfen für die Behandlung von Stottern. Von J. Wiechmann,	
	60 Seiten	3,30 DM
	(A: Für Kleinkinder und Grundschüler)	
	* Die mit Stern bezeichneten Folgen enthalten vorwiegend Übungsmaterial für	
	Lehrer und Eltern.	
	Wenn ein Kind nicht richtig spricht / Hinweise für die Eltern.	
	Von J. Wulff, 8 Seiten	0,50 DM
	Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes. Von M. Friedländer	0,25 DM
	Lautstreifen zur Registrierung des Stammelns. Von P. Lükking	0,05 DM
	Merkblatt zum Lautreifen. Von P. Lükking	1,— DM
	B-Streifen (Lautstreifen zur Registrierung des Stotterns). Von P. Lükking	0,05 DM
	Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung (Der B-Streifen).	
	Von P. Lükking	2,— DM
	Tabelle der Randsymptome	0,25 DM

Tagungsberichte

Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von		
Sprachstörungen, Berlin 1958, 112 Seiten, kartoniert		7,50 DM
Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik,		
Hamburg 1960, 244 Seiten, kartoniert		8,— DM
Akustische und motorische Probleme bei der Sprach- und Stimmbehand-		
lung, Hildesheim 1962, kartoniert, 188 Seiten		22,50 DM
Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten und das Bundessozialhilfe-		
gesetz, Marburg 1964, 164 Seiten, kartoniert		18,75 DM
Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke		0,70 DM
Statistische Angaben über Einrichtungen des Sprachheilwesens in der Bun-		
desrepublik Deutschland, mit Anhang Mitteldeutschland, Österreich und		
Schweiz, 112 Seiten, kartoniert		8,— DM
Sonderdruck: Grundsätzliches zur Behandlung der Aphasien.		
Von Dr. A. Leischner		1,— DM

