

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR  
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E. V.  
LANDESGRUPPE BERLIN

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

## Aus dem Inhalt

*Wolfgang Wendlandt, Berlin*

Resozialisierung im Rahmen eines Selbsthilfeprojektes erwachsener Stotternder

*Helmut Ruge, München*

Erfahrungen mit einer programmierten Sprachtherapie  
an Schwersthirnbeschädigten

*Heinz Lang, Hameln*

Der Sprach-Studien-Recorder (SSR)

*Herbert Ding, Heidelberg*

Schulversagen sprachbehinderter Kinder unter sozialpsychologischem Aspekt

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · April 1971 · 16. Jahrgang · Heft 2

## Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen . Rektor i. R. J. Wulff

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)  
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde  
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Ruf 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

### Landesgruppen:

Baden-Württemberg . . Prof. Dr. A. Zuckrigl, 69 Heidelberg, Quinckestraße 72  
Bayern . . . . . Anni Braun, 8 München 22, Triftstr. 10  
Berlin . . . . . Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61  
Bremen . . . . . Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 38  
Hamburg . . . . . Karl Heinz Hahn, 2 Hamburg 64, Rolfinckstiege 1  
Hessen . . . . . Heinrich Eglins, 6301 Annerod, Gartenstraße 36  
Niedersachsen . . . . Hildegard Schneider, 3 Hannover, Rumannstraße 17/19  
Rheinland . . . . . Josef Möller, 5 Köln, Marienplatz 2  
Rheinland-Pfalz . . . Prof. Dr. Karl-Heinz Berg, 65 Mainz, Schillerstraße 11  
Saarland . . . . . Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16  
Schleswig-Holstein . . Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32  
Westfalen-Lippe . . . Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

### Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

Herausgeber . . . . . Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion . . . . . Arno Schulze, 3570 Kirchhain/Landkreis Marburg/Lahn,  
Alsfelder Straße 56, Telefon (064 22) 8 50  
Jürgen Teumer, 3554 Cappel b. Marburg/Lahn, Friedhofstraße 27,  
Telefon (06421) 4 71 34

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (04 11) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 2,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 15,60 DM zuzüglich Portokosten

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

### Mitteilungen der Schriftleitung

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen veröffentlicht, die für die Sprachgeschädigtenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Schriftleiter Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die Manuskripte sind auf DIN-A-4-Format, in Schreibmaschinenschrift einseitig 1/2zeilig beschrieben, zu liefern und mit einem Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge zu versehen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

April 1971 · 16. Jahrgang · Heft 2

Aus der Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke  
des Klinikums Steglitz der Freien Universität Berlin  
(Komm. Leiter: Prof. Dr. med. O. v. Arentsschild)

Wolfgang Wendlandt, Berlin

## Resozialisierung im Rahmen eines Selbsthilfeprojektes erwachsener Stotternder

Im folgenden wird über ein in Berlin erstmals realisiertes Selbsthilfeprojekt erwachsener Stotternder berichtet. Es soll unter dem Gesichtspunkt der Resozialisierung diskutiert werden. Die Ausführungen sollen einen Beitrag zur Erkennung der Notwendigkeit der Resozialisierung von langjährig Stotternden leisten. Es wird eine Methode zur Durchführung gezeigt, die Anregungen für eine Nachsorge der aus einer Behandlung entlassenen Patienten vermitteln soll.

### *Entstehung, Ziele und bisherige Entwicklung*

Seit Oktober 1970 besteht in West-Berlin ein Freizeit- und Kontaktzentrum für Sprechgestörte, das als ein Selbsthilfeprojekt von Stotternden eingerichtet wurde.

Die Idee hierfür war in zwei Therapiegruppen unserer Poliklinik entstanden, als über Kontaktschwierigkeiten und die Unsicherheit in der nachtherapeutischen Zeit diskutiert wurde. Es handelte sich anfangs um zehn seit der Kindheit Stotternde zwischen 18 und 32 Jahren, die teilweise mehrere Male ohne befriedigenden Dauererfolg behandelt worden waren. Nachdem die Möglichkeit einer Klubbildung besprochen und die Genehmigung für die Benutzung eines Raumes in einem städtischen Jugendheim<sup>\*)</sup> für Dienstagabend erteilt worden waren, konnte die Klubarbeit beginnen.

Nach den Aufgaben dieses sog. »Dienstag-Klubs« befragt, geben die poliklinisch zunächst erfolgreich behandelten Patienten an, daß mit Hilfe der wöchentlichen Treffen die neuerworbene Sprechfähigkeit im Kontakt miteinander weiter geübt und gefestigt werden könne. Außerdem lassen sich ihrer Meinung nach die bei jedem einzelnen vorhandenen Schwierigkeiten bei der Aufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen abbauen.

Weiterhin wird angestrebt, Begegnungen mit nichtstotternden Gleichaltrigen zu ermöglichen. Der Klub bietet auch Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und -formen in Berlin.

In einem Informationsblatt des Klubs, das interessierte Jugendliche ab 16 Jahren ansprechen soll, heißt es:

<sup>\*)</sup> Haus der Jugend Anne-Frank, Bezirk Wilmersdorf.

»Während unserer Treffen gibt es kein starres Programm. Jeder kann tun, wonach ihm zumute ist. Es kann Musik gehört oder Tischtennis gespielt werden. Wir machen Spiele oder unterhalten uns. Es wird über Probleme diskutiert, die mit dem Sprechen und der Begegnung mit anderen Menschen zusammenhängen. . . . Gesellige Abende lassen sich organisieren. . . . Wir können auch Leute einladen, die über ein für uns aktuelles Thema einen Vortrag halten.«

Man erwartet auch Stotternde, die bisher nicht den Mut fanden, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzunehmen, und solche, die sich nach einer Sprechbehandlung wieder alleingelassen fühlen. Man hofft aber auch, daß viele kommen, die nicht mehr unter ihrem Stottern leiden und Freude an Geselligkeit haben. Um einen möglichst großen Personenkreis über die neue Einrichtung zu informieren, wurden Nachrichtenmedien und Behörden eingeschaltet.

Nach mehrmonatigem Bestehen des Klubs zeigt sich eine rege Aktivität. Man hat die Gründung eines eingetragenen Vereins beschlossen, um die Interessen der Sprechbehinderten allgemein wirkungsvoller vertreten zu können \*. Der Klub bemüht sich auch um die Mitgliedschaft von Fachkräften und plant Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit zur Förderung des Verständnisses für Sprechgestörte. Zur Zeit wird bei den zuständigen Behörden und Institutionen die Forderung nach stationären medizinisch-psychologischen Behandlungsmöglichkeiten für Stotternde in Berlin gestellt — eine an manchen anderen Orten schon seit einiger Zeit besonders bei langjährig Stotternden praktizierte und wahrscheinlich besonders wirksame Therapieform. Bei den einzelnen Treffen waren bisher bis zu 40 Personen anwesend. Da nur ein Raum zur Verfügung steht, sind die Möglichkeiten der einzelnen, unterschiedliche Interessen während eines Treffens wahrzunehmen, leider noch eingeschränkt.

#### *Der Klub unter dem Gesichtspunkt der Resozialisierung*

Das beschriebene Freizeit- und Kontaktzentrum muß als eine Selbsthilfeeinrichtung angesehen werden, in der Stotternde für Stotternde tätig sind. Die Gruppe wird von der Aktivität ihrer Mitglieder getragen. Der Autor, der die Gründung des Klubs in organisatorischer Hinsicht unterstützte, hat nur beratende und ermutigende Funktion. Die Organisation des Klubs und die Gestaltung der Abende werden von den Mitgliedern selbständig durchgeführt.

Mit der Tatsache, daß die Stotternden bewußt ihre eigenen Probleme in der Gruppe zu lösen versuchen und im gegenseitigen Kontakt zu einer Verbesserung ihrer sozialen Verhaltensmöglichkeiten kommen, werden erstrebte Resozialisierungsansätze erkennbar. Diese Funktion des Klubs läßt sich unter folgenden Aspekten zusammenfassen:

##### *1. Abbau individueller Isolierung*

Ein langjährig Stotternder kann durch die Erfahrung, daß er nicht an einem Einzelschicksal leidet, durch das Verständnis, das er in der Gruppe der Gleichbetroffenen vorfindet und durch die ständigen Kontaktmöglichkeiten in der Gruppe seinen Bedürfnissen nach mitmenschlichen Beziehungen nachkommen und ein ungezwungeneres Kontaktverhalten entwickeln. Die angebotenen Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung bieten auch dem schwer Stotternden und Kontaktgehemmten über das Medium des Spiels einen Zugang zu den Gleichaltrigen.

\* zur Zeit der Drucklegung ist der Verein bereits gegründet und unter dem Namen »Sprechbehinderten Selbsthilfe e.V.« in das Vereinsregister eingetragen worden.

## *2. Abbau der gestörten Beziehung zur nichtstotternden Umwelt*

Durch die Kontakte zu nichtstotternden Jugendlichen und Erwachsenen im Klub, die Auseinandersetzung mit den sog. »normal«  
sprechenden Besuchern des gleichen Jugendheims und durch Öffentlichkeitsarbeit kann ein neues Verhältnis zur Umwelt gewonnen und das Gefühl der gesellschaftlichen Isoliertheit überwunden werden. Damit wird für den Klub als Ganzem der Gefahr der Abkapselung der Gruppe von der Umwelt begegnet, die bei jedem Zusammenschluß von sich als behindert und gestört erlebenden Personen entsteht.

## *3. Hilfe bei akuten Persönlichkeitsproblemen*

Die Mitglieder des Klubs besprechen untereinander regelmäßig die belastenden Probleme ihrer gegenwärtigen Lebenssituationen. Diese Gespräche mindern den Leidensdruck und helfen bei der Bewältigung der Konflikte. Durch die empfundene Entlastung erhält der Gesprächspartner eine positive Bedeutung. Mit dem erlebten Wert, der den Gesprächspartnern so zukommt, wird es isoliert lebenden Stotternden leichter fallen, sich weiter um mitmenschliche Beziehungen zu bemühen.

## *4. Unterstützung und Ergänzung ambulanter Stottertherapien*

Die Mitarbeit im Klub ermöglicht den Stotternden, die in der ambulanten Therapie gelernten Sprechhilfen in der unmittelbaren Auseinandersetzung mit den realen Verhaltensanforderungen anzuwenden und zu üben. Damit erfolgt eine sprachliche Übung in alltäglichen Konfliktsituationen, wie sie in einer klinikinternen oder logopädisch-ambulanten und damit weniger wirklichkeitsnahen Behandlungssituation meist nur in Gruppensitzungen erreicht oder provoziert werden können. Eine Generalisierung symptomfreien Sprechens, das Hauptanliegen jeder Stottertherapie, wird so begünstigt.

## *5. Sicherung des Therapieerfolges*

Das Andauern der durch eine Therapie oft mühselig erworbenen Verhaltensänderung, die sich in der Abnahme der Stottersymptomatik und Entfaltung der Persönlichkeit zeigen, ist nach Behandlungsende häufig in Frage gestellt. Gerade für einen langjährig Stotternden besteht die Gefahr des Rückfalls, wenn der Behandelte wieder in die alten Bedingungen seines täglichen Lebens zurückkehrt und dann mit wieder auftretenden Sprechmißfolgen allein fertig werden muß.

Im Klub findet der Behandelte einen Kreis, in dem man sich über die Notwendigkeit einer nachtherapeutischen »Sprechpflege«  
einig ist. Hier wird der Sprechablauf gegenseitig kontrolliert und geübt und es lassen sich die aktuellen Schwierigkeiten der einzelnen in Gesprächen klären. Ein Rückfall in vortherapeutische Verhaltensweisen wird dadurch oft verhindert werden können. Es ist zu erwarten, daß die Fähigkeit der Mitglieder, sich mit den Anforderungen der sozialen Umwelt situationsangemessen auseinanderzusetzen, gesteigert wird.

## *6. Motivierung langjährig Stotternder zur Behebung ihrer Sprechschwierigkeiten*

Stotternde, die den Klub aufsuchen und ohne Behandlung sind, werden hier in ihrer Motivation bestärkt, etwas gegen das Stottern zu unternehmen. Durch das Vorbild erfolgreich behandelter Gruppenmitglieder und das Beispiel der sprachlichen Bemühungen anderer kann ein neues Mitglied, das sich z. B. mit seiner Sprechstörung schon abgefunden oder den Glauben an eine Verbesserung der Sprechschwierigkeiten aufgegeben hatte, zu einer Therapie bewogen werden.

### *7. Reduzierung der Schwierigkeiten, die sich für therapiewillige Stotternde auf Grund des Behandlungsplatzmangels ergeben*

Therapiewillige jugendliche und erwachsene Stotternde können in West-Berlin meist keine sofortige Behandlung erhalten. Auf Grund des großen Mangels an Behandlungsplätzen und an ausgebildeten Fachkräften müssen sie meist Wartezeiten von vielen Monaten in Kauf nehmen, ehe sie mit einer medizinisch-psychologischen Untersuchung und Diagnosestellung rechnen können, und selbst damit ist oft noch kein sofortiger Therapiebeginn verbunden. Diese Situation besteht, obwohl sich in der unserer Poliklinik angeschlossenen Lehranstalt für Logopäden ständig etwa 20 Studierende in Ausbildung befinden, die danach an Kliniken, Sonder-Kindertagesstätten usw. oder in freier Praxis tätig werden.

Mit den sehr langen Wartezeiten ergibt sich für die an sich Therapiewilligen die Gefahr, daß ihre aktuelle Bereitschaft zur Behebung ihres Leidens zunichte gemacht wird. Die Frustrationen auf Grund der akut versagt bleibenden therapeutischen Hilfe können zu einem Rückfall in eine passive, resignierende Haltung führen und damit einer endgültigen Isolation des Stotternden Vorschub leisten. Durch die Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten, die der Klub bietet, kann dieser Abkapselungstendenz entgegengewirkt und die Zeit bis zum Therapiebeginn überbrückt werden.

### *8. Einleitung therapeutisch kontrollierter Resozialisierungsbemühungen*

Durch vom Klub an seine Mitglieder vermittelte Informationen über die in West-Berlin vorhandenen Möglichkeiten können die Stotternden Therapeuten finden, unter deren Anleitung der Resozialisierungsprozeß systematisch kontrolliert und gefördert wird.

### *9. Veränderung sozialer Einstellungen und Verhaltensweisen bei den Mitmenschen der Stotternden*

Neben den beschriebenen Resozialisierungsansätzen, die alle auf eine Verhaltensänderung der langjährig Stotternden abzielen, muß der Prozeß der Resozialisierung aber auch eine Veränderung der Mitmenschen der Stotternden umfassen. Dieses zu vernachlässigen hieße alle jene repressiven Verhaltensweisen unberücksichtigt zu lassen, die der Stotternde in seiner Umwelt vorfindet und die als stotterauslösende und stotterverstärkende Reize bekannt sind. Resozialisierung heißt hier also auch Einwirken auf gesellschaftliche Verhaltensweisen, welche sicher dazu geführt haben, daß sich die Zahl der sog. »Gestörten« vergrößert.

Durch die Beziehung der Nichtstotternden zu den Stotternden im Klub und durch die Öffentlichkeitsarbeit können Vorurteile, Mitleidsreaktionen und intolerantes und repressives Verhalten, mit dem die Umwelt auf das Stottern reagiert, abgebaut werden. Falsches Erziehungsverhalten von Eltern und anderen Bezugspersonen kann, wenn es das Stottern verstärkt und eine Fixierung der Symptome begünstigt, aufgezeigt und damit ein sachgerechtes Eingehen auf die Probleme des Stotternden vermittelt werden.

Es bleibt abzuwarten, ob das beschriebene Selbsthilfeprojekt das leisten wird, was sich bisher in seinen Zielen und Resozialisierungsansätzen abzeichnet.

Anschrift des Verfassers: cand. psych. Wolfgang Wendlandt, 1 Berlin 61, Kottbusser Damm 9

*Helmut Ruge, München*

### **Erfahrungen mit einer programmierten Sprachtherapie an Schwersthirnbeschädigten\*)**

Eine Ausdrucksform unserer technischen Zeit ist die Programmierung. Es programmieren die Wirtschaft, die Industrie, die Verwaltung, die Technik und nun auch die Schulen. Mit den konventionellen Methoden ist die Arbeit nicht mehr zu bewältigen. Überall wird der höchste Wirkungsgrad angestrebt, mit einem Minimum an Kraft die maximale Leistung. Wer sich dieser Entwicklung entzieht, überfordert die Arbeitskraft, so auch in der Schule Lehrer und Schüler. Objekt des Programmierens ist die Maschine, in unserem Falle das Sprachübungsgerät mit einem Übungsprogramm, im weiteren Sinne das Sprachlabor mit Buchprogrammen.

Die Programmierung ist zum Unterrichtsprinzip in der Pädagogik geworden. Damit sind der Didaktik neue, bedeutende Aufgaben gestellt. Keine andere Schulform braucht die Programmierung so dringend wie die Sprachheilschule, die zwei Aufgaben gleichrangig zu erfüllen hat, nämlich die Vermittlung des Lehrstoffes und gleichzeitig die Beseitigung der Sprachübel ihrer Schüler(innen). Die Lernprogramme müssen hier auch Übungsprogramme sein. Man kann sie daher nicht von der Volksschule übernehmen. Wenn man bedenkt, daß die zumeist überfüllten Sprachheilklassen alle Arten von Sprachstörungen bei ihren Schülern aufweisen, so kann man ermesen, daß es schwierig sein wird, Programmierungen zu schaffen, die für alle Arten der Sprachbehinderungen gleichzeitig Übungsprogramme sind. Die Schwierigkeiten bestehen nicht nur in der heterogenen Zusammensetzung der Schüler, sondern in deren labiler Seelenverfassung. Man kann wohl eine Gruppenbehandlung bei gleichgelagerten Sprachstörungen durchführen, also z. B. bei Stotterern, man kann aber in diese Gruppe nicht einbeziehen Dysgrammatiker und Dysphasiker. Schwersthirnbeschädigte im Kindesalter sind keineswegs eine Seltenheit. Der Verband der Hirnverletzten Deutschlands beziffert ihre Zahl bereits auf über 10 000 und ruft zu ihrer intensiven sprachheilpädagogischen Sonderbehandlung auf.

Es müssen Methoden entwickelt werden, die unsere Sprachgeschädigten individuell und emotionell ansprechen, die die Partnerarbeit herausstellen und das Persönlichkeitsbewußtsein kräftigen. Nicht das Sprachübel allein soll behandelt, sondern die ganze Persönlichkeit umerzogen werden. Eine Aphasie im schulpflichtigen Alter kann nur im Einzelunterricht behandelt werden, und zwar durch einen regelrechten Sprachunterricht, während eine Aphasietherapie Erwachsener eine Rehabilitation ist, d. h. eine Wiedererwerbung von bereits früher Erlerntem.

Was für die Sprachbehandlung von Kindern und Jugendlichen gilt, findet im übertragenen Sinne bei Erwachsenen Anwendung. Selbstverständlich muß sich hier die Behandlung nach dem Bildungsniveau des Patienten richten. In meiner über 20jährigen Tätigkeit als Sprachheilpädagoge, insbesondere an der neurologischen Fachklinik des Hirnverletztenkrankenhauses München, habe ich etwa tausend schwere und schwerste Sprachstörungen — vor allem Aphasien — behandelt und auf der

\*) Vortrag auf dem Kongreß der Arbeiterwohlfahrt im sprachtherapeutischen Seminar des Sprachheilzentrums Werscherberg bei Osnabrück, November 1970.

Grundlage einer audio-visuellen Sprachtherapie eine Programmierung zur Festigung der Umgangs- und Verkehrssprache entwickelt. Ich habe diese Methode erstmalig 1966 auf dem Kongreß für Hirnpathologie und Sprachheilpädagogik in Köln zusammen mit dem Language Master vorgestellt, den ich als nützliches Sprachübungsgerät in die Bundesrepublik einführte und in diese Methode einbaute. 300 bebilderte, beschriftete, besprochene Tonkarten habe ich dazu (in erster Linie für die aphasisch betroffenen Schwersthirnbeschädigten) verfaßt, die — in 22 Serien nach Sprachschwierigkeiten aufgegliedert — dem Aufbau einer zügigen Umgangssprache dienen.

Unter den zahlreichen auf dem Markt erschienenen »Lernmaschinen« habe ich bei meinen beiden Studienreisen 1962/64 nach den USA zu den großen Instituten und Rehabilitationszentren der Columbia-Universität und der Universität New York diesen Language Master als geeignetes Sprachübungsgerät ausgewählt und die Produktion eines Exportmodells mit deutschen Stromspannungen bei der Herstellerfirma Bell & Howell in Chikago forciert. Die ersten beiden 1965 in die Bundesrepublik importierten Geräte habe ich für die Münchener Klinik angeschafft. Gleichzeitig ist dazu die 1. Auflage meiner Tonkarten im Druck erschienen.

Meine kombinierte Sprachbehandlungsmethode (mit Gerät, Tonkarte und — für die letzten vier Serien meines Programms — den vorzüglichen Wandanschauungsbildern der Lehrmittelanstalt Köster, 8 München 90, die für das »mehrfachbehinderte« Kind in »Sprecheinheiten nach Ruge« aufgegliedert sind) wird erfolgreich von Heilpädagogischen Instituten, Sprachheilschulen, Sprachambulanzen, neurologischen Kliniken und HNO-Kliniken praktiziert. Insbesondere bewilligen die großen Kostenträger für Schwersthirnbeschädigte (Sozialhilfeverwaltung bei den Bezirksregierungen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten u. a.) meine Lehrmittel als Eingliederungshilfe nach dem BSHG für eine nachgehende Sprachheilfe fürsorge zu häuslichen Sprachübungen. Die ersten nach dieser (ohne fremde Hilfe möglichen) Methode behandelten Schwersthirnbeschädigten haben inzwischen diese Lehrmittel an ihre Kostenträger zum anderweitigen Einsatz zurückgegeben, weil sie durch tägliches fleißiges Üben ihre Sprache innerhalb eines Jahres — manchmal schon nach einigen Monaten — restituiert haben. Sie sind nun in der Lage, sich eine zügige Verkehrssprache allein anzueignen.

So hilft die Programmierung in der Sprachgeschädigtenpädagogik bereits auch den in erschreckendem Maße zunehmenden sprachgestörten Verkehrs- und Betriebsverletzten. In den Sprachkliniken ist sie ein Ersatz für den fehlenden Sprachheilpädagogen; in vielen neurologischen Kliniken gibt es für die Sprachbehandlung nicht einmal das so dringend benötigte medizinische Hilfspersonal.

Aus meiner 20jährigen Erfahrung möchte ich immer wieder betonen, daß nur die Übungstherapie zu dauerhaften Erfolgen führt. *Der Königsweg der Sprachbehandlung ist die Übungstherapie.* Deshalb sollten Sprachgeschädigten aller Altersstufen diese Übungsmöglichkeiten gegeben werden, Schulkindern natürlich außerhalb der obligatorischen Unterrichtszeit — an Nachmittagen —, und zwar durch Logopäden oder »Schulassistentinnen«, wie sie an Pädagogischen Hochschulen bereits ausgebildet werden. Auf alle Fälle kürzt die Übung die Behandlungsdauer ab.

Die Programmierung zu einer ausreichenden Umgangssprache für Schwersthirnbeschädigte besteht aus keinem Lernprogramm, sondern einem Übungsprogramm. Die Notwendigkeit zur Programmierung begründet die Sprachpsychologie. Nach FRIEDRICH KAINZ' »Einführung in die Sprachpsychologie« besteht die Sprache aus dem Sprachvermögen, dem Sprachschatz mit seinem Regelgefüge — also der Grammatik

— und dem Sprechvorgang. Alle drei Vorgänge sind kompliziert und hochstrukturiert, sie erfordern neben einer angemessenen Intelligenz und einem syntaktischen Sprachgefühl ein normales und gesundes Geistes- und Seelenleben, das bei einem Hirnverletzten schwer gestört ist. Er kann mit dieser hochentwickelten Kultursprache zunächst nichts anfangen, er steht ihr ratlos gegenüber.

Die Ursachen einer Hirnschädigung sind die verschiedenen Formen der Apoplexie und der schweren Kopfverletzungen.

Auf dem Rehabilitationskongreß 1968 in Heidelberg wurde die Zahl der Jungrentner in der Bundesrepublik auf 1,5 Millionen beziffert, beim Rehabilitationskongreß im Oktober 1970 in München die Zahl aller Behinderten auf 4,7 Millionen. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Zahl der Verletzten durch Verkehrs- und Betriebsunfälle gegenwärtig jährlich um mehr als 400 000 zunimmt, worunter sich über 100 000 Schwersthirnbeschädigte mit seelisch-geistigen Ausfallerscheinungen befinden. Bereits vor vier Jahren habe ich in dem medizinischen Journal »euromed« (Heft 1/66) und im Bayerischen Ärzteblatt (Heft 3/66) die Zahl der aphasisch betroffenen Schwersthirnbeschädigten in der Bundesrepublik vorsichtig mit 200 000 beziffert. Ich stützte mich bei dieser Dunkelzahl auf statistische Erhebungen in den USA. Dabei habe ich berücksichtigt, daß die Amerikaner zur Aphasie noch andere Formen von Sprachschädigungen zählen.

Bei meinem Vortrag 1966 auf dem Kongreß in Köln wurden diese Schätzzahlen bestätigt. Die 1968 erschienene Broschüre »Organisation der Behandlung schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen« in der Schriftenreihe »Arbeit und Gesundheit« (Heft 79/68) von dem Fachärzteteam TÖNNIS, FROWEIN, LOEW, GROTE, HEMMER, KLUG und FINKEMEYER gibt erstmalig genauere Zahlen auf Grund statistischer Erhebungen bekannt. Die Autoren berufen sich auf Unterlagen der Krankenkassen, Kliniken, Berufsgenossenschaften, des Statistischen Bundesamtes und des Bundesarbeitsministeriums. Danach gibt es im Bundesgebiet pro Jahr 100 000 bis 200 000 Kopfverletzte, darunter 15 Prozent Schwersthirnbeschädigte mit Syndromen, die die psychischen Grundfunktionen betroffen oder ganz ausgeschaltet haben. Die Verfasser weisen nach, daß durch Fehldiagnose und verspätete Behandlung die Heilung dieser schweren Schädel-Hirn-Verletzungen ungemein erschwert wird; sie legen deshalb einen Organisationsplan für die rechtzeitige Behandlung dieser Unfallverletzten vor.

Die seelisch-geistigen Ausfälle der Schwersthirnbeschädigten manifestieren sich bei diesen 15 Prozent der Fälle in einer Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit bis zum völligen Sprachverlust, einer Total-Aphasie. Bei weiteren 20 Prozent besteht eine Minderung der Leistungsfähigkeit; der Antrieb und das Gedächtnis sind geschwächt, die Konzentration ist behindert, die Auffassung eingeengt, das Denken durch inkohärente Störungen lückenhaft und verlangsamt; es besteht eine Hirnleistungsschwäche.

Unsere Schwersthirnbeschädigten müssen daher angeleitet werden, Begriffe mit den adäquaten Sachvorstellungen zu verbinden. Ihre Worte sind zumeist inhaltlos und leer. Sie sollen daher wieder zum sprachlichen Denken erzogen werden. Die Sprache ist die höchste seelisch-geistige Ausdruckskraft des Menschen. Spontan gesprochen ist sie das hörbare und spontan geschrieben das sichtbare Ergebnis unseres Denkens. Die Sprache und das Denken sind identisch. Wo das Denken zustande kommt, wird auch die Sprache gebildet. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die Sprache im sogen. »Sprachzentrum« lokalisiert sei. Dort befindet sich bei WERNICKE im Gyrus temporalis superior lediglich das sensorische Zentrum für das Sprachverständnis und bei BROCA im Gyrus frontalis inferior das motorische Sprachbewegungszentrum. Beide bringen noch keine Sprache zustande. Die Sprache beansprucht ein synergetisches Primat auf

die Großhirnrinde, entsteht also in der »Sprachregion«. Hier werden die Gedanken gebildet und die Intentionen für deren sprachliche Formulierung gefaßt. Von hier gehen die Sprachimpulse zum peripheren Ausdrucksfeld. Der seelisch-geistige Vorgang ist das Primäre, der physiologische das Sekundäre.

Ein syntaktisch einwandfreier Satz ist eine hohe Leistungseinheit, die nach WUNDT'S Grundsatz von der schöpferischen Synthese mehr ist als die Summe ihrer Teile. Er erfordert über das Wortsinnverständnis hinaus ein Satzsinnverständnis für Vorstellungsverknüpfungen. Diese Fähigkeit zur Apperzeption und zur Abstraktion ist bei einem Hirnverletzten gestört. Unsere Schwersthirnbeschädigten besitzen nicht mehr die seelische Kraft für diese hohe Geistesarbeit. Sie leiden an krankhaften Veränderungen der Sinneszentren, an geringer Kombinationsgabe, schwacher Phantasie, mangelndem Kausaldenken, vor allen Dingen aber haben sie ein schlechtes Sprachhör- und Sprechbewegungsgedächtnis, wie SCHUELL und JENKINS in ihrem Standardwerk »Aphasia in adults« nachgewiesen haben. Ihre Gegenstandsbegriffe kommen deshalb nur unklar zustande, haften verschwommen und führen ein Traumleben. Die Abstraktion der Begriffsvorstellung zur Wortvorstellung ist für sie ein schwieriger Denkvorgang, der sorgfältig geübt werden muß. Er soll genügend Erinnerungsbilder an die Wortklang- und Wortbewegungsvorstellung deponieren, sonst gelingt bei der signitiven Intention die Reproduktion der Begriffsvorstellungen nicht oder ist nur lückenhaft. Diese theoretischen Erkenntnisse sind für eine gezielte Sprachtherapie notwendig, um bei der Arbeit wendig zu sein, den Patienten nicht zu überfordern und die Schwerpunkte der Behandlung methodisch richtig zu setzen. Sie begründen, warum ich mein Übungsprogramm so und nicht anders entwickelt habe.

Lange Zeit soll deshalb der wirkliche Gegenstand oder sein gutes Abbild auf die Sinne wirken. Das Ergebnis dieses planmäßigen Gegenstanddenkens wird die sinnvolle Bereicherung des Wortschatzes mit bleibenden Sachvorstellungen und dazugehörigen Begriffen sein, die aber die Voraussetzung für eine lebendige Spontansprache überhaupt erst ist. Wenn die wirklichen Objekte und guten Anschauungsbilder nicht ausreichen, ist das Stehbild durch den Bildwerfer das beste Anschauungsmittel. Es festigt die Dingbegriffe, stärkt das Wortsinnverständnis, beseitigt Unklarheiten und Wortfindungsstörungen. Gleichzeitig kann man mit ihm die schmückenden Eigenschaftswörter und Mittelwörter wieder erwerben.

Hat der sprachgestörte Schwersthirnbeschädigte genügend Substantive wiedererworben, beginnt die andere große Sprachaufgabe, und zwar die Wiedererwerbung der Verben, die den meisten Aphasikern vollständig abhanden gekommen sind, weil der Wiedererwerb der Verben etymologisch eine viel größere Geistesarbeit erfordert als derjenige der Substantive. Das Zeitwort habe ich als den Motor der Sprache bezeichnet, es ist »die Seele des Satzes« (STORZ). Es ist »der Ordner des Satzes«. Das echte Zeitwort — nicht das Hilfszeitwort — bestimmt die Stellung der Satzteile, es gibt dem Satzgegenstand den Vorrang und bestimmt dessen Beugungsform, es zielt auf den Nebensatz hin und beansprucht darin den letzten Platz und das allerwichtigste: es bringt *B e w e g u n g* in den Satz, es geschieht etwas. Beim Substantiv geschieht nichts, es ist statisch. Das Verbum ist dynamisch, lebendig, rhythmisch, sprachmelodisch, es spricht den Kranken emotionell an und belebt seine Sprechmotorik. Von ihm geht eine ordnende Kraft aus, ein sinnvoller, handgreiflicher Vorgang. Es kommt der sprachlichen Reaktivität des Menschen am nächsten, denn Sprechen ist ja auch ein fließender Vorgang. Wenn wir schon das gegenständliche Denken zu einem intentionalen Erlebnis führen sollen, wieviel mehr muß dies mit dem aussagenden Denken in Tätigkeiten geschehen.

Für die Wiedererarbeitung der Verben mit allen ihren Tätigkeitsmerkmalen ist der Sprachübungsfilm unerlässlich, er leistet wertvollste Arbeit. Das Stehbild ist statisch, der Sprachübungsfilm dynamisch, er entspricht der Wesensart des Verbuns, dort geschieht fortgesetzt etwas, dort ist dauernd Bewegung. »Der Film zeigt einfachste Handlungsverläufe in sinnfälligster Anschaulichkeit, er führt Lebensnahes und Lebenswahres unmittelbar vor Augen« (ZÜRNECK). »Auch beim Aphasiker ist die Anschauung das absolute Fundament aller Erkenntnis« (PESTALOZZI). Das Geschaute erzeugt Sprechreize, es fordert geradezu zum Reden heraus. »Die Einzelgeschehnisse können sprachlich in kurzer, eindeutiger Aussage festgehalten werden. Die handlungsträchtigen Situationen fordern zum Gebrauch des Verbuns in der beschreibenden Aussage heraus« (ZÜRNECK). Und das wichtigste beim Sprechübungsfilm: Man gibt durch Wiederholungen Apperzeptionsstützen, indem man Einzelszenen festhält oder Einzelausschnitte, die eine in sich geschlossene Sprechereinheit darstellen, mehrmals nach Belieben laufen läßt. Nach jeder Sprechereinheit werden die erarbeiteten Zeitwörter an die Tafel geschrieben und verarbeitet, z. B. im Sinnwandel des Verbs. Eine der tiefsten Ursachen für die große Mühe zum Sprachwiederaufbau ist unsere komplizierte Apperzeptionssprache mit einer Fülle von krampfhaften Verdichtungen und mehrfach zusammengesetzten Substantiven, substantialisierten Verben, Adjektiven und sogar Präpositionen. Der Aphasiker — auch der akademisch gebildete — kann damit zunächst nichts anfangen. Es ist absolut unmöglich, seine prämorbid hochentwickelte Sprache im Erststadium des Sprachwiederaufbaues zu restituieren.

Mein Sprachübungsprogramm zum Language Master vermittelt deshalb bewußt eine einfache Assoziationsprache, die vertraute Heimsprache, die Umgangssprache des Alltags, die seiner reduzierten psychischen Leistungsfähigkeit und seinem geschwächten Antrieb entspricht. Unsere Zivilisation bringt für den Aphasiker viel zuviel unverarbeitete Sinneseindrücke. Mein Übungsprogramm mit seinen bebilderten und überschaubaren Sprachmustern verringert diese erdrückende Fülle, sie wirken auf den Kranken beruhigend und wohltuend. Sie geben ihm das Gefühl einer gelenkten Selbstbildung in einer seelisch-geistigen Geborgenheit.

Bevor jedoch der Language Master mit meinem Übungsprogramm angesetzt wird, soll bei einem aphasisch geschädigten Schwersthirnverletzten erst das Sprachvermögen wiedererweckt und der Sprechvorgang in Gang gebracht werden. In den schweren Formen einer optischen oder akustischen Agnosie muß ja zunächst das Wiedererkennen wiedererworben werden. Über eine Tatsache darf keine Unklarheit bestehen und dazu zitiere ich HOWARD RUSK, den Direktor des nach ihm benannten Instituts an der Universität New York: »Die Aphasie ist eines der am wenigsten verstandenen medizinischen Probleme, das gilt in gleicher Weise für Diagnostik und Therapie« (publiziert bei MARTHA TAYLOR in »Understanding Aphasia«, Heft 2/58, University New York). Das gleich schwierige Problem wie für die Neurologie ist die Aphasie für die Sprachheilpädagogik. Didaktik und Methode haben sich danach zu richten. Für eine optimale Sprachtherapie ist eine einwandfreie Diagnose nötig. Zur Ermittlung des logopädischen Befundes dienen die Tests von BAY, WEPMAN, SCHUELL, BENTON, VIGNOLO, HEAD, EISENSON, HAWIK; der Minnesotatest befindet sich noch im experimentellen Stadium.

Zur Kontaktaufnahme und Ansprechbarkeit beginne ich die Behandlung mit einem heiteren Stummfilm, z. B. Der Wettlauf zwischen Hasen und Igel. Einfachste Lebenssituationen aus dem Sprechübungs-Stumm-Film erwecken dynamische Impulse. Bekannte Volkslieder erzeugen rhythmisch-dynamische Reize, die zum Mitsingen anregen. Es schließen an Nachsprechen, Reihensprechen, Zählen, Sprichworte, Benennung der notwendigsten Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfs.

die in meinem Behandlungsraum mit aufgedrucktem Namen an einem Wandbrett hängen. Es folgt das Zuordnen von gedruckten Worttäfelchen zu den Bildern des Leselottos (Verlag Kuhlemann-Göppingen). Das alles geschieht in einem ständigen »Vom-Munde-Ablesen«. Zusätzlich wird bei den schwersten Fällen einer Agnosie oder sensorisch-amnestischen Aphasie der »Takttilgehalt« des Wortes in die hohle gesunde Hand des Aphasikers gehaucht. Unerlässlich ist die Tafelarbeit mit Buntkreiden vor den Augen des Betroffenen.

Danach setzt die Bildbeschreibung ein, wozu unsere Klinik über 50 sorgfältig ausgewählte bunte Anschauungswandbilder besitzt. Jedes Bild stellt eine Lebenssituation aus dem Alltag, dem Berufsleben und dem Lebenskreis der Patienten dar. Aus jedem Bild spricht viel Handlung. Insbesondere werden daraus die Verben erarbeitet. Diese vorzüglichen Bilder eignen sich besonders für das gelenkte Sprechen und für das Frage- und Antwortspiel. Der visuelle Perzeptionsweg ist untrüglich, weil er von einer optischen Reizquelle ausgeht.

Bei den schweren Formen einer Dysarthrie oder Anarthrie müssen zusätzlich Lautbildungs- und Vokalisationsübungen betrieben werden, jedoch nicht in einem öden Formalismus, sondern im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung eines Anschauungswandbildes. Man wählt Situationen, wo man mit der ersten und zweiten Artikulationszone beginnen kann; z. B. nach dem Anschauungswandbild »Soll es dir auch so ergehen?« (ein Verkehrsunfall):

1. **Sprecheinheit:**

Das Mädchen blutet. (artikulieren: — da — mä — blu —)

Die Mutter weint. (artikulieren: — di — mu — wei —)

2. **Sprecheinheit:**

Die Buben haben den Ball. (artikulieren: — di — bu — ben — ha — ben — ba — ball —)

Die Polizei ist da. (artikulieren: — di — po — li — zei — da —)

Diese Artikulationsübungen werden auf Blankokarten gedruckt und die Tonbandstreifen phonetisch einwandfrei besprochen. Der Patient erhält den Language Master mit diesen Tonkarten auf sein Zimmer und übt. So werden Lautverbindungen in allen Artikulationszonen geübt und eine Angleichung an die Artikulationsbasis angestrebt.

Von vornherein erziehen wir den Aphasiker zum Denken und vermeiden jegliche »Papageiendressur«. Jede Behandlung wird mit dem Singen von Liedern abgeschlossen. Wenn die Texte noch nicht gehen, singt man nach Silben, z. B. la — la — la oder da — da — da in den Melodien bekannter Lieder, wie »Das Wandern ist des Müllers Lust«. Das Singen kräftigt die Sprechmotorik, den Rhythmus, die Sprechatmung, die Stimmungslage, das Gemüt; denn Schwersthirnbeschädigte sind labil, manche affektlabil, viele jedoch apathisch. In subjektiver Insuffizienz dämmern sie dahin, weil sie von Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit bis zur dumpfen Verzweiflung gepeinigt werden. Der Schwersthirnbeschädigte soll deshalb in der Klinik seelisch beheimatet werden, sonst verfällt er der Lethargie und Hospitalitis. Ein Lied heitert ihn auf, ein Theaterbesuch lenkt ihn ab. VARGHA und GERIB legen auf das Singen großen Wert. So muß man den Aphasiker aus seiner Einsamkeit befreien, sein Kontaktbedürfnis stärken, ihn in die Gemeinschaft eingliedern, ihm Mut einflößen und die sprachlichen Anfangserfolge bewußtmachen.

Zur Kräftigung der Sprachmotorik dienen die rhythmischen Freiübungen bei der Heilgymnastik und die manuelle Beschäftigungstherapie. Die »Hand-Geist-Arbeit« regt das Mitteilungsbedürfnis des Sprachgeschädigten an und zwingt ihn fortgesetzt

zu Fragen über den Arbeitsgang. Er muß reden, sonst gelingt sein Werkstück nicht, und sein Ehrgeiz treibt ihn, daß es nicht schlechter ausfällt, als das seines Nebenmannes. Es ist erstaunlich, mit welcher Präzision Laien, halbseitig Gelähmte, arbeiten können und was sie zustande bringen, wenn sie richtig angeleitet werden. Dieses Werkeln, die Materialverwendung, das ständige Vergleichen mit dem Modell in seinen Einzelteilen bereichern den Wortschatz und deponieren eine Fülle von Sachvorstellungen und Begriffen, die in der Sprachheilbehandlung ausgewertet werden. Diese Betätigungstherapie befreit den Aphasiker aus der psychischen Isolierung, überwindet seine Scheu und gibt ihm einen Ansporn zur geistigen Aktivität. Sie erhöht das Mitteilungsbedürfnis in der »Berufssprache«.

Hat der Aphasiker durch diesen Vorkurs genügend Begriffe erarbeitet, dann tritt auf der Stufe der Übung, also am Ende jeder Behandlung, der Language Master mit meinem Sprachübungsprogramm in Tätigkeit. Der besondere Wert des Gerätes besteht darin, daß es sich zu gleicher Zeit an die noch intakten Perzeptionswege des Aphasikers wendet, an den visuellen, den akustischen und den taktilen. Der geschwächte Antrieb wird gekräftigt, Kommunikationsbahnen werden angeregt und Assoziationen aktiviert. Das Gerät ist auch für den halbseitig Gelähmten einfach handlich und stets griffbereit. Der Schwersthirnbeschädigte fühlt sehr bald, daß er mit dieser audio-visuellen Methode endlich eine echte Lebenshilfe, einen »Sprachtrainer«, besitzt. Dadurch wird sein Mitteilungsbedürfnis angeregt und sein »prätraumatisches Interesse« geweckt, wie WEPMAN empfiehlt. Neue Schaltungen werden mobilisiert, die bisher latent schlummerten. Das Gerät und die Sprachmuster sind immer zur Stelle, es spricht phonetisch einwandfrei, stets mit der vertrauten Stimme des Therapeuten. Ein neuer Lebensrhythmus erfüllt den Aphasiker. Es werden Sprechimpulse entfacht, die das Sprachvermögen anregen, zum peripheren Ausdruckfeld dringen und die Artikulationsbasis innervieren. Die Sprechreize erwecken das syntaktische Sprachgefühl und den Drang zur Modulation. Der Kranke sitzt nicht mehr stumpf und dumpf herum, er empfindet ein neues Lebensgefühl. Er bestimmt das Arbeitstempo, das Arbeitsmaß, er wird wieder Persönlichkeit, nicht mehr der im Rollstuhl verhätschelte Leidende. Er selbst korrigiert am Gerät und an den Tonkarten seine Fehlreaktionen, er selbst fängt Rückschläge ab, ja er kann sogar seinen sprachlichen Fortschritt selbst testen, und zwar mit Blankokarten auf der zweiten Spur des Tonbandstreifens. In unserer Klinik nehme ich die sprachtherapeutischen Erfolge auf Blankokarten auf und füge diese Karten dem Behandlungsbericht für das Krankenblatt bei. Natürlich müssen die Angehörigen behilflich sein, ich halte deshalb engen Kontakt mit ihnen. Das Gefühl, daß der Schwertsprachgeschädigte im fortgeschrittenen Stadium selbst Blankokarten besprechen darf, erhöht ungemein sein Selbstvertrauen und kompensiert seelische Kräfte. Jede Verfrühung ist zu vermeiden, weil sie Schaden anrichten kann. Bei Stotterern wirkt diese Selbstkontrolle ausgezeichnet.

Das Üben am Language Master wird für den Schwersthirnbeschädigten zum freudigen Erfolgserlebnis, das Gerät weckt sein technisches Interesse. Meine Tonkarten verhelfen zum Einprägen von Begriffen in der zentralen Hörbahn, sie ermöglichen deren Einspeicherung im Begriffszentrum und erhöhen den Wortschatz. Sehen, Hören und Sprechen werden koordiniert und damit die akustische Aufmerksamkeit gefördert. Gleichgelagerte Fälle werden in kleinen Gruppen zusammengefaßt. Die Gruppenbehandlung kräftigt das Selbstvertrauen, die Gruppe »macht stark« und mutig, sie läßt das Gefühl für Verbesserungsmöglichkeiten aufkommen.

Die programmierte Sprachtherapie mag ein Ersatz für den leider noch fehlenden, auf Aphasiebehandlung spezialisierten Sprachheilpädagogen sein. Man kann es

nicht verantworten, von unausgebildeten, kurz angeleiteten Hilfskräften Aphasie-therapie erteilen zu lassen. Mit dem vorgelegten Programm halte ich den Versuch für durchaus vertretbar. Bei der praktischen Arbeit werden sich neue Aspekte für den Einsatz des Gerätes ergeben.

Mein Übungsprogramm ist ein Standardprogramm, das für Kinder und Jugendliche modifiziert und ausgebaut werden kann. Zu diesem Zwecke haben es bereits auch Sprachheil- und Sonderschulen angeschafft. Bei den Sprachmustern habe ich besonders die Verben aktiviert. Sie reichen für den Aufbau der Umgangssprache aus. Mein Standardprogramm wird in der Hand eines erfahrenen Therapeuten durch zusätzliche Serien individuell bereichert, um dem Patienten stets neues Übungsmaterial zu beschaffen, auch aus seiner »beruflichen Sphäre«, wie LEISCHNER empfiehlt. Jeder Schematismus ist zu vermeiden. Der Schizoide reagiert anders als der Zykllothyme, der Schwersthirnbeschädigte ist schwierig; er muß deshalb das Gefühl haben, daß er geborgen und bestens betreut ist. Man muß für ihn eine große Geduld aufbringen, ihn loben, ihm Mut machen, seine Minderwertigkeitsgefühle, seine Hemmungen und Sperrungen überwinden helfen, seine Sprachnot lindern, ihn in einen Zustand freudiger Erwartungsspannung versetzen und ihm am Ende jeder Lektion nach COUÉ bewußt machen, daß man wieder einen Schritt vorwärts gekommen ist. Er darf die Schwere seines Leidens nicht gar so tragisch nehmen, man muß leicht darüber hinweggehen, jedoch leichtfertige Prognosen unter allen Umständen vermeiden.

Wir sind in unserer Klinik schon vor drei Jahren dazu übergegangen, den Language Master nach der stationären Sprachheilbehandlung den Patienten zur autodidaktischen Weiterarbeit nach Hause zu vermitteln: das Gerät, mein Übungsprogramm und die Anschauungswandbilder. Die Kostenträger der Betroffenen (Sozialhilfeverwaltung, Berufsgenossenschaft, Landesversorgungsverwaltung, Versicherungsanstalten u. a. m.) bewilligen die Mittel zur Beschaffung der Lehr- und Lernmittel und unterstützen damit unsere Arbeit. Ich empfehle für den Schwersthirnbeschädigten die Beschaffung des Sprachübungsgerätes mit den dazugehörigen Lehrmitteln (300 Tonkarten und vier Anschauungswandbilder), der behandelnde Arzt stellt auf dem roten Formblatt laut 39 Absatz 1 und 2 BSHG den Antrag auf Bewilligung der Eingliederungshilfe, der zuständige Landesarzt befürwortet den Antrag und die Kostenträger genehmigen die Mittel. Das Gerät und die Lehrmittel bleiben Eigentum der Kostenträger und werden durch einen Leihvertrag dem Sprachgeschädigten überlassen. Es darf erwartet werden, daß auch andere Kliniken unserem Beispiel folgen und den hartgetroffenen Schwersthirnbeschädigten die endlich geschaffene echte Lebenshilfe nicht vorenthalten, zumal sie geeignet ist, die Wiedereingliederung des Betroffenen in den Arbeitseinsatz zu fördern, wenn sie rechtzeitig angewendet wird. Diese häuslichen Sprachübungen sind erfolgreich, weil der Patient üben kann, wann er will und wenn er ausgeruht ist; er ist nicht an eine festgelegte Zeit angewiesen, wie bei der stationären Behandlung, die ihn durch viele andere Behandlungen (Massagen, Heilgymnastik, Bäder, Beschäftigungstherapie) erheblich strapaziert.

In der nachgehenden Sprachheilfürsorge habe ich mich bei den Hausbesuchen in München und bei wiederholter stationärer Behandlung von erfreulichen Fortschritten überzeugen können. Unser Ziel ist die alsbaldige Eingliederung der Betroffenen in den Arbeitseinsatz nach ihrer sprachlichen Restituierung, denn wir können nicht Tausende aphasisch geschädigte Menschen als nur konsumierende Mitglieder unserer Gesellschaft in ihrer Untätigkeit belassen. Die Rehabilitationsstellen der Arbeitsämter sind in der Berufsberatung und Umschulung der Betroffenen recht erfahren.

Sie schätzen die Rehabilitationsfälle auf 50 Prozent aller Hirnschädigungen für Lebensalter unter 35 Jahren.

In unserer Klinik stehen mir zwei Praktikantinnen zur Verfügung, die in der behandlungsfreien Zeit mit den Aphasikern nach meinen methodischen Anweisungen am Language Master mit meinem Programm üben. Das häufige Nachsprechen der bebilderten und bedruckten Sprachmuster hilft die zumeist gleichzeitig bestehenden Wortfindungsstörungen, die Paraphrasie und Paraphrasie, ferner die Alexie und Agraphie allmählich überwinden.

Auch die Schreib/Lese-Fähigkeit soll systematisch wiederaufgebaut werden. So muß das Schreiben von der gelähmten rechten Hand auf die gesunde linke verlagert werden. Das Lesen wird nach der Ganzheitsmethode wiedererlernt. Hier können neben Einzelbehandlung gleichgelagerte Fälle in Gruppen betreut werden. Der Lesekasten bietet wertvolle Hilfe.

Die Erfolge dieser audio-visuellen Sprachheilmethoden sind um so nachhaltiger, wenn die Patienten rechtzeitig in Sprachbehandlung genommen werden. Auf die **F r ü h - e r f a s s u n g** lege ich den größten Wert. Mitunter setzt die **S p o n t a n r e s t i t u t i o n** schon bald nach dem Abklingen der Bewußtseintrübungen ein. Man merkt sie an den auftauchenden Sprachresten bei Anwendung einer geschickten Sprechreiztherapie in einer gelockerten Sprechatmosphäre. Vor allen Dingen müssen der Behandlungsraum und der Therapeut dieses Reizklima ausstrahlen. Die Wände dürfen nicht mit allzu viel Lehrmaterial überladen sein. Bei uns hängen stets zwei gute, künstlerisch hochwertige Anschauungswandbilder mit Situationen aus dem Lebenskreis des Patienten; an einer Wandtafel stehen die »Täglichen Sprechübungen« in Druckschrift; an einem Wandbrett befinden sich Gebrauchsgegenstände des täglichen Bedarfs, darunter ein großer Spiegel; die andere Wandtafel dient der »Tafelarbeit«, daneben hängt eine Landkarte, die Lehrmittel wechseln oft; es gibt immer etwas Neues, Interessantes zu sehen, vor allem die beliebten Kurzfilme. Mit aufmunternden Worten wird der Kranke empfangen und entlassen. Manche verlangen nach Hausarbeiten, sie erhalten einen Bildband des bunten Bilder-ABC von Brockhaus oder ein geeignetes gutgebildertes Lesebuch, manche wünschen eine Schreibaufgabe, alle Wünsche werden vorbereitet und erfüllt.

In den USA erzeugen die Speech-Volontärinnen dieses **S p r e c h r e i z k l i m a** und beginnen damit schon wenige Tage nach dem Krankheitsfall. Freiwillige Helferinnen, Studentinnen, künftige Speechpathologinnen und Speechtherapistinnen verrichten in der Howard-Rusk-Klinik diese Arbeit ehrenamtlich; sie wird ihnen auf das Praktikum angerechnet. Diese Volontärinnen überbrücken die Langeweile der Patienten, sorgen für Aufheiterung, aktivieren Sprachreste und verhindern ein Absinken des Patienten in Apathie und Lethargie. Ich hatte Gelegenheit, der Sprachbehandlung einer optischen Agnosie in einem der zahlreichen, bestens eingerichteten Behandlungsräume beizuwohnen. Die Speechpathologin Mrs. LUDLOW (eine von den 10 000 ausgebildeten Sprachheilpädagogen in USA mit einem zehensemestriigen Fachstudium, abgeschlossen durch den Master Degree) demonstrierte diesen Fall. Bei meiner 3. Studienreise 1969 nach USA besuchte ich u. a. das Montclair State College in New Jersey zur Ausbildung von Sprachheilpädagogen.

Wenn die Spontanrestitution verpaßt wird, verblaßt die geistige Erinnerung und die Sprachmotorik versickert; der hilflose Aphasiker gewöhnt sich im Wege der Selbsthilfe eine agrammatische Sprechweise an, er sucht und tastet nach dem fehlenden Verbund, er perseveriert und plagt sich mit dem Syntax ab, die Angehörigen versuchen zu helfen und machen ihn noch unsicherer. Klonotonische Randstockungen schleichen sich ein, inkohärente Störungen behindern ihn, die Gedanken eilen

voraus, die Sprache kommt nicht mit, bis er schließlich verlegen abwinkt und verzweifelt aufgibt. Der Patient wird allmählich wesensverändert. Diese Wesensveränderung ist mehr als eine Verhaltensstörung; sie ist ein tiefer Einbruch in die Persönlichkeit, sie kann und muß abgewendet werden, denn sie führt zu Verfallserscheinungen der Persönlichkeit und zum Absinken des Persönlichkeitswertes und der Intelligenz. Diese Fehlleistungen und Fehlhaltung verhindert der Language Master mit meinem Übungsprogramm, wenn er rechtzeitig und sinnvoll angesetzt wird.

Es existiert noch keine Didaktik für eine Sprachbehandlung von Schwersthirnbeschädigten. Es wird experimentiert und improvisiert. An den Instituten für Sprachheilpädagogik fehlen den Dozenten die praktischen Erfahrungen, ähnlich ist die Situation an vielen neurologischen Kliniken. Es fehlt der Fachpädagoge für Aphasitherapie. Es ist mein ernstes Anliegen, immer wieder auf diesen Notstand hinzuweisen.

Wie nach meinen früheren Vorträgen, so appelliere ich auch hier an die menschliche Verpflichtung aller Fachpädagogen der Sonderpädagogik, Sprachheilpädagogik, Hörgeschädigtenpädagogik, an die Psychologen und an die erfahrenen Logopäden mit langjähriger Praxis, sich der in große seelische Not geratenen Schwersthirnbeschädigten anzunehmen und sie in die menschliche Gesellschaft zurückzuführen.

Die Industriegesellschaft greift bereits nach unseren Schulkindern. Tausende verunglücken alljährlich im Straßenverkehr und erleiden schwere Schädel-Hirn-Verletzungen mit seelisch-geistigen Ausfallserscheinungen.

Den sprachgestörten Schwersthirnbeschädigten gehört deshalb unsere besondere fachpädagogische Fürsorge. Dann heilen wir nicht nur Sprachgebrechen, sondern erfüllen eine wahrhaft soziale Aufgabe im Dienste der Humanität.

#### Literatur:

Siehe »Die Sprachheilarbeit« Heft 1/1969. Weitere Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers: Helmut Ruge, Realschul- und Sonderschullektor a. D., Fachpädagoge für Aphasitherapie an der Hirnverletztenklinik des Neurologischen Krankenhauses, 8 München 23, Tristanstraße 20.

*Heinz Lang, Hameln*

### **Der Sprach-Studien-Recorder (SSR)**

(Zur Einführung eines neuen technischen Hilfsmittels  
bei der Behandlung hirnanorganischer Sprachstörungen Erwachsener)

#### *Einleitung*

Die moderne Sprachtherapie ist ohne die Verwendung technischer Hilfsmittel kaum noch denkbar, wenngleich auch noch nicht überall davon der erwünschte Gebrauch gemacht wird. So gehört u. a. das Tonbandgerät und der Film mittlerweile zu den Standardmitteln in der heilpädagogischen Therapie.

Eine bevorzugte Stellung im Rahmen der Sprachheilpädagogik hat sich in wenigen Jahren der Language Master (LM) erworben, da seine Konstruktion es erlaubt, auch dem rechtsseitig Gelähmten die Bedienung mittels Ton-Bild-Karten einhändig zu ermöglichen und so zu einem intensiven und kontrollierten Sprachtraining auch ohne Anwesenheit des Therapeuten zu gelangen.

Der LM hat sich hervorragend bewährt in der Frühphase der sprachlichen Rehabilitation besonders bei Aphasikern. Seine Nachteile — wenn man das überhaupt so nennen kann — zeigen sich in zweifacher Hinsicht:

1. Anschaffungs- und Betriebskosten durch laufende Ergänzung der Tonkarten-Sets sind so hoch, daß Kostenträger und Privatpatienten noch häufig davor zurückschrecken, wodurch eine breitere Verwendung des Gerätes außerhalb klinischer oder ähnlicher Einrichtungen in der Hand der Patienten sehr erschwert wird. Hinzu kommt der Umstand, daß das Gerät außerhalb der Therapiezwecke im engeren Sprachbereich kaum allgemein im Sinne eines gewöhnlichen Tonbandgerätes verwendet werden kann.
2. Die Wirkungsweise des LM beschränkt sich weitgehend nur auf die Sprachleistungen, wobei sich infolge des Tonkartensystems vielfältige Übungen an größeren Sprachtexten und über die Sprache hinaus naturgemäß weitgehend verbieten. Dieser Mangel tritt besonders bei leichteren Formen der hirnorganischen Sprachstörungen und im fortgeschrittenen Rehabilitationsstadium zutage.

#### *Der Sprach-Studien-Recorder (SSR)*

Hier bietet sich neuerdings durch den von Philips entwickelten Sprach-Studien-Recorder (SSR) LCH 1001 — serienmäßig hergestellt ursprünglich für das häusliche Fremdsprachenstudium — eine preiswerte und vielseitige Ergänzung zum LM. Neben dem es und nach dem es verwendet werden kann nach dem Prinzip des Audio-Aktiv-Comparativ-Verfahrens (AAC).



Beschreibung des SSR (siehe Abb.)

Batteriegerät (mit Netzanschlußmöglichkeit durch Vorschaltgerät als Zubehör); Abmessungen: 270 x 195 x 60 mm; Gewicht (ohne Batterien): 2,2 kg — Kassettenbetrieb, Philips-Einknopf-Betriebsschaltung, Lautsprecher-, Tonhöhen- und Aussteuerungsschalter, Aussteuerungs- und Betriebsspannungsanzeige, serienmäßige Ausstattung mit Kopfhörer-Mikrofon-Garnitur und Überspielkabel.

#### Technische Daten:

Speisespannung: 9 V (6 Monozellen zu je 1,5 V)

Betriebsdauer der Zellen: etwa 40 Stunden

Konstante Bandgeschwindigkeit: 4,75 cm/sec

Bandbreite: 3,8 mm, Anzahl der Spuren: zwei

Spieldauer: Kassette C—60 = 1 x 30 Min. bei Sprachtraining, sonst 2 x 30 Min.

Kassette C—90 = 1 x 45 Min. bei Sprachtraining, sonst 2 x 45 Min.

(Für das therapeutische Sprachtraining ist die Kassette C—60 (30 Min.) vorzuziehen.

Schneller Vor- und Rücklauf: Kassette C—60 max. 70 Sek., Kassette C—90 max. 100 Sek.

Ausgangsleistung: 800 mW

Zubehör (nicht im Preis inbegriffen):

Mikrofon mit Fernbedienungsschalter Start/Stop, Netzvorschaltschaltgerät,

Zusatzlautsprecher (5—8 Ohm), Verbindungskabel für ältere Rundfunkgeräte.

#### *Möglichkeiten des SSR*

Die Suche nach einem wirtschaftlichen Übungsgerät, das auch für Einhänder leicht ohne fremde Hilfe zu bedienen ist (Preis etwa 340,— DM), preiswert in Anschaffung und Betrieb ist und vielgestaltige Einsatzmöglichkeiten erlaubt, führte zum SSR.

Er hat den Vorzug, über die therapeutisch gerichteten Zwecke hinaus auch als normales Kassetten-Tonbandgerät benutzt werden zu können. Infolge einer zusätzlichen Programmierschaltung für den Therapeuten durch Lieferung eines speziellen Programmierschalters ist es möglich, eine Leerkassette mit beliebigen Übungsaufnahmen zu programmieren und so die Therapie wie beim LM individuell dem jeweiligen Zustand des Patienten anzupassen. Durch den Trainingsbetrieb mit Kopfhörer ist die Möglichkeit gegeben, das Gerät mittels einer Einstellschraube auf eine maximale Lautstärke von etwa 100 db zu bringen, wodurch die Behandlung auch schwerhöriger Sprachgestörter ermöglicht wird. Diese Tatsache ist insofern von Bedeutung, als gerade bei vielerlei hirnganischen Krankheitsprozessen älterer Patienten nicht selten unabhängig davon Hörschädigungen vorhanden sind, die — in der Praxis vielfach nicht gewürdigt — bei der Behandlung der hirnganischen Sprachstörungen von der Sprachimpression her eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen können.

Ein weiterer Vorzug ist seine Netzunabhängigkeit und leichte Transportierbarkeit, so daß der Patient völlig ungebunden vom Ort bleibt.

Über eine Versuchszeit von etwa zwei Jahren ergab sich dem LM gegenüber der Nachteil, daß der visuelle Sprachfaktor nicht in gleicher Weise wie dort dem Tonbild zugeordnet werden kann, ein Nachteil, der sich jedoch ausgleichen läßt durch die Schaffung entsprechend zugeordneter visueller Mittel in Bild, Zeichnung oder Schrift, nach ausreichender und abgerundeter Versuchsarbeit in einigen Jahren auch durch die Herausgabe serienmäßig hergestellter Bandkassetten mit Begleitheften, so daß das AAC-Verfahren jederzeit auch visuell ergänzt werden kann.

Andererseits ergibt sich gerade aus der Möglichkeit der Trennung der auditiven und visuellen Faktoren beim SSR eine Vielzahl von Steigerungen und Variationsmöglichkeiten im sprachlichen Training und darüber hinaus, die beim LM durch die feste Verbindung von Ton und Bild auf der Tonbildkarte nicht ohne weiteres durchführbar sind.

#### *Indikationsbreite des SSR*

Durch jeweils modifizierte Anwendung des SSR hinsichtlich der Methodik lassen sich folgende Schädigungen übungstherapeutisch beeinflussen: Aphasien, Dysarthrien, Lese- und Schreibstörungen, Rechenstörungen, Störungen der Konzentration, der

Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Agnosien, Dyspraxien, zentralauditive Störungen (z. B. selektive Hörstörungen u. a.), Hörschädigungen, Ablaufverlangsamungen und Reaktionsverzögerungen.

Aus diesem Katalog der Indikationsmöglichkeiten wird sichtbar, daß das Gerät, richtige und sinnvolle Programmierung vorausgesetzt, in seinen Möglichkeiten weit über die engere Sprachtherapie hinauszugehen vermag, ja sogar bei einer Reihe von organischen Hirnleistungsschwächen außerhalb des Sprachbereichs eingesetzt werden kann im Verlauf der klinischen Therapie und bei der ambulanten Behandlung sowie bei der allgemeinen Rehabilitation Hirngeschädigter.

Bei der sehr häufigen Vergesellschaftung der unterschiedlichsten Sprachstörungen miteinander und mit außersprachlichen Hirnleistungsschwächen, die wiederum sekundär auf die Sprachfunktion wirken, erscheint die Mitwirkung und Beeinflussung dieser Bereiche auch im programmierten Training der Sprachleistung um so bedeutungsvoller, als gerade in der heilpädagogischen Sprachtherapie bei aphasischen Syndromen die Sprachfunktionen oft noch zu isoliert von den übrigen Hirnfunktionen gesehen werden.

#### *Weitere Anwendungsbereiche des SSR*

Bewußt wurde die Würdigung des SSR, der als Seriengerät zu günstigem Preis geliefert wird, als Einführungsabhandlung eingeengt auf die hirnorganischen Sprachstörungen und ihre Begleiterscheinungen, weil gerade hier einmal erste Erfahrungen aus der Praxis vorliegen, zum andern auch ein ungeheurer Bedarf an Hilfsmitteln vorliegt, die sich ergänzen und eine größtmögliche Differenzierung der Maßnahmen bei aller Intensität und Erschwinglichkeit erlauben.

Hinzu kommt, daß — sofern nach klinischer Stationärbehandlung ausreichende ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeiten am Wohnort oder in erreichbarer Nähe des Patienten nicht gegeben sind — die Behandlung über Programm von der Klinik aus weitergeführt werden kann bzw. von dem Sprachheilpädagogen, der die Behandlung in der Klinik durchgeführt hat.

Eine sogenannte »Fernbehandlung« über Bandprogramm ohne genaue persönliche Kenntnis des Patienten und seines Leidenszustandes ist nicht möglich — ebenso wenig wie beim LM.

Natürlich braucht diese Kenntnis des Patienten nicht während eines Stationäraufenthaltes erworben zu sein. Eine eingehende persönliche Untersuchung des Patienten oder eine vorausgegangene ambulante Behandlung schaffen ebenso ausreichende Grundlagen für eine programmierte Weiterbehandlung.

Das Gerät dient selbstverständlich auch als häusliches Hilfsmittel während und nach einer ambulanten Behandlung. Es sollte jedoch in keinem Falle den persönlichen Kontakt zum Therapeuten ersetzen.

Andererseits bieten sich, gerade wenn ein häufiger persönlicher Kontakt zwischen Patient und Sprachheilpädagoge aus räumlichen Gründen über längere Zeit nicht möglich ist, über die auf Band genommene freie Zwiesprache, die ja neben dem Übungsprogramm möglich ist, außerordentlich günstige Möglichkeiten auch der psychischen Beeinflussung des Patienten bzw. der psychischen Entlastung, da er sich seinem Therapeuten über die Entfernung hinweg mitteilen kann, wodurch auch gleichzeitig eine Überprüfung des spontanen Ausdrucks ermöglicht wird.

Gerade hier liegen unschätzbare Vorteile des Kassettenbetriebes gegenüber dem Tonkartenbetrieb, wie auch die Verschickung der Kassetten weitaus geringere Schwierigkeiten bereitet als der Versand der Karten. Aber gerade die regelmäßige

Kontrolle des vom Patienten besprochenen Übungsbandes durch den Heilpädagogen, auch wenn er an einem anderen Orte wohnt, erscheint unerlässlich, wenn die programmierte häusliche Übung größtmögliche Wirkung haben soll.

Es sei deshalb noch einmal besonders betont: Weder der LM noch der SSR können oder sollen den persönlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut ersetzen, sie sollen die direkten Maßnahmen nur ergänzen und die Alleinübung intensiver gestalten, wobei dem Patienten die Möglichkeit eigener Kontrolle gegeben ist.

Zweifelloos erschöpfen sich die Möglichkeiten des SSR nicht im Anwendungsbereich bei hirnormanisch sprachgestörten Erwachsenen. Er ist auch bei stammelnden, hörgeschädigten und stotternden Kindern und Jugendlichen von einem gewissen Alter ab als Vielzweckübungsgerät verwendbar, in der Ambulanz wie im Heim oder in der Schule. Sicherlich gelten hier bei der Programmierung der Bänder ganz andere Gesichtspunkte als bei den hirngeschädigten Erwachsenen, doch davon soll in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein.

In der Hand des erfahrenen Sprachheilpädagogen ist der SSR, das sei nur am Rande angedeutet, außerdem auch ein Mittel bei der Behandlung von Stimmstörungen, wobei durch die zwei Spuren die Möglichkeit der Vertäubung während der Stimmaufnahme gegeben ist, vorausgesetzt, das Band wird entsprechend präpariert.

Hinsichtlich der Verwendung des Gerätes bei cerebralen Schädigungen im Kindesalter (geistig Behinderte) liegen unsererseits bisher noch keine Erfahrungen vor, es darf jedoch angenommen werden, daß auch hier mit Vorbehalten gewisse Anwendungsmöglichkeiten bestehen.

#### *LM und SSR*

Die Einführung des SSR in die Sprachheilpädagogik bedeutet keinen Ersatz für den bereits vielfach bewährten LM. Vielmehr stehen beide Geräte als hervorragende technische Hilfsmittel einander ergänzend gleichberechtigt nebeneinander, denn auch der LM kann keinen Ersatz für den SSR bedeuten.

Beide Hilfsmittel haben ihren begrenzten Anwendungsbereich, der bestimmt wird vom Sprachzustand und der allgemeinen Hirnleistungsfähigkeit des Patienten, wobei — grob formuliert — mit Einschränkungen gesagt werden kann, daß der LM bei Schwerstschädigungen und in der Frühphase der Therapie vorzuziehen ist, während bei leichteren Schädigungen und in späteren Behandlungsphasen der SSR bessere Möglichkeiten bietet.

Beiden Geräten gemeinsam ist die relativ leichte Bedienbarkeit auch für Nur-Linkshänder, was in Anbetracht der häufigen Halbseitenlähmungen in Verbindung mit hirnormanischen Sprachstörungen von großer Bedeutung ist.

Anschrift des Verfassers: Heinz Lang, Heilpädagoge für Stimm- und Sprachstörungen, 325 Hameln, Jägerpfad 43.

Mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Philips GmbH, Abt. Technik in Unterricht und Ausbildung, 2 Hamburg 1, Postfach 1093.

---

#### **Anschriftenänderungen unserer Bezieher**

bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße und pünktliche Belieferung gewährleistet werden.

**Wartenberg & Söhne · Druckerei und Verlag · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41**

---

## Schulversagen sprachbehinderter Kinder unter sozialpsychologischem Aspekt

### 1. Schulversagen und Sprachbehinderung

Bei einer unter ganz anderer Fragestellung an Sprachheil- und Normalklassen zweier Großstädte in Baden-Württemberg durchgeführten Erhebung fiel eine relativ große Zahl sprachbehinderter Schüler auf, deren Schulleistungen unter dem Niveau lagen, das nach den Ergebnissen von Intelligenzuntersuchungen zu erwarten gewesen wäre.

In solchen Fällen andauernder schlechter Schulleistungen trotz durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher intellektueller Begabung spricht man von Schulversagern — in der amerikanischen Literatur »underachievers« genannt. Der Schulversager wird vom Lehrer meist mit der Formel charakterisiert »Wenn der wollte, könnte er«; er ist der faule Gescheite. Die Gründe, warum er nicht will, oder aber nicht kann, sind mannigfaltig. Sie können entwicklungsbedingt sein — wir denken hier vor allem an die Krisenzeit der Pubertät —, sie mögen sozialer Natur sein, sei es, daß eine Störung des Eltern-Kind-Verhältnisses vorliegt, sei es, daß das autoritäre Verhalten des Lehrers den Schüler verängstigt. Die Reihe möglicher Ursachen schulischen Versagens trotz ausreichender Begabung könnte fortgesetzt werden.

Hier interessiert die Frage eines Zusammenhanges zwischen Schulversagen und Sprachbehinderung. Nach unseren Beobachtungen besteht ein solcher. (Auf gegenläufige Feststellungen KANTERS 1964 kommen wir an anderer Stelle zu sprechen.) Es scheint uns, daß die Häufigkeit einer Diskrepanz zwischen intellektueller Leistungsfähigkeit bei Intelligenzuntersuchungen (besonders bei sprachfreien Tests bzw. in den Handlungsteilen sprachgebundener Tests) und Schulleistung, gemessen an den Noten der Fächer Rechtschreibung, Heimatkunde (in der Grundschule) bzw. Erdkunde (in der Hauptschule) und Rechnen, mit der Schwere der Sprachbehinderung zunimmt. Dies würde bedeuten, daß eine positive Korrelation zwischen Sprachbehinderung und Schulversagen besteht.

Diese Hypothese soll und kann hier nicht verifiziert werden. Wir möchten vielmehr, ausgehend von unserer Beobachtung einer vermehrten Zahl von Schulversagern bei sprachbehinderten Schülern, das Phänomen der Leistungsblockierung sprachbehinderter Kinder (KERN 1961, S. 35; WEGENER 1965, S. 495; ZUCKRIGL 1968 a., S. 144 und 1968 b., S. 250; ORTHMANN 1968, S. 312 und 314; SCHNEIDER 1969, S. 225) einer sozialpsychologischen Analyse unterziehen, wobei davon ausgegangen wird, daß das sprachbehinderte Kind vor seiner Einschulung in eine Sprachheilschule eine Normalschule besucht.

Wir wollen mit diesem Aufsatz die Aufmerksamkeit des Fachpädagogen an Sprachheilschulen, der vielleicht einen oder mehrere solcher »hoffnungsloser Fälle« in seine Klasse bekommt, auf die möglichen sozialpsychologischen Hintergründe des Schulversagens lenken. Es sei jedoch — um Mißverständnissen vorzubeugen — gleich hier ausdrücklich gesagt, daß die Ursache eines Schulversagens Sprachbehinderter zwar darin gesucht werden kann, daß der behinderte Schüler Mitglied einer Gruppe Sprachunauffälliger ist, dies aber lediglich eine von vielen möglichen Ursachen des Schulversagens sprachbehinderter Kinder zu sein braucht.

## 2. Sozialpsychologischer Erklärungsversuch des Schulversagens sprachbehinderter Kinder

### 2.1. Der dissonanztheoretische Ansatz

Unsere Analyse des Zusammenhangs zwischen Sprachbehinderung und Leistungsblockierung basiert auf Festingers Dissonanztheorie (FESTINGER 1957), die in ihren Grundkonzepten von Heiders Balance-Theorie (HEIDER 1958) beeinflusst ist.

Festingers Grundannahme besteht darin, daß das Individuum nach Harmonie seiner Kognitionen strebt, d. h. daß sein Wissen, seine Wahrnehmungen, Meinungen und Einstellungen und der daraus resultierenden Verhaltensweisen sich in Übereinstimmung (= Konsonanz) befinden müssen. Stehen Kognitionen in Widerspruch (= Dissonanz), dann setzt das Individuum Mechanismen ein, die zu einer Reduzierung der Dissonanz und damit zu Konsonanz führen.

Bei einem Individuum als Mitglied einer Gruppe — dies ist, wie oben gesagt, der Ausgangspunkt unserer Überlegungen — kann Dissonanz unter folgenden Bedingungen entstehen:

- a) Bei erzwungener Übereinstimmung: Ein Gruppenmitglied wird beispielsweise gezwungen, mit der Meinung (dem Verhalten usw.) der Gruppe konform zu gehen.
- b) Bei der Entscheidung zwischen gleich attraktiven Alternativen: Z. B. die Entscheidung, zu einer von zwei gleich attraktiven informellen Gruppen gehören zu wollen.
- c) Beim Ausgesetztsein neuer Informationen: Ein Gruppenmitglied erfährt die eigentlichen, bisher verschwiegenen Interessen der Gruppe.
- d) Bei Abweichung von der Gruppennorm: Ein Gruppenmitglied verhält sich nicht konform mit den von der Gruppe akzeptierten Normen.
- e) Bei Rollenwechsel: Bei Übernahme einer neuen Position in der Gruppe müssen alte Verhaltensweisen abgelegt werden.

Die Größe der Dissonanz, so kann allgemein gesagt werden, ist im wesentlichen abhängig von der subjektiven Wichtigkeit der kognitiven Elemente, der Kohäsion der Gruppe und von der Größe des Widerspruchs, in dem sich kognitive Elemente befinden.

Entsprechend den Bedingungen der Entstehung von Dissonanz unterscheiden sich die Mechanismen zur Dissonanzreduzierung, auf deren ausführliche Erörterung wir hier verzichten. (Wir verweisen diesbezüglich auf die angegebene Originalliteratur.) Auf die in diesem Zusammenhange bedeutsamen Formen kommen wir im nächsten Abschnitt zu sprechen.

### 2.2. Das sprachbehinderte Kind in einer korrekt sprechenden Umwelt

Die Abschätzung der Wirkung eines Sprachfehlers im Sinne der Dissonanztheorie setzt eine korrekt sprechende Umwelt (Gruppe) voraus. Dies ist, wie eingangs gesagt, der Fall, wenn das sprachbehinderte Kind in der Normalschule unterrichtet wird. Das sprachbehinderte Kind ist in dieser korrekt sprechenden Umgebung auffällig im Sinne einer Abweichung von der Gruppennorm, d. i. ein korrektes Sprechen. Sprechen, das bedeutet für das sprachbehinderte Kind fehlerhaftes Sprechen, kann so zur Entstehung von Dissonanz führen.

Ob der Sprachfehler eines Kindes tatsächlich als Abweichung von der Gruppennorm erlebt wird, hängt einmal von der Schwere des Sprachfehlers ab (Stottern wird mit

Sicherheit als Abweichung erkannt!), zum anderen vom Verhalten des Lehrers (und in dessen Folge auch vom Verhalten der Mitschüler) gegenüber dem sprachbehinderten Kind. Wir wissen aus soziometrischen Untersuchungen (s. HÖHN/SEIDEL 1969), daß Schüler zur Beurteilung ihrer Mitschüler vorwiegend das Bewertungssystem ihres Lehrers übernehmen. Die vom Lehrer eines sprachbehinderten Kindes, bestimmt in der wohlgemeinten Absicht, ihm zu helfen, immer wieder an das Kind gerichtete Aufforderung »Sprich doch deutlicher« ist für die ganze Gruppe (einschließlich des sprachbehinderten Kindes) ein ständiger Hinweis auf die »Verletzung« einer Gruppennorm.

Gewiß spielen auch Mißerfolgslebnisse beim »erzwungenen« fehlerhaften Sprechen (der Lehrer ruft das Kind auf, die Mitschüler treten mit dem sprachbehinderten Kind in Kommunikation) eine Rolle, die, werden sie vom sprachbehinderten Kinde generalisiert, sich negativ auf das Leistungsverhalten (tatsächliche Schulleistungen und Leistungsmotivation) auswirken können. Wir möchten diesen Aspekt hier jedoch ausklammern und uns ganz auf die Gruppenprozesse beschränken, die Ursache sein können für das Schulversagen des sprachbehinderten Kindes.

Es sei am Rande erwähnt, daß die korrekt sprechende Umwelt auch die Familie oder die peer group darstellen kann, die, wird korrektem Sprechen Bedeutung zuerkannt, in der gleichen Weise Ursprung eines dissonanten Erlebens des Sprachfehlers sein kann.

### 2.3. Das dissonante Erleben des Sprachfehlers

Erlebt sich das sprachbehinderte Kind, gleichgültig auf Grund welcher Kognitionen, wegen seines Sprachfehlers von der Gruppennorm abweichend, bedeutet Sprechen, sich Dissonanz aussetzen. Da Dissonanz für den Organismus auf die Dauer unerträglich ist, müssen Mechanismen in Gang gesetzt werden, die die Dissonanz reduzieren. In unserem Falle scheinen uns zwei Möglichkeiten gegeben:

a) Änderung des Verhaltens, so daß eine konsonante Beziehung zwischen dem Verhalten (= unkorrektes Sprechen) und den wahrgenommenen Informationen (»Sprich richtig!« bzw. »Du sprichst falsch!«) entsteht.

Das sprachbehinderte Kind kann ohne fachpädagogische Hilfe sein Sprechen nicht verbessern. Wenn nun der Lehrer seine Forderung, korrekt zu sprechen, aufrecht erhält (bzw. die Gruppe das sprachbehinderte Kind seine Außenseiterposition spüren läßt), kann es zu einer konsonanten Beziehung dieser kognitiven Elemente gelangen, wenn es Sprech-Aktivitäten unterläßt. Das würde bedeuten, daß es sich am Unterricht (besonders bei Unterrichtsgesprächen, Lesen, Frage-Antwort-Organisation des Unterrichts) nicht beteiligt. Dies hat Konsequenzen, auf die wir noch zu sprechen kommen.

b) Die Dissonanz wird reduziert durch Änderung der Kognitionen oder Motivationen, so daß sie das Verhalten rechtfertigen:

1. Der Sprachfehler wird vom Kind als nicht existent angesehen.
2. Die Informationen durch die Gruppe, daß »falsch gesprochen« wird, werden als nicht existent angesehen.
3. Es wird nicht mehr als erstrebenswert angesehen, korrekt zu sprechen.

FREUD würde, dieser Hinweis sei gestattet, diese Mechanismen Verdrängung nennen. Der Effekt dieser Form der Dissonanzreduzierung besteht darin, daß das sprachbehinderte Kind lustig drauflosplappert, als könne es genauso korrekt sprechen wie seine Gesprächspartner. Kinder, die in dieser Weise ihren Sprachfehler »rechtfertigen«, werden wegen ihres Sprachfehlers nicht bei der Gruppe der Schulversager zu

finden sein. Für Kinder jedoch, die Dissonanzreduzierung über Passivität zu erreichen versuchen, besteht die Gefahr, zum Schulversager zu werden.

#### 2.4. Folgen des Vermeidens von Dissonanz

Bei Kindern, die Dissonanz durch Veränderung der Kognitionen und Motivationen reduzieren, besteht zwar nicht die Gefahr eines allgemeinen Schulversagens, es ist jedoch ein anderes, ganz spezielles Versagen zu erwarten. Es muß u. E. befürchtet werden, daß diese Kinder in der sprachtherapeutischen Situation nicht genügend motiviert sind. Die Art und Weise ihres Vermeidens von Dissonanz hat demnach eine Verringerung der Lernmotivation, korrekt sprechen zu lernen, zur Folge.

Die Folgen des Vermeidens von Dissonanz sind für die Gruppe von Kindern, denen es nicht — wie den eben genannten — gelingt, ihren Sprachfehler zu akzeptieren, umfassender. Der Verzicht auf aktive Beteiligung am Unterricht hat eine doppelte Wirkung.

Einmal kann es nicht ausbleiben, daß das vorwiegend passive Verhalten tatsächlich zu schulischen Mißerfolgen führt, sei es, daß die Schulleistungen auf Grund mangelhafter Beteiligung allmählich sinken, sei es, daß der Lehrer passives Verhalten als Indikator schlechter Schulleistungen annimmt. (Zur Erklärung dieses Lehrerverhaltens verweisen wir auf den Halo-Effekt!) Zum anderen besteht die Gefahr einer Generalisierung des für den Unterricht gewählten passiven Verhaltens auf andere Gruppenaktivitäten, sei es im Rahmen der Übernahme von Aufgaben innerhalb der formellen Gruppe (Tafel- und Ordnungsdienst usw.), sei es, daß auf die Zugehörigkeit zu informellen Gruppen verzichtet wird.

Diese Tendenzen führen zu Isolation und zu einem, wie die Experimente Bales' zeigen, niedrigen soziometrischen Status. — BALES (zitiert nach SECORD und BACKMAN 1964, S. 314) nimmt eine kurvilineare Beziehung zwischen Beliebtheit (die in soziometrischen Untersuchungen in Schulklassen in der Regel aufgedeckt werden soll) und der Häufigkeit der Kommunikation an. Das bedeutet, daß sowohl die »überaktiven« als auch die passiven Gruppenmitglieder zu den Unbeliebten zählen.

Zwischen soziometrischem Status und Schulleistung besteht, wie soziometrische Untersuchungen zeigen (s. Höhn/Seidel 1969, S. 391), eine hohe Korrelation, was in diesem Zusammenhang bedeutet, daß auch aus den — wenn auch nur in der subjektiven Beurteilung des Lehrers (die jedoch von den Mitschülern übernommen wird) — sinkenden Schulleistungen ein niedriger soziometrischer Status resultiert. Läßt man persönlichkeitspsychologische Aspekte bei der Analyse der Situation des Sprachbehinderten außer acht (wie die aus den Mißerfolgen eines auffällig fehlerhaften Sprechens vermutlich resultierenden Minderwertigkeitskomplexe, oder aber auch die Gefahr der Entstehung von Neurosen als die Folge der mit dem Sprachfehler gegebenen und nicht verarbeiteten Konflikte) und beschränkt sich konsequent auf den sozialpsychologischen Aspekt der Sprachbehinderung, so ist im Sinken des soziometrischen Status eine Voraussetzung für das Schulversagen sprachbehinderter Kinder gegeben.

Mit dieser Aussage befinden wir uns in gewissem Gegensatz zu den Untersuchungsergebnissen Kanters (1964), auf die deshalb kurz eingegangen werden muß.

#### 2.5. Zum soziometrischen Status sprachbehinderter Schüler in Normalklassen

KANTER führte als eine Wiederholungsuntersuchung zu den Erhebungen MÖLLERS (1961; nicht veröffentlichte Prüfungsarbeit; s. Kanter 1964, S. 75) soziometrische Untersuchungen an 15 Klassen der Volks- und Mittelschule durch, in denen sich 21

sprachbehinderte Schüler befanden. Er fand hierbei den von Möller festgestellten niedrigen soziometrischen Status Sprachbehinderter zwar in der Tendenz (s. hierzu Tab. 5, S. 46) bestätigt, meint aber, daß neben der Sprachbehinderung noch andere Variablen den soziometrischen Status sprachbehinderter Schüler determinierten. Er gibt deshalb die Verteilung der IQ für die untersuchte Stichprobe (Tab. 9, S. 51) und die Schulnoten (Tab. 10, S. 52) wieder, ohne aber die für seine Aussage, »daß die sprachbehinderten Schüler durchschnittlich nicht zu den Schulversagern gehören« (Kanter 1964, S. 53), notwendige Verteilung seiner Stichprobe nach den beiden Variablen IQ und Schulleistung wiederzugeben. Mit anderen Worten: Er stellt die Beziehung zwischen bestimmten Intelligenzintervallen und Schulnoten gar nicht her.

So bleibt dem Leser nur folgende Feststellung: Aus den Tabellen 9 und 10 (Kanter 1964) geht hervor, daß 62 % der sprachbehinderten Schüler durchschnittlich bis überdurchschnittlich begabt sind, und daß im Gegensatz hierzu nur rund 40 % der Schüler eine durchschnittliche Schulleistung (die Noten 3 oder besser) haben.

Kanter kann die Aussage, sprachbehinderte Schüler in Normalklassen gehören nicht zu den Schulversagern, aus den im Artikel dargestellten Ergebnissen nicht ableiten. Ähnliches gilt für die bei der Diskussion der Ergebnisse (S. 69—73) gemachten Aussagen, wie »Wirklich abgelehnte oder isolierte Kinder weisen fast durchweg schwere geistige Behinderungen, körperliche Mängel oder erhebliche Milieuschäden auf«. Dies stellt eine überaus starke Verallgemeinerung dar, die mit den im Artikel veröffentlichten Methoden und Ergebnissen nicht gerechtfertigt werden kann.

Besieht man sich die Ergebnisse der soziometrischen Erhebung (Kanter 1964, S. 43 und 44; Tab. 2) hinsichtlich der für die absolute Beliebtheit bedeutsamen Differenzen (»choice-rejection-status«), so zeigt sich, daß sich je nach Wahlkriterium jeweils 9 Schüler (von 21) unter den 25 % der unbeliebten Schüler befinden. Diesen 9 Unbeliebten stehen nur 2 bzw. 4 Beliebte gegenüber. Damit werden die Ergebnisse der soziometrischen Untersuchungen Möllers (Kanter 1964, S. 40) bestätigt.

#### 2.6. Soziometrischer Status, Schulleistung, Lernmotivation

Der niedrige soziometrische Status des sprachbehinderten Kindes und das Lehrerurteil über dessen Schulleistungen stellen die Basis dar, auf Grund derer die Gruppe sich eine Meinung über den Leistungsstandard des sprachbehinderten Kindes bildet: Die Schüler einer Normalklasse erwarten dann keine guten, sondern nur mittelmäßige oder schlechte Schulleistungen. Diese Leistungserwartungen nehmen allmählich den Charakter von Leistungsnormen an, besonders dann, wenn sie von der Majorität der Gruppenmitglieder oder von Mitgliedern mit hohem Sozialstatus (inklusive des Lehrers) vertreten werden. — Dies zeigen die Experimente SHERIFs zum sog. autokinetischen Effekt (s. Secord und Backman 1964, S. 325).

Je geringer das Selbstvertrauen des sprachbehinderten Kindes ist, desto eher ist es bereit, sich gruppenkonform zu verhalten: Es beugt sich dem Konformitätsdruck, lernt und leistet nicht mehr, als von ihm erwartet wird, d. h. sein Leistungsniveau pendelt sich tatsächlich entsprechend den Erwartungen der Gruppe ein (auch dies läßt sich bei den oben angeführten Experimenten Sherifs beobachten). Aus sporadischen Mißerfolgen entwickelt sich unter dem Druck der Gruppe ein permanentes Versagen.

Wie soziometrischer Status und Schulleistung, so stehen auch Schulleistung und Lernmotivation in interdependentem Verhältnis (s. hierzu HECKHAUSEN 1969). Bei Konstanz aller Bedingungsvariablen der Schulleistung (wie Intelligenz, spezifische

Begabungen, Lernstoff, Methode usw.) kann eine um so höhere Schulleistung erwartet werden, je größer die Lernmotivation ist und umgekehrt. Mit negativen Vorzeichen gilt aber auch: Geringe Schulleistungen und niedrige Lernmotivation beeinflussen sich wechselseitig.

Die Variablen soziometrischer Status, Schulleistung und Lernmotivation bilden ein eng verflochtenes Variablenbündel gegenseitiger Abhängigkeit. Der niedrige soziometrische Status und der damit verbundene Konformitätsdruck hinsichtlich der zu erwartenden Schulleistungen bedingen beim sprachbehinderten Kind eine mangelhafte Lernmotivation (s. a. Schneider 1969, S. 227—229). Schulversagen ist demnach als eine Folge geringer Lernmotivation zu sehen, deren Ursache — unter der hier gewählten Betrachtungsweise — in den Leistungserwartungen der sozialen Gruppe, in Gruppennormen also, gesehen werden muß.

### 3. Pädagogische Folgerungen

#### 3.1. Notwendigkeit einer Umschulung

Daß die Sprachheilschule in der Regel die adäquate Institution zur Unterrichtung sprachbehinderter Kinder darstellt, bedarf keiner sozialpsychologischen Begründung. Ob sie in ihrer derzeitigen Organisation alle (sprach-)therapeutischen und unterrichtlichen Möglichkeiten zur Rehabilitation Sprachbehinderter voll nützen kann, wird noch diskutiert (s. Orthmann 1968 und Zuckrigl 1968 a.).

Aus sozialpsychologischer Sicht bedeutet die Einschulung eines sprachbehinderten Kindes in die Sonderschule für Sprachbehinderte einen Gruppenwechsel und in dessen Folge andere Gruppennormen: Unkorrektes Sprechen ist hier kein Abweichen von der Gruppennorm. Die unmittelbaren Folgen sind Veränderung des soziometrischen Status und Befreiung von einem Konformitätsdruck hinsichtlich des Leistungsstandards und der negativen Beeinflussung der Lernmotivation. Eine unmittelbare Steigerung der Lernmotivation als Folge der Umschulung ist jedoch nur in geringem Maße zu erwarten. Der Fachpädagoge an Sprachheilschulen steht in solchen Fällen vor der schweren therapeutischen Aufgabe, die Lernmotivation eines Schulversagers zu verbessern (s. hierzu a. SCHULZE 1967, S. 47). Um Möglichkeiten der Einflußnahme auf die Lernmotivation aufrißartig aufzeigen zu können, seien kurz die wichtigsten Variablen der Lernmotivation genannt.

#### 3.2. Variablen der Lernmotivation

Vorweg eine Klarstellung: Lernmotivation und Leistungsmotivation sind begrifflich zu unterscheiden. Nach Heckhausen (1969, S. 194) versteht man unter Leistungsmotivation »das Bestreben, die eigene Tüchtigkeit... zu steigern«; sie ist als eine wenig gerichtete Strebung eine der Bedingungsvariablen der spezifischeren Lernmotivation.

Wir wollen uns hier auf die wichtigsten der von Heckhausen (1969) in einem Modell dargestellten Variablen der Lernmotivation beschränken — eine ausführliche Diskussion würde über die Intention dieses Aufsatzes hinausgehen. Bei den die Lernmotivation beeinflussenden Variablen müssen wir nach diesem Modell zwei Gruppen von Variablen unterscheiden, d. s. die Gruppe der extrinsischen (= sachfremden) und die der intrinsischen (= sachbezogenen) Variablen.

Der an einer dauerhaften Steigerung der Lernmotivation interessierte Lehrer sollte vor allem die intrinsischen Variablen zu beeinflussen versuchen. Das sind: Die Leistungsmotivation und das spezifische Interesse, das der Schüler einem bestimmten Sachbereich entgegenbringt (diese beiden Variablen sind relativ situationsunabhängig);

der Anreiz, den eine Aufgabe auf den Schüler ausübt, und die Wahrscheinlichkeit, mit welcher der Schüler eine erfolgreiche Lösung der Aufgabe erwarten kann. — Leistungsmotivation, Anreiz einer Aufgabe und Erfolgswahrscheinlichkeit sind nach Heckhausen (1969, S. 196) multiplikativ verknüpft, was bedeutet, daß der Einfluß dieses Variablenbündels auf die Lernmotivation gleich Null ist, wenn eine der Variablen Null ist. — Als letzte intrinsische Variable ist der Neuigkeitsgehalt eines Lernstoffes zu nennen.

Eine effektive, d. i. eine dauerhafte Steigerung der Lernmotivation, muß u. E. die situationsunabhängigen Variablen zu beeinflussen versuchen, das sind die Leistungsmotivation und das Interesse für einen bestimmten Lernstoff.

### 3.3. Steigerung der Lernmotivation

Es ist nach unserer Erfahrung ein erfolgversprechender Weg, zuerst bei den Variablen Neuigkeitsgehalt und Interesse mit unseren Bemühungen zu beginnen. Durch attraktives Darbieten und Bearbeiten eines Lernstoffes kann das Interesse geweckt und gelenkt werden. Von dauerhafter Wirkung ist diese allererste Steigerung der Lernmotivation jedoch nicht (außerdem überfordert ein solches Vorgehen auf die Dauer den Lehrer und stumpft die Schüler ab!).

Eine effektive Steigerung der Lernmotivation ist u. E. nur von einer Steigerung der Leistungsmotivation zu erwarten. Wegen der multiplikativen Verknüpfung der Leistungsmotivation mit den Anregungsvariablen Anreiz und Erfolgswahrscheinlichkeit ist hierbei gleichzeitig darauf zu achten, daß keine der beiden letztgenannten Variablen gleich Null ist (s. oben). Aufgaben müssen für den Schüler von ihrer Lernstruktur und von ihrer Schwierigkeit her einen Anreiz besitzen, sie anpacken und lösen zu wollen.

Da die mangelhafte Lernmotivation des sprachbehinderten Kindes vorwiegend aus Mißerfolgslebnissen resultiert, müssen die sprachtherapeutischen und unterrichtlichen Maßnahmen anfänglich mißerfolgsvermeidend sein. Mit der Vermittlung von Erfolgserlebnissen kann der Fachpädagoge am effektivsten auf die Leistungsmotivation Einfluß nehmen (s. hierzu a. Orthmann 1965, S. 74).

Erfolgserlebnisse werden die Leistungsmotivation jedoch nur dann positiv beeinflussen, wenn die gelöste Aufgabe nicht zu leicht war. Das heißt mit anderen Worten: Von zu niedrigen Anforderungen und der damit verbundenen »Garantie auf Erfolg« ist keine positive Beeinflussung der Leistungsmotivation zu erwarten. Aufgaben mit hoher motivierender Wirkung sind Aufgaben mittleren Schwierigkeitsgrades, bei denen also Erfolg oder Mißerfolg etwa gleich wahrscheinlich sind.

Von großem Nutzen für die schwere Aufgabe der Steigerung der Lernmotivation ist es, daß der Lehrer die Lernziele eindeutig und in Form beobachtbaren Verhaltens definiert (s. MAGER 1965). Weiß der Schüler, noch ehe er zu lernen beginnt, was er nach erfolgtem Lernen tun muß, um dem Lehrer und sich zu beweisen, daß er erfolgreich gelernt hat, dann wird der Anreiz einer Aufgabe und damit die Lernmotivation in ganz besonderem Maße erhöht (s. hierzu a. GAGNÉ 1969, s. 171 ff.).

### 4. Zur individuellen Planung des Lernens in der Sprachheilschule

Es ist eine Selbstverständlichkeit für den Fachpädagogen, daß er seine sprachtherapeutischen Maßnahmen auf die jeweilige Sprachbehinderung abstimmt. Nicht weniger individuell müssen jedoch auch die Maßnahmen ausgerichtet sein, die zu einer Steigerung der Lernmotivation führen sollen. Der Lehrer sollte die Interessen, Erfolgs-, Mißerfolgs-erwartungen, die Anstrengungsbereitschaft, kurz die wichtigsten

Bedingungsvariablen in ihrer jeweiligen Ausprägung beim Schulversager kennen, um die Lernmotivation effektiv steigern und ein weiteres Schulversagen verhindern zu können.

#### *Zusammenfassung*

Unter sozialpsychologischem Aspekt kann das Schulversagen sprachbehinderter Kinder bedingt sein durch deren gemeinsame Beschulung mit sprachunauffälligen Kindern in Normalschulen.

Auf Grund gruppendynamischer Prozesse wird der Leistungsstandard des behinderten Kindes von der Gruppe niedriger eingeschätzt, als es dem tatsächlichen Leistungsvermögen entspricht. Dies wirkt sich negativ auf die Lernmotivation aus. Geringe Lernmotivation führt zu Schulversagen. Aufgabe des Fachpädagogen an Sprachheilschulen ist es, durch Beeinflussung der Leistungsmotivation die Lernmotivation dauerhaft zu steigern und dadurch dem Schulversagen entgegenzuwirken.

#### *Literatur:*

- Bales, R. F.: Some Uniformities of behavior in small social systems. In: Swanson, G. E. et al. (Hrsg.): Readings in social psychology, 1952; S. 146.
- Festinger, L.: A theory of cognitive dissonance. Evanston, Ill. 1957.
- Gagné, R. M.: Die Bedingungen des menschlichen Lernens. Hannover 1969.
- Graumann, C. F.: Eigenschaften als Problem der Persönlichkeitsforschung. In: Handbuch der Psychologie, Bd. 4.
- Hekhausen, H.: Förderung der Lernmotivierung und der intellektuellen Tüchtigkeiten. In: Roth, H. (Hrsg.): Begabung und Lernen. Stuttgart 1969.
- Hekhausen, H.: Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation. Meisenheim 1963.
- Heider, F.: The psychology of interpersonal relations. New York 1958.
- Hofstätter, P. R.: Einführung in die Sozialpsychologie. Stuttgart 1963.
- Höhn, E., und Seidel, G.: Soziometrie. In: Handbuch der Psychologie, Bd. 7.
- Kanter, G.: Sozialpsychologische Untersuchungen an sprachbehinderten Kindern in Normalschulklassen. In: Heilpädagogische Forschung, 1964; S. 38.
- Kern, E.: Sprachkrankenfürsorge in Nordbaden. In: N. Bl. f. Tbst.bldg. 1961, S. 35.
- Mager, R. F.: Lernziele und programmierter Unterricht. Weinheim 1965.
- Orthmann, W.: Über das Wesen der Sprachheilschule. In: N. Bl. f. Tbst.bldg. 1968, S. 306.
- Orthmann, W.: Erwartung und Enttäuschung in der Sprachheilpädagogik. In: Die Sprachheilarbeit 1965, S. 65.
- Schneider, H.: Zur Unterrichtsgestaltung in der Sprachheilschule. In: N. Bl. f. Tbst.bldg. 1969, S. 224.
- Schulze, A.: Zur Bedeutung von Erziehung und Unterricht bei der Behandlung schwer sprachgestörter (stotternder) Schulkinder. In: Die Sprachheilarbeit, 1967, S. 43.
- Secord, P. F., und Backman, C. W.: Social Psychology. New York, 1964.
- Wegener, H.: Psychische und physische Behinderung als Gegenstand moderner Forschung und als Aufgabe eines differenzierten Sonderschulwesens. In: Z. f. Heilpädagogik 1965, S. 488.
- Zuckrigl, A.: Integration von Kurheim und Sonderschule für Sprachbehinderte. In: N. Bl. f. Tbst.bldg. 1968 a., S. 142.
- Zuckrigl, A.: Sprechprüfungen im 2./3. Grundschuljahr allgemeiner Schulen, an Sonderschulen für Sehbehinderte und Blinde und bei Lernbehinderten an Blindenschulen. In: Die Sprachheilarbeit 1968 b., S. 249.

Anschrift des Verfassers: Herbert Ding, M. A., Förderassistent an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, 6901 Peterstal, Peter-Wenzel-Weg 8.

### Landesgruppe Niedersachsen

Ein seit langem fälliger Bericht aus der Arbeit der LG Niedersachsen wird an dieser Stelle erst jetzt gegeben. Trotz der Stille nach außen scheint sich innerhalb der Landesgruppe doch ein bestimmter Arbeitsrhythmus entwickelt zu haben.

Bevor darauf näher eingegangen wird, sei noch kurz etwas über den Mitgliederstand und seine Struktur gesagt. Die LG Niedersachsen sei mit Abstand die zahlenmäßig stärkste (130 Mitglieder), bestätigte uns im Februar d. J. Herr Reuter in Hamburg. Die Mitgliederzahl weist zudem eine gewisse Vielfalt in sich auf. Als »ordentliche Mitglieder« zählen zu unserer Landesgruppe a) in Hamburg ausgebildete Fachpädagogen mit Lehrbefähigung für Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheilschulen und b) in Hannover ausgebildete Fachpädagogen mit Lehrbefähigung für Sprachheil- und Lernbehindertenschulen; als »außerordentliche Mitglieder« gehören zu unserer Landesgruppe a) Logopädinnen, b) Sprachtherapeutinnen, c) frei praktizierende Atem-, Stimm- und Sprachtherapeuten (innen) und d) die Atemschule Schlaffhorst-Andersen in Eldingen/üb. Celle (korporativ).

Die Aktivität innerhalb der LG richtete sich während der letzten drei Jahre vor allem auf das Bemühen um den weiteren Aufbau des Sprachheil- und Schwerhörigenwesens im Land Niedersachsen. Zu einem nunmehr festen Bestandteil dieser Arbeit und zu einem geradezu stehenden Begriff haben sich die »Oerreler Gespräche« — dank dem Engagement unserer Landesgruppenvorsitzenden, Frau H. Schneider — herausgebildet.

Regelmäßig im November eines jeden Jahres trifft sich seit 1968 ein beachtlicher Teil der Mitglieder unserer Landesgruppe (Niedersachsen ist immerhin ein weiträumiger Flächenstaat) an einem verlängerten Wochenende (Freitag bis Sonntag) im »Haus Niedersachsen« (Erholungsheim des DPWV) in Oerrel bei Hankensbüttel/Lüneburger Heide zu einer »Fortbildungstagung«.

Als Gäste aus Niedersachsen waren auf diesen Tagungen wiederholt Vertreter der Schulbehörde, des Landessozialamts, der

Gesundheitsbehörde und anderer Verbände (z. B. GEW, VDS). Der Teilnehmerkreis wies außerdem regelmäßig über die Grenzen Niedersachsens hinaus. Es kamen Gäste aus anderen Landesgruppen (z. B. Berlin, Bremen, Hamburg, Köln). Im Austausch von Meinungen und Erfahrungen führten die »Oerreler Gespräche« schon auf Grund der Vielfalt innerhalb des Teilnehmerkreises zu gegenseitiger Anregung und teils zu neuen Impulsen.

Tagungsthemen in Oerrel waren:

1968: »Rehabilitation der sprachkranken Kinder und Jugendlichen« (mit einem Grundsatzreferat von Prof. Dr. G. Heese, Hannover).

1969: »Bildungsmöglichkeiten für schwerhörige und sprachgeschädigte Kinder« (mit zwei Referaten: »Bildungsmöglichkeiten in der Schwerhörigenschule« von Rektor G. Hinzmann, Hamburg; »Psychologische Arbeit mit Stotterern im Vergleich zu anderen Methoden« von TOL und Psychagoge H. Bokelmann, Hildesheim).

1970: »Organisationsformen zur Versorgung hör- und sprachgeschädigter Kinder in Niedersachsen« (mit sieben Kurzreferaten zu Fragen der Erfassung und Betreuung hör- und sprachgeschädigter Kinder; z. B. in stationären Einrichtungen, in Schulen, in Kindergärten, ambulant in Kursen und in Einzelbehandlung).

Bestreben der Oerreler Tagungen ist es, in sachlicher Diskussion der Tagungsthemen und im Gespräch mit den Vertretern verschiedener Behörden, Verbände und Einrichtungen Wege der Zusammenarbeit zu finden und so den Aufbau des Sprachheil- und Schwerhörigenwesens in Niedersachsen voranzubringen.

Älteren Datums als die Oerreler Gespräche sind die ebenfalls jährlich abgehaltenen Tagungen nach Himmelfahrt (jeweils am Freitag und Sonnabend nach Himmelfahrt). Sie tragen mehr den Charakter von Exkursionen und gewähren den Teilnehmern einen »Blick über den Zaun«, auch in benachbarte Fachbereiche:

- 1968 in Hamm und Münster (wesentliche Programmpunkte: a) Westf. Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm; b) Westf. Landeskurheim für Sprachgeschädigte in Hamm; c) Vortrag von Prof. Dr. W. Orthmann, Köln: »Überlegungen zur Struktur des Sprachheilwesens«; d) Phonetische Sammlung der Universität Münster; e) Vortrag mit Dias von Doz. Dr. Dr. Lehnert, Münster, über »Operative Behandlung der Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten«).
- 1969 in Schleswig und Flensburg (wesentliche Programmpunkte: a) Landesgehörlosenschule in Schleswig; b) Landeskrankenhaus in Schleswig, Psychotherapeutische Abteilung; c) Sprachkrankenschule in Flensburg).
- 1970 in Travemünde (angeschlossen an die Fachtagung der »Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde« und HNO-Ärzte).

Um den Charakter der Kontinuität weiter zu wahren, sind beide Tagungen auch für 1971 wieder ins Auge gefaßt: Die »Himmelfahrtstagung« voraussichtlich in Bonn-Oberkassel (Landeskurheim für Sprachgeschädigte) und die »Oerreler Gespräche« an gewohntem Ort, aber unter neuen Gesichtspunkten.

H. Wegner

#### Landesgruppe Hamburg

Die Themen für die letzten beiden Arbeitstagungen wurden unter dem Gesichtspunkt ausgewählt, Anregungen für eine mehrdimensionale Therapie an Sprachheilschulen zu geben.

Am 9. September 1970 referierte Herr Heilmann, Studienrat a. S., über »Musiktherapie, Grundlage und Methoden — mit Demonstrationen bei sprachbehinderten Kindern«. In seinen Ausführungen stand die rhythmisch geordnete Bewegung im Vordergrund. Insbesondere wurden die Vorlagen Magdalene Heermanns für entwicklungsgestörte und neurotische Kinder unter dem Aspekt der Therapie von Stotterern durch ausdrucks-therapeutische Sprach- und Sprechspiele und gesonderte Atemübungen erweitert. Am Anfang der komplexen Sprachbehandlung standen z. B. Übungen zur Atemregulierung durch schwingvolles Malen von fallenden Regentropfen mit tiefer Aus-

atmung in gelockter Körperhaltung, bei denen zunächst das Lösen der gestauten psychischen Energien beabsichtigt war. Die Übungen führten über das Auffangen des Übermaßes an Bewegungen durch sinnvolles Straffen mit gleichzeitiger Lösung und Bindung zu komplizierteren koordinierten Bewegungs- und Sprechabläufen, die ein hohes Maß an Konzentration verlangen. Um die Schüler schreib- und atemtherapeutisch nicht zu überfordern, begannen die Übungen im Vierteltakt ohne Musikbegleitung. Die höchstmögliche Straffung der Bewegungsführung (Opponieren der Finger, Heben und Senken der Füße) und die Sicherheit im Sprechen der begleitenden Texte wurden trotz der anfangs erheblichen Schwierigkeiten bei Stotterern von allen acht schwer stotternden Schülern der 5. Klasse und einem Schüler mit starker Sprechangst erreicht. In der Aussprache kamen übereinstimmend die Bedeutung der rhythmisch-musikalischen Erziehung in ihren vielfältigen Formen sowie die graphotherapeutischen Möglichkeiten bei der Schreiberziehung zum Ausdruck.

Für die Arbeitstagung am 27. Januar 1971 konnte Herr Prof. Scheuerl (Sprecher des Fachbereichs Erziehungswissenschaft an der Universität Hamburg) für ein Referat über »Spiel und Erziehung« gewonnen werden. Da die Beurteilung des Spiels noch schwankt, war die umfassende Gesamtschau eine willkommene Orientierungshilfe. Herr Prof. Scheuerl verglich in seinem Referat die Thesen zur Spieltheorie u. a. von B. Otto, M. Montessori, G. Kerschensteiner, K. Groos sowie K. Bühler, F. J. Buytendijk, J. Huizinga und G. Bally und gab damit einen Überblick über die Veränderungen, die sich in der Betrachtung des Spiels seit der Psychologie der zwanziger Jahre vollzogen haben. Er stellte den entscheidenden Wandel heraus, wie er sich bereits im Wortgebrauch der neueren Literatur (A. Rüssel, Das Kinderspiel) zeigt: Freiheit und Selbstdisziplin — Spielethos, Hingabe und Gestaltung, also Kategorien, die uns als Pädagogen mehr angehen als Funktion, Lust (Bühler) oder Trieb (Groos). Am Beispiel komplizierter Spielabläufe konnte dargestellt werden, daß Spielniveau und Spielethos nicht »naturhaft« von selbst entstehen und nicht Ausfluß und Nebenprodukte reifender Entwicklung sind, sondern ebenso auch Sache der Pflege und Kultivierung in

langen Prozessen. »Wo auf die Frage nach dem Verhältnis von Spiel und Erziehung pädagogisch eine Antwort gesucht wird, sollte man immer sogleich auch die Frage nach der objektiv gegebenen Spielstruktur und dem Spielniveau stellen.« In der Ansprache wurde vorwiegend auf die Bedeu-

tung des Spiels für die therapeutische Arbeit an der Sprachheilschule eingegangen.

Auf der Mitgliederversammlung am 27. Januar wurde der bisherige Vorstand wiedergewählt: Vorsitzender: Herr Hahn; Schriftführer: Herr Thorwarth; Kassensführer: Herr Kruse.

*Thorwarth*

## Umschau und Diskussion

### Arbeitstagung im AW-Sprachheilheim Werscherberg

»Erziehung und Behandlung sprachgestörter Kinder und Jugendlicher« war das Thema einer Arbeitstagung, zu der die Arbeiterwohlfahrt vom 19. bis 21. November 1970 in das Sprachheilheim Werscherberg bei Osnabrück eingeladen hatte. Mit beiden Aspekten, sowohl Fragen der Erziehung als auch der Sprachtherapie, befaßten sich die Referenten, wenn auch das Gewicht jeweils stärker auf einem der beiden Aspekte lag.

Einen anschaulichen und fundierten Bericht über die operative Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte und den kosmetischen und phonetischen Erfolg unterschiedlicher Operationsverfahren gab Privatdozent Dr. Dr. *Lehnert* (Göttingen). *Lehnert* betonte vor allem, daß die chirurgische Behandlung Hand in Hand zu gehen habe mit einer logopädischen und kieferorthopädischen Therapie.

Ausgehend von Betrachtungen über programmierte Lern- und Übungsverfahren trug Fachpädagogin *Helmut Ruge* (München) seine Erfahrungen aus der Aphasie-therapie mit dem Language Master vor.

Frau Dr. med. *Schürer* (Warstein) sprach über die Hirnorganische Ätiologie der Sprachentwicklungsstörungen.

Die am meisten beachteten Referate dürften die der beiden Hamburger Dozenten Dr. *Fittkau* und Dr. *Bastine* über »Unterschiedliches Erzieherverhalten und Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche« bzw. über die Gesprächspsychotherapie gewesen sein. Nach der Darstellung unterschiedlichen Erzieherverhaltens (per Video-Recorder) und dessen Diskussion legte *Fittkau* aus sozialpsychologischer Sicht dar, wie eine vom Erzieher zu aktivierende

Modifikation individuellen Verhaltens erreichbar ist.

Besonders große Unterschiede in den Erfahrungen mit verschiedenen Formen der Stotterer-Therapie wurden aus dem Vergleich der Gesprächspsychotherapie (Dr. *Bastine*) mit der von Privatdozent Dr. *Kittel* (Erlangen) vertretenen Hypnotherapie deutlich. Während bei der Gesprächspsychotherapie, die sich von der Psychoanalyse dadurch unterscheidet, daß sie ein Vorgang des Lernens mit dem Ziel einer Veränderung ist, teilweise über 150 Sitzungen für den Lösungsprozeß erforderlich sind, stellt sich, so *Kittel*, in der Hypnotherapie der Erfolg in der Regel schon nach etwa 15 Sitzungen ein. Die Hypnose, meist medikamentös unterstützt, soll die Veränderung beim Patienten in kurzer Zeit dauerhaft bewirken.

Über die psychagogische Arbeit mit Stotterern berichtete Taubstummenerzieherin und Psychagogin *Bokelmann* (Hildesheim). Der Psychagoge widmet sich nur Stotterern, die eine neurotische Fehlentwicklung zeigen.

Den Abschluß der Tagung bildete ein Referat von Dipl.-Psych. *Schulte* (Münster) über »Stottern und seine Behandlung aus der Sicht der Verhaltenstherapie«. Das Stottern, wie alle Neurosen, wird, so *Schulte*, als eine Folge fehlgelaufener Lernprozesse angesehen. Diese Lernprozesse sollen durch Umkonditionierung oder Extinktion rückgängig gemacht werden.

Interessant am Rande: Bei einer eingehenden Besichtigung des Sprachheilheims Werscherberg konnte sich jedermann von der eindrucksvollen Arbeit, die hier vor allem in der Sprachverzögertenabteilung geleistet wird, überzeugen.

*Rosenberg*

### Zeitschriftenschau

**Zeitschrift für Heilpädagogik.** Hrsg.: Verband Deutscher Sonderschulen; Verlag W. Reßmeyer, 307 Nienburg/Weser, 22. Jg. 1971.

Heft 1: Willi Kraft: Lautgebärden im Erstleseunterricht der Lernbehinderten- und Geistigbehindertenschule. Eine vergleichende Untersuchung der bisherigen Gebärdenmethoden, S. 1—19; Alfred Sander: Erfahrungen mit der Lektüre von Ganzschriften in der Oberstufe der Lernbehindertenschule, S. 19—36; Klaus-D. Müller: Wege zur Lektüre für Lernbehinderte aus der Sicht einer Jugendbücherei beim Erziehungsheim, S. 36—39; Peter Müller: Lese-Rechtschreib-Schwäche und Sonderschulbesuch, S. 40—45; Ulrich Bleidick: Bilanz und neuere Ergebnisse der Legasthenieforschung. Neue Bücher von M. Angermaier und R. Valtin (kritische Rezension).

Heft 2: Heinz Schrader: Macht die Gesamtschule Sonderschulen überflüssig? S. 73 bis 84; Ulrich Bleidick: Die Struktur der Gesamtschule im Hinblick auf Unterricht und Erziehung von Behinderten, S. 85—99; Rudolf Pohl: Der Lernbehinderte im gegenwärtigen Schulsystem, S. 99—114.

**Die Sonderschule.** Volkseigener Verlag Volk und Wissen, Berlin, 15. Jg. 1970.

Heft 6: Gerhart Lindner: Artikulationsunterricht nach dem Bewegungsprinzip, S. 321 bis 334; Gertraud Petermann: Aus der Praxis der muttersprachlichen Erziehung bei Stotterern, S. 340—345; W. Mauer: Bemerkungen zur Differenzierung aus logopädischer Sicht, S. 374—378; J. Genzel u. a.: Vergleichende Untersuchung der Konzentrationsleistungen von Normal- und Sonderschülern, S. 384—387.

*Jürgen Teumer*

**Eva Zeller: Der Stotterer.** Westermanns Monatshefte 10/1970.

Die Autorin, verheiratet und Mutter von vier Kindern, ist durch mehrere Bücher und Hörspiele bekannt. Ihre Kurzgeschichte »Der

Stotterer« ist von erregender Eindringlichkeit. Der Sprachheillehrer muß die Sachlichkeit der Darstellung anerkennen und wird doch immer wieder zu Einwendungen und zur Kritik provoziert.

Es handelt sich um den Bericht über einen Jungen, bei dem das Stottern in der Pubertätszeit zum Durchbruch kommt. Sehr genau werden die auftretenden Symptome und die Stationen seines Leidensweges erfaßt. Die Vorgeschichte wird dargestellt, das Verhalten und die Einwirkungen der Umwelt werden registriert: Der korrekte, fordernde, autoritäre Vater, die mitfühlende, liebevolle, behutsame Mutter, die sprachgewandten und übermütigen Schwestern, Lehrer und Schule, Verwandte und Bekannte. Fachliteratur ist der Verfasserin ebenso bekannt wie der Katalog aller möglichen Behandlungsverfahren. Klassische Beispiele Sprachgestörter werden angeführt, die Dieffenbachsche Operation ist erwähnt. Begriffe wie Entwicklungsstottern, traumatisches Stottern, organisch bedingtes Stottern werden gebraucht, die vielen guten Verhaltensregeln fehlen ebensowenig wie der Ratschlag des Hausarztes »Das gibt sich«. Der Fachmann hätte es nicht genauer, schon gar nicht besser darstellen können.

Und dann die Maßnahmen, die der Stotterer über sich ergehen lassen muß und die doch ohne Wirkung bleiben, wenn man nicht das Resignieren des Jungen als solche bezeichnen will: Das Entfernen der Wucherungen, die klinische Untersuchung mit Tests und EEG, Atemtherapie, der Einsatz von Sprechplatten, rhythmische Gymnastik, Sprechablauftraining, verzögerte Sprachrückkopplung (das Gerät wird von den Eltern gekauft!), das ästhetische Therapeuticum, ambulante Behandlung in einer Sprachheilschule durch ein Team — bestehend aus Facharzt, Psychologen und Logopädin —, zuletzt ein Versuch mit der Tanzstunde. Das ist viel. Ist es zuviel oder ein Vielerlei? Doch es ist alles umsonst. Woran kann das liegen? Waren Erwartung, Ungeduld, Forderungen zu groß? Setzte alles Bemühen zu spät ein? War die Therapie überhaupt richtig und wurde sie über eine genügend lange Zeit durchgeführt? Lag es an den Therapeuten?

Die Frage bleibt im Raum stehen. Hilfe erfährt der Junge auf eine ganz andere Weise, nicht geplant und nicht gesteuert, durch die Begegnung mit einem stotternden Mädchen. Gemeinsam tragen beide ihr Schicksal, und es wird ihnen leicht. Sie stottern frisch drauflos, weichen auf sinnlose Wortreihen aus, weil sinnvolle Schwierigkeiten bereiten, und können sich doch alles sagen. Das Leben ist wieder schön!

Das Ganze ist ein erschütternder Bericht über einen Jungen, dem man nicht geholfen hat, vielleicht nicht helfen konnte. Der Sprachheillehrer findet viele Ansatzpunkte für eine Diskussion und wird die Frage stellen, ob dieses Schicksal bestimmt und unausweichlich war. Ich bin sicher, daß mancher sie verneinen wird.

Eine kurze Geschichte, die der versteht, der den Stotterer in seiner Sprachnot kennt, ganz anders als der Schischyphusch von Borchert, aber von gleichem Rang.

Die Autorin erhielt dafür den Georg-Makensen-Preis 1970 für die beste in deutscher Sprache geschriebene Kurzgeschichte.

*Joachim Wiechmann*

**Leischner, A. (Hrsg.): Die Rehabilitation der Aphasie in den romanischen Ländern nebst Beiträgen zur Aphasieforschung.** 2. Symposium über Sprache und Sprachstörungen, veranstaltet von der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland am 26. und 27. April 1968 in Bonn. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970. 104 Seiten. Kartonierte 22,50 DM.

Der Bericht umfaßt eine Reihe bedeutender Vorträge, die den heutigen Stand der Aphasieforschung und -behandlung darlegen. Die Referate beschäftigen sich überwiegend mit der wissenschaftlichen und praktischen Situation in Frankreich, Belgien, Italien und der französischen Schweiz, aber auch Beiträge zur Aphasieforschung aus dem deutschen Sprachbereich fehlen nicht. Hervorgehoben seien nur Berichte über die Tätigkeit eines Rehabilitationszentrums für Aphasiker (R. Lhermitte, Paris), die Behandlung der Aphasien in Belgien (Y. Lebrun, Brüssel) und das Aphasierehabilitationszentrum in Mailand (L. A. Vignolo, Mailand). Von den deutschen Referenten sprachen u. a. A. Leischner, Bonn, über »Seitendifferente Schreibleistungen bei Agraphien« und H. A. Linck, Bonn, über »Ein Beitrag zur Behandlung der Aphasien«. Wer sich einen Ein-

blick in den gegenwärtigen Stand des Aphasieproblems verschaffen will, greife zu diesem Bericht und beachte die in einem zweijährigen Turnus geplanten weiteren Veranstaltungen des Landschaftsverbandes.

*Arno Schulze*

**Agranowitz, Aleen, und McKeown, Milfred: Aphasia Handbook for Adults and Children.** Charles C. Thomas, Publisher, Springfield/Illinois, USA. 319 Seiten, 47,60 DM, 3. Auflage 1968.

Das Aphasie-Handbuch für Erwachsene und Kinder wendet sich an Sprachtherapeuten, Lehrer, Studenten und an Familienangehörige aphasischer Patienten und stellt eine Zusammenfassung von Therapiehinweisen und Erfahrungen, die bei der sprachlichen Rehabilitation von Aphasikern gewonnen wurden, dar. Auf die Erläuterung medizinischer Sachverhalte wurde in diesem Buch verzichtet.

Der erste Teil des Buches (»Aphasie bei Erwachsenen«) stützt sich auf ein Krankengut von über tausend Patienten, die im Laufe von zehn Jahren an der Aphasia Clinic at the Veterans Administration Hospital in Long Beach/California behandelt wurden. Neben einer allgemeinen Orientierung über das Aphasieproblem werden vor allem konkrete und praktikable Behandlungsvorschläge bezüglich der Wiederherstellung des Sprachverständnisses und der Sprechfähigkeit geboten. Non-verbale Übungen sind — wie auch dem Lesen, Schreiben und Rechnen — eigene Kapitel gewidmet.

Der zweite Teil (»Aphasie bei Kindern«) ist das Ergebnis einer siebenjährigen Erfahrung von A. Agranowitz bei der Behandlung aphasischer Kinder an der Lakewood Speech Clinic. Zunächst wird ein Überblick über die speziellen Probleme der Aphasie im Kindesalter gegeben, dem sich Behandlungshinweise anschließen. Besonders angesprochen werden hier die Feststellung des Ausmaßes der Sprachschädigung in Form einer genauen Leistungsanalyse des verbliebenen Sprachvermögens mittels des Language Capacity Tests, das Training des optischen und akustischen Erkennens, das Benennen und Formulieren, die Artikulation sowie Lesen, Schreiben und Rechnen.

Besondere Anerkennung verdient die übersichtliche Gestaltung des Buches. Das in deutscher Übersetzung leider nicht vorlie-

gende Aphasia Handbook stellt durch seine Fülle von Behandlungsvorschlägen eine wertvolle Hilfe dar für jeden, der mit der sprachlichen Rehabilitation von Aphasikern in Berührung kommt, zumal an die Englischkenntnisse des Lesers keine unzumutbaren Anforderungen gestellt werden.

*Dieter Hetzel*

**Maria Hess: 1. Stotternde Kinder, 2. Aufl., 1968, 32 Seiten, SFr. 2.10. 2. Stammelnde Kinder, 2. Aufl., 1969, 52 Seiten, SFr. 2.80. 3. Der Rhotazismus und seine Behandlung, 1970, 84 Seiten, SFr. 9.60.** Alle Schriften im Antonius-Verlag Solothurn/Schweiz.

Die beiden erstgenannten Schriften sind in der Reihe »Dienen und Helfen« erschienen, die vom Seraphischen Liebeswerk Solothurn in Zusammenarbeit mit dem Institut für Heilpädagogik Luzern herausgegeben wird, und stellen umgearbeitete Neuauflagen dar. Sie sind Aufklärungs- und Beratungsschriften für Eltern und Erzieher und unterrichten den Laien auf hervorragende Weise in einfacher Sprache über Sprechenlernen, Sprechvorgang, Sprechstörungen mit Ursachen und Folgen, fachgemäße sowie falsche Behandlung und über Verhaltensregeln.

Die Monographie über den Rhotazismus (Heft 27 der Reihe »Formen und Führen«, herausgegeben vom Institut für Heilpädagogik Luzern) mit Kapiteln über den R-Laut, den Rhotazismus und die Therapie des Rhotazismus versucht, Auffassung und Methoden verschiedener Verfasser darzustellen. Der Anhang bringt systematisch geordnet eine Fülle von Übungsmaterial. Der Fachmann begrüßt das Literaturverzeichnis und die Hinweise auf andere Autoren im Text. Die Arbeit füllt eine Lücke in der Fachliteratur aus.

Alle Veröffentlichungen werden ohne Einschränkung empfohlen.

*Joachim Wiechmann*

**Atzesberger, M.: Sprachaufbauhilfe bei geistig behinderten Kindern. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage.** Carl Marhold Verlagbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1970. 162 Seiten. Kartoniert 20,40 DM.

Das in der zweiten Auflage vorliegende Werk erfüllt durch die vorgenommenen Ergänzungen noch besser die Aufgabe, Hinweise und Ratschläge zur Sprachanbildung und Verbesserung der Redefertigkeit hauptsächlich Imbezillern zu vermitteln. Die Über-

arbeitung macht sich besonders in den Ausführungen zur pädagogischen Frühhilfe und im Literaturverzeichnis bemerkbar, das eine Fülle für die Praktisch-Bildbaren-Pädagogik relevanter Titel aufführt. Im ersten Hauptabschnitt wird den Grundfragen des Spracherwerbs nachgegangen, der zweite berichtet vom Sprachgebrauch bei geistig behinderten Kindern, und der dritte beschäftigt sich dann eingehend mit den Sprachaufbauhilfen. Gut ist, daß die Erörterungen nicht nur einen breiten theoretischen Hintergrund haben, sondern in Zusammenarbeit mit hervorragenden Praktikern entstanden sind und so das alte Wort »Aus der Praxis — für die Praxis« in bestem Sinne wahr-machen.

*Arno Schulze*

**Edel, H., und Katharina Knauth: Grundzüge der Atemtherapie.** Eine Darstellung der Atemtherapie im Rahmen einer Komplextherapie chronisch unspezifisch bronchopulmonaler Erkrankungen und in der Lungenchirurgie für Ärzte und Physiotherapeuten. Verlag Theodor Steinkopf, x 8053 Dresden, Loschwitzer Straße 32, 1969. 280 Seiten, mit 50 Abbildungen und 26 Tabellen. Leinen 31,60 M. (DDR).

Auch wenn sich das Buch hauptsächlich an Ärzte wendet und bestimmte Erkrankungen in den Vordergrund stellt (siehe Untertitel des Buches), so ist es für den Sprachtherapeuten und Sonderschullehrer für Sprachbehinderte durchaus nicht uninteressant, da unter dem Begriff »Atemtherapie« alle physikalisch-therapeutischen Maßnahmen zusammengefaßt werden, die der Verbesserung der Funktion der äußeren Atmung dienen, Maßnahmen also, die auch bei der Behandlung von Sprachstörungen (etwa bei Stottern) eine Rolle spielen können. Hier ist es besonders der Abschnitt 4 des Buches (Krankengymnastische Methoden der Atemtherapie, von Katharina Knauth), der wichtige Hinweise auch für unsere Leser bietet (Grundsätze im Behandlungsaufbau, Übungszusammenstellungen, Entspannungsmaßnahmen, Koordination von Haltung, Bewegung und Atmung, Gleichgewichtsübungen, optimale Ein- und Ausatmung, Kräftigung des Zwerchfells u. a.). 278 Literaturangaben machen darüber hinaus das Buch zu einer guten Informationsquelle nicht nur über Atemtherapie, sondern u. a. auch über Bewegungs-, Haltungs-, Hydro- und Klimatherapie.

*Arno Schulze*

#### Anzeigenwünsche

bitten wir unmittelbar an den Verlag der »Sprachheilarbeit« heranzutragen.  
Annahmeschluß für Anzeigen ist der 1.2., 1.4., 1.6., 1.8., 1.10., 1.12. für die  
jeweils im gleichen Monat erscheinende »Sprachheilarbeit«.

Stellenanzeigen werden mit 1.20 DM je Millimeter Höhe berechnet.

Gewerbliche Anzeigen:

$\frac{1}{1}$  Seite 250,— DM,  $\frac{1}{2}$  Seite 125,— DM,  $\frac{1}{4}$  Seite 65,— DM.

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41



Für das ärztlich - psychologisch - therapeutische Team  
des im Aufbau befindlichen

**KINDERNEUROLOGISCHEN ZENTRUMS MAINZ**

— Ambulanz und Klinik für behinderte Kinder —

**Institut für soziale Pädiatrie des Landes Rheinland - Pfalz**

Direktor: Med.-Dir. Dr. J. Pechstein

werden zum 1. Juli 1971 noch folgende Mitarbeiter gesucht:

## 2 Logopädinnen

möglichst mit Erfahrungen in der Sprachanbahnung bei jungen Kindern

## Audiometristin

Einstellung nach BAT. Als Sonderleistungen werden geboten:  
Essenzuschuß, Weihnachtsgeld, Umzugskostenregelung,  
Trennungsschädigung, Hilfe bei Wohnraumbeschaffung, Teilnahme an  
Fortbildungsveranstaltungen.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit den üblichen  
Unterlagen einzureichen an das:

**Sozialministerium Rheinland-Pfalz**

— Abteilung I —

6500 Mainz · Bauhofstraße 4

Wir suchen zum baldmöglichen Dienstantritt für unser Heilpädagogisches Zentrum Krefeld, gemeinnützige GmbH, 4154 Tönisvorst 2, Darderhöfe 13, eine

## Logopädin,

die im besonderen Interesse an der Arbeit mit spastisch gelähmten Kindern hat.

Die Tagesstätte für die Betreuung geistig und körperlich behinderter Kinder liegt außerhalb der Stadt Krefeld in reizvoller Parkanlage.

Vergütung erfolgt auf der Grundlage des BAT in Verbindung mit den Richtlinien des Landschaftsverbandes Rheinland nach Qualifikation.

Erholungsurlaub jährlich vier zusammenhängende Kalenderwochen innerhalb der großen Schulferien und zehn weitere Arbeitstage.

Die Gesellschaft wird bei der Vermittlung der Unterkunft behilflich sein. Für den Transport von Unterkunft zur Tagesstätte und zurück können die eigenen Transportbusse in Anspruch genommen werden.

Bewerbungen sind zu richten an: **Heilpädagogisches Zentrum Krefeld**, gemeinnützige GmbH, 4154 Tönisvorst 2, Darderhöfe 13.

SÜDWESTDEUTSCHES REHABILITATIONSKRANKENHAUS  
LANGENSTEINBACH · 7501 Langensteinbach bei Karlsruhe

Im Rahmen der Erweiterung unserer Aufgaben suchen wir eine

## Logopädin

mit Erfahrungen in der Aphasiebehandlung.

Unsere Rehabilitationsklinik ist eine in der BRD bisher einmalige Modelleinrichtung. Langensteinbach ist sehr schön im nordwestlichen Schwarzwaldrandgebiet gelegen, hat Straßenbahnschnellverbindung zum Zentrum von Karlsruhe und Autobahnanschluß.

Die Vergütungen erfolgen nach dem BAT, Ortskl. S, mit Alterszusatzversorgung. Wir haben Cafeteriasystem ohne Verpflegungszwang. Für gute Unterkunft wird gesorgt. Das vor zwei Jahren erbaute Krankenhaus besitzt ein Hallenschwimmbad für das Personal.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbittet die Personalstelle. Telefon (07202) 431