

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

P. Kozielski, P. Gabriel, R. Chilla, E. Stennert, Göttingen
Sehstörungen im Vorschulalter —
Ergebnisse einer Göttinger Vorsorgeuntersuchung

Erwin Richter, Lübbenau
Der Stellenwert der Atmungstherapie
in der Übungsbehandlung des Stotterns

Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren
Die Behandlung von Stotterern mit Haloperidol

Arno Schulze, Marburg/Lahn
Über einige spezielle Aspekte und Methoden eines
Sprachanbildungstrainings für Geistigbehinderte

Umschau und Diskussion
Würdigung und Nachruf
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Juni 1976 · 21. Jahrgang · Heft 3

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

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

Vorsitzender: Joachim Wiechmann, Hamburg

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 (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 199
Berlin	Ernst Trieglaff, 1 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen	Gerd Homburg, 282 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg	Horst Schmidt, 2 Hamburg 26, Schadesweg 13 a
Hessen	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, 3 Hannover, Ubbenstraße 17
Rheinland	Werner Großmann, 401 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 65 Mainz, Göttelmannstraße 46
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., Stettiner Straße 29

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn),
Am Schwimmbad 8, Telefon (064 22) 28 01
Dr. Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,
Telefon (064 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 3,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 20,40 DM zuzüglich Portokosten.

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

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Redakteur Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8. 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 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

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Juni 1976 · 21. Jahrgang · Heft 3

Rektor i. R. Paul Lüking †

Am 27. April 1976 verschied in Berlin unser Kollege Paul Lüking im Alter von 82 Jahren.

Paul Lüking hat nach dem Kriege in Berlin die Sprachheilarbeit in hervorragender Weise gefördert als Lehrer und Leiter der Sprachheil- und Schwerhörigenschule Berlin-Charlottenburg, als Lehrbeauftragter für Sprachheilpädagogik an der Pädagogischen Hochschule und als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins.

Auf der dritten überregionalen Tagung der damaligen Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland wurde er zum Zweiten Vorsitzenden gewählt. Dieses Amt hat er verantwortungsbewußt und vorbildlich acht Jahre innegehabt und unserer Arbeit durch Beispiel und Kritik neue Impulse gegeben.

Auf der Arbeitstagung in Köln 1966 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ernannt.

Paul Lüking hat sich um die Sprachheilarbeit verdient gemacht.

Wir gedenken seiner als eines aufrechten Mannes und eines unermüdeten und tatkräftigen Pioniers für unsere Gesellschaft und unseren Auftrag.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Johannes Wulff
Ehrenvorsitzender

Joachim Wiechmann
1. Vorsitzender

P. Kozielski, P. Gabriel, R. Chilla, E. Stennert, Göttingen

Sehstörungen im Vorschulalter — Ergebnisse einer Göttinger Vorsorgeuntersuchung 2. Mitteilung

1. Vorbemerkung

Im Herbst 1974 wurden im südniedersächsischen Raum 1119 3- bis 6jährige Kinder untersucht, um Seh-, Hör- und Sprachbeeinträchtigungen noch vor der Einschulung festzustellen. Über die Häufigkeit und den Schweregrad von Hör- und Artikulationsstörungen dieser Vorschulkinder haben wir bereits an dieser Stelle berichtet (Gabriel und Mitarbeiter, 1976). Da die leichteren Mehrfachbehinderungen viel eher als die schwereren übersehen werden, interessierten uns im Zusammenhang mit den Hör- und Sprachstörungen besonders die visuellen Behinderungen im Vorschulalter. Die visuelle Perzeption spielt neben dem Hörvermögen und taktilen Wahrnehmungen eine bedeutende Rolle in der Entwicklung des Sprechens und der Sprache.

2. Methodik

Die Vorsorgeuntersuchung wurde mit Hilfe des Niedersächsischen Sozialministeriums an 1119 3- bis 6jährigen Kindern zur »Früherfassung von Seh-, Hör- und Sprachbeeinträchtigungen« vorgenommen. Wir bedienten uns dabei der Methode der »Werbungserfassung« (Gabriel und Mitarbeiter, 1976). Bei 1112 Vorschulkindern (männlich : weiblich = 619 : 493) wurde das Sehvermögen anhand folgender Methoden geprüft:

- 2.1.: Bestimmung des Visus mit den »E-Haken-Tafeln«.
- 2.2.: Untersuchung des plastischen Sehens mit dem »Titmus-Fliegentest«.
- 2.3.: Prüfung des Farbensinnes mit den »Ishihara-Tafeln«.
- 2.4.: Untersuchung der Augen auf eine Schielstellung.

Die Abhängigkeit der Sehstörungen vom Geschlecht und von Hörbeeinträchtigungen wurde ebenso wie die Abhängigkeit der Mitarbeit vom Geschlecht mit Hilfe des χ^2 -Testes untersucht (Immich, 1974). Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 0,05$ festgelegt.

3. Ergebnisse und Diskussion

3.1.: Ohne das Überwiegen eines Geschlechtes ($\chi^2 = 0,10$) fanden wir bei 235 Vorschulkindern (21,1 Prozent) Visusstörungen (siehe Tabelle 1).

3.2.: 696 (62,6 Prozent) aller Vorschulkinder hatten sicher keine Störung des plastischen Sehens. 20 Kinder (1,8 Prozent) konnten nicht plastisch sehen, während bei 143 Vorschülern (12,8 Prozent) die Aufgaben des »Titmus-Fliegentestes« teilweise fehlerhaft gelöst wurden (siehe Tabelle 2). Die Testergebnisse zeigen in den Leistungen keinerlei Geschlechtsunterschiede ($\chi^2 = 3,55$).

3.3.: Farbsinnesstörungen konnten bei 331 (29,7 Prozent) aller Prüflinge sicher ausgeschlossen werden. Bei 37 Kindern (3,3 Prozent) kam eine erhebliche und bei 107 (9,6 Prozent) eine leichte Störung des Farbensehens vor, da die Aufgaben nur teilweise und mit Unsicherheiten gelöst werden konnten (siehe Tabelle 3).

	Zahl der Kinder, die nicht mitarbeiteten	Zahl der Kinder ohne Visusstörungen	Zahl der Kinder mit Visusstörungen	Summe
Jungen	137 (12,3 %)	357 (32,1 %)	125 (11,2 %)	619 (55,7 %)
Mädchen	84 (7,6 %)	299 (26,9 %)	110 (9,9 %)	493 (44,3 %)
Summe	221 (19,9 %)	656 (58,9 %)	235 (21,1 %)	1112 (100 %)

Tabelle 1: Visusstörungen bei 1112 Vorschulkindern

Die Untersuchungen erfolgten mit Hilfe der »E-Haken-Tafeln«. Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl der untersuchten Kinder.

	Zahl der Kinder, die nicht mitarbeiteten	Zahl der Kinder ohne plastisches Sehen	Zahl der Kinder mit Unsicherheiten beim plastischen Sehen	Zahl der Kinder ohne Störung des plastischen Sehens	Summe
Jungen	138 (12,4 %)	15 (1,3 %)	87 (7,8 %)	379 (34,1 %)	619 (55,7 %)
Mädchen	115 (10,3 %)	5 (0,4 %)	56 (5,0 %)	317 (28,5 %)	493 (44,3 %)
Summe	253 (22,7 %)	20 (1,8 %)	143 (12,8 %)	696 (62,6 %)	1112 (100 %)

Tabelle 2: Störungen des plastischen Sehens bei 1112 Vorschulkindern

Die Untersuchungen erfolgten mit Hilfe des »Titmus-Fliegentestes«.

	Zahl der Kinder, die nicht mitarbeiteten	Zahl der Kinder mit starken Farbsinnstörungen	Zahl der Kinder mit Unsicherheiten beim Farberkennen	Zahl der Kinder ohne Störungen des Farbsinnes	Summe
Jungen	362 (32,6 %)	26 (2,3 %)	67 (6,0 %)	164 (14,7 %)	619 (55,7 %)
Mädchen	275 (24,7 %)	11 (1,0 %)	40 (3,6 %)	167 (15,0 %)	493 (44,3 %)
Summe	637 (57,3 %)	37 (3,3 %)	107 (9,6 %)	331 (29,7 %)	1112 (100 %)

Tabelle 3: Störungen des Farbsehens bei 1112 Vorschulkindern

Die Prüfungen erfolgten mit den »Ishihara-Tafeln«. Es sind deutlich mehr Farbsinnesanomalien bei den Jungen als bei den Mädchen vorhanden.

Auffällig ist, daß die Jungen bei der Prüfung mit den »Ishihara-Tafeln« deutlich schlechter abschneiden als die Mädchen ($\chi^2 = 9,13$). Als plausible Ursache sind dafür rezessiv-geschlechtsgebunden vererbte Formen der Farbsinnesanomalien anzu-

führen, die sich bei 8 Prozent aller erwachsenen Männer und 0,4 Prozent der erwachsenen Frauen manifestieren (Leydhecker, 1968).

3.4.: Eine Schielstellung der Augen konnte bei 44 der Vorschulkinder (3,9 Prozent) gefunden werden. Gelegentliches Schielen trat zusätzlich in 9 Fällen (0,8 Prozent) auf (siehe Tabelle 4). Eine Geschlechtsabhängigkeit konnte nicht beobachtet werden ($\chi^2 = 0,20$).

	Zahl der Kinder, die sich nicht untersuchen ließen	Zahl der Kinder mit ständigem Schielen	Zahl der Kinder mit gelegent- lichem Schielen	Zahl der Kinder ohne Schielen	Summe
Jungen	130 (11,7 %)	25 (2,2 %)	6 (0,5 %)	458 (41,2 %)	619 (55,7 %)
Mädchen	88 (7,9 %)	19 (1,7 %)	3 (0,3 %)	383 (34,4 %)	493 (44,3 %)
Summe	218 (19,6 %)	44 (3,9 %)	9 (0,8 %)	841 (75,6 %)	1112 (100 %)

Tabelle 4: Schielstellung der Augen bei 1112 Vorschulkindern

Vergleicht man die Mitarbeit bei den Testen und das Auftreten von Sehstörungen jeweils bei Jungen und Mädchen miteinander und untersucht mögliche Zusammenhänge zwischen Hör- und Sehbeeinträchtigungen, so ergibt sich folgendes Bild:

1. Die Jungen erweisen sich insgesamt als genauso kooperativ wie die Mädchen. Nur bei der Prüfung des Visus mit den »E-Haken-Tafeln« arbeiten die Mädchen besser mit ($\chi^2 = 6,46$).
2. Aus genetischen Gründen treten Farbsinnesstörungen bei Jungen häufiger als bei Mädchen auf ($\chi^2 = 9,13$). In bezug auf den Visus, das plastische Sehen wie das Schielen gibt es keine solche Geschlechtsunterschiede.
3. Es besteht kein Zusammenhang zwischen Hörstörungen und Sehbeeinträchtigungen ($\chi^2 = 3,68$). Eine Mehrfachbehinderung im Sinne gleichzeitig vorhandener Seh- und Hörstörungen ist bei Vorschulkindern also nicht die Regel, sondern rein zufällig.

In einem »Elternbrief« mußten wir schließlich die Eltern von 288 Kindern (151 Jungen und 137 Mädchen), das sind 25,9 Prozent der untersuchten Vorschüler, auffordern, ihre Kinder augenärztlich untersuchen und behandeln zu lassen. Zusammen mit einer Dunkelziffer infolge mangelnder Mitarbeit vieler Kinder wird die Zahl der sehgestörten Vorschüler wahrscheinlich noch höher liegen. Die Problematik unserer »Werbungserfassung« und deren Vor- und Nachteile gegenüber einer gezielten Reihenuntersuchung haben wir bereits ausführlich diskutiert (Gabriel und Mitarbeiter, 1976).

Die Zahl der sehgestörten Kinder übertrifft mit 25,9 Prozent noch die der hörgeschädigten Vorschulkinder (16,2 Prozent). So sind erhebliche therapeutische Anstrengungen noch im Vorschulalter notwendig, um allen Kindern zu möglichst optimalen Perzeptionsfähigkeiten und damit zu den sensitiven Grundlagen für eine Kommunikation zu verhelfen, die für eine normale schulische Entwicklung unbedingt notwendig sind. Visuelle Störungen oder eine Schwerhörigkeit dürfen in Zukunft auf keinen Fall mehr die Ursache für eine »Lernbehinderung unklarer Genese« sein.

4. Zusammenfassung

Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung wurden im südniedersächsischen Raum 1112 3- bis 6jährige Kinder auf ihr Sehvermögen hin untersucht. Im einzelnen wurden Visus, plastisches Sehen, der Farbensinn und die Augenstellungen geprüft. Insgesamt mußten 25,9 Prozent aller Kinder einer augenärztlichen Diagnostik und Therapie zugeführt werden. Geschlechtsunterschiede ergeben sich nur in bezug auf das Farbsehen und die Mitarbeit bei der Visusprüfung.

Literatur:

- Gabriel, P., R. Chilla, P. Kozielski: Hör- und Sprachstörungen im Vorschulalter, Ergebnisse einer Göttinger Vorsorgeuntersuchung I. Die Sprachheilarbeit 21 (1976) 2, S. 33—38.
Immich, H.: Medizinische Statistik. Schattauer-Verlag, Stuttgart und New York 1974.
Leydhecker, W.: Grundriß der Augenheilkunde. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1968.

Sammelanschrift der Verfasser:

Dr. med. Reinhard Chilla, Universitäts-HNO-Klinik, Geiststraße 10, 3400 Göttingen.

Logopädin (Examen September 1976, Schwerpunkte: Stimme und Sprachentwicklungsverzögerung) sucht Stelle in oder um Hamburg (möglichst halbtags).

Angebote an: G. Sarrazin, Wasserweg 70 D/501, 4400 Münster.

Solbadklinik Rheinfelden



Wir sind ein modernes Rheuma- und Rehabilitationszentrum mit 200 Betten und suchen für die Behandlung von Sprachstörungen bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen und Erwachsenen mit ZNS-Schädigungen eine

LOGOPÄDIN

Stellenantritt nach Vereinbarung. Wir bieten eine vielseitige, fachlich interessante Tätigkeit in Zusammenarbeit mit Fachärzten, geregelte Arbeitszeit und gute Anstellungsbedingungen.

Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die Verwaltungsdirektion der

Solbadklinik CH-4310 Rheinfelden

Der Stellenwert der Atmungstherapie in der Übungsbehandlung des Stotterns

Vorbemerkung

Es scheint bis in die Jetztzeit ein umstrittenes Problem geblieben zu sein, ob überhaupt und inwieweit Atmungs- und Atemübungen in der Übungsbehandlung des Stotterns erforderlich sind. Besonders die jüngeren Kollegen werden aus Erfahrungsmangel noch nicht klar erkennen, wann, in welcher Form und bis zu welchem Maß Übungen der Sprechatmung eingesetzt werden müssen. Nachfolgende versuchte Überschau wird zuerst untersuchen, welchen Stellenwert die Atmungstherapie in den Stotterheilmethoden der Vergangenheit eingenommen und wie er sich bis zur Gegenwart gewandelt hat. In der Auswertung wird versucht aufzuzeigen, welcher Stellenwert ihr nun wirklich innerhalb der modernen Sprachübungsbehandlung zukommt.

Stellenwert der Atmungsübungen in der Anfangszeit der Stottertherapie

In allen Stotterheilmethoden der Jahrhundertwende nahm die Atemtherapie einen sehr wichtigen Stellenwert ein. Meist rangierte sie an zweiter, mitunter sogar an erster Stelle. Es gab damals noch keinen Streit darüber, ob Atemübungen überflüssig sind.

Die bekannteste Stotterheilmethode, die bis in die Jetztzeit hineingespielt hat, ist die von *Albert und Hermann Gutzmann*. Die isolierten Übungen für die Atmung sowie die Übungen der Atmung mit »Stimmanschlag« werden als Vorübungen betrachtet. Noch in der 19. Auflage des »Übungsbuches für stotternde Schüler« von *A. Gutzmann* und *G. Wende* sind 16 verschiedene stumme Atemübungen aufgeführt. In solcher methodischen Gymnastik sahen die Autoren die einzige Möglichkeit, die Atmungsfehler zu beheben. Mit Hilfe der isolierten Tiefatmung sollte der Schüler lernen, seine Atmungstätigkeit willentlich zu steuern. Wir lächeln heute über die Vielfalt derartiger Atemübungen und rechnen die Zeit aus, die für andere Übungen hätte verwandt werden können. Die *Denhardt-Gutzmannsche* Methode beherrschte souverän das Feld, und alle anderen Methoden waren in Abänderungen mehr oder weniger glückte Kopien.

Kreutzer (etwa 1888) leitete in Rostock eine private Sprachheilanstalt. Seine Methode zeigte er, wie fast alle privaten Behandler, in einem »Übungsbuch« auf. Die Atmungstherapie nahm in dieser Methode den zweiten Stellenwert ein. In seiner Anstalt ließ er täglich 8 Stunden (!) üben. Ähnlich wie *Gutzmann* legte er großen Wert auf eine »Stimmband-Gymnastik«, indem er vom Hauch zum Flüstern und dann erst zur Stimmbildung überging. Diese Übungen nahmen einen breiten Raum im täglichen Übungspensum ein.

Ein bekannter Sprachheillehrer und Autor zu damaliger Zeit war *Godtfring* (1906). In seinem herausgegebenen »Übungsbuch« sind auf den Seiten 11 bis 15 Atmungsübungen mit Armbewegungen, Stabschwenken, Handauflegen und gegliedertem Ausatmen angegeben.

Scharr (1916) führte von 1891 bis 1916 die Magdeburger Sprachheilkurse. In seinem »Übungsbuch« (etwa 1915) finden wir auf den Seiten 1 bis 9 vielfältige Anweisungen für »Atmungsübungen mit dem Hauchlaut« verbunden. Bei 1419 behandelten Fällen gibt er 53 Prozent Heilungen, 46 Prozent Besserungen und 1 Prozent Nichtheilungen

an. Das sind Zahlen, mit denen wir heute nicht mehr aufwarten können. Die hohe Erfolgsquote läßt vermuten, daß in seiner Methode heilkräftige Faktoren enthalten waren, zu denen auch die Stimmeinsatzübungen (mit weichem Einsatz) gehörten. Es könnten noch einige weniger bekannte Autoren der damaligen Zeit zitiert werden, die mit der Atemtherapie wahren Kult trieben, so z. B. Gerdts (1890) in Bingen, Günther (1880) in Neuwied oder Neumann (1893) in Graz.

Warum gehen wir mit unseren Untersuchungen bis in die Methoden der Gründerzeit zurück, die für unsere heutige Anschauung nur noch historischen Wert besitzen? Freilich wußte man damals noch nicht viel über das Stottern als Neurose mit ihren multifaktoriellen Ursachen und ihren tiefgreifenden Wurzeln im Persönlichkeitsgefüge des Stotterers. Aber die Erfolge mit den Methoden konnten sich dennoch sehen lassen. Wenn wir den damals abgegebenen Berichten Glauben schenken können, so liegen die Heilquoten viel höher, als sie jetzt mit modernen Methoden und medizinisch-psychologischen Einsatzmitteln erreicht werden.

In all diesen Methoden wurde zuerst eine neue Sprechtechnik aufgebaut und dann erst mit dieser, allerdings stark abweichenden »Übungssprache« in die eigentlichen vertiefenden Übungen zur Sprachleistung übergegangen. Die zwei Hauptglieder der neuen Sprechtechnik waren die Respiration und Phonation. Vom dritten Übungskomplex, den Übungen der Artikulation, sind wir heute allerdings fest davon überzeugt, daß diese fehl am Platze waren. Auf den Stimmfaktor mit Überwiegen des Vokalklanges legte man in allen damaligen Methoden allergrößten Wert, ja er machte überhaupt den Kern der Methode aus. Jene Methoden standen der unmittelbar auslösenden Ursache des Symptoms näher, als es heute der Fall ist. In den heutigen Verfahren wird nach Meinung des Verfassers der Stimmfaktor und die Stimmführung viel zu wenig beachtet, oft sogar vernachlässigt. Zu einer guten Stimmführung — und das ist die Schlußfolgerung — gehört eine gute Atemführung, und beides wird nur durch intensive Übung erreicht.

Stellenwert der Atmungsübungen in der Zeit der Mitte

In dieser Zeit der Mitte, sie könnte etwa 1920 beginnen, begann mit der verstärkten psychischen Forschung des Stotterns auch der Streit um den Wert der Atmungs- und Atemübungen. Der Stellenwert der vordem so hoch eingeschätzten Respiration und Phonation sinkt erheblich herab. Es werden Stimmen vernehmbar, die solche Übungen für nur gering notwendig oder gar für überflüssig halten. So sagt beispielsweise Carriè (1923) in Hamburg: »Besondere Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen haben in der Stotterertherapie nur untergeordnete Bedeutung.«

Man erkannte damals, daß eine gestörte Sprechatmung eine sekundäre Folgeerscheinung ist und sich eigentlich erst mit der weiteren Entwicklung der Symptomatik einstellt. Die gestörte Atmung ist also ein Symptom. Jene Stimmen fragten nun — es klingt logisch und wird noch heute gefragt —, warum erst am Symptom kurieren, wenn man sich gleich an die Ursache wenden kann; wird die Ursache behoben, muß das Symptom von selbst verschwinden. Zudem wußte man auch, daß nicht in jedem Fall die Atmung gestört ist. Ein Stottern kann z. B. lediglich aus Denk-sprechstörungen hervorgehen, die nun wirklich keine Atemstörungen nach sich ziehen. Warum dann Übungen der Atmung, wenn sie nicht gestört ist?

In der Symptomatik steht meist vor der sekundären Atemstörung als primäre Störung die Stimmhemmung aus psychischer Ursache. Mit irgendeiner Atemmanipulation versucht der Stotterer, die gehemmte Stimmgebung zu durchbrechen und die Stimme wieder in Fluß zu bringen. Das Atemvorschieben, ein plötzliches Atemloslassen oder -neuschöpfen sind Mittel zum Zweck, um wieder in die Phonation hineinzukommen.

In der Behandlung kann nun je nach Anschauung des Therapeuten — und sie ist nicht etwa falsch — der Umweg über die Übung zur Atemregulierung abgekürzt und sogleich in die Übung eines gesicherten Stimmflusses hineingegangen werden. Mit Besserung der »primären« Folge, also mit dem Haltenkönnen des Stimmflusses, es wird auch vom Klangband gesprochen, gleicht sich meist auch von selbst die »sekundäre« Atemstörung aus.

Von unseren Altmeistern brach als erster *Liebmann* (1925) mit dem Privileg der Atemtherapie. Nachdem er die Psychogenität des Stotterns erkannt hatte, übersprang er die Atemübungen und wandte sich der direkten Stimmführung des Schülers mittels einer verstärkten Fremdsteuerung zu. *Liebmann* gab wahrscheinlich den Startschuß für die psychologische Richtung in der Behandlung des Stotterns. Man kann nun sehr genau den Weg verfolgen: Mit gleichen Schritten, wie die Therapie eine psychologische Richtung einschlug bzw. sich der Therapeut psychologisch orientierte, wurde von der physiologischen Übungsrichtung abgegangen. Hier ist zuerst die Atemtherapie eingestellt und von den Stimmübungen — sehr zu Unrecht — erheblich abgestrichen worden. Einem heutigen Tiefenpsychologen, der den jugendlichen Stotterer psychoanalytisch behandelt, wäre es absurd, Atmungs-/Phonationsübungen einzusetzen.

Die Autoren, die die Ätiologie des Stotterns im rein Psychischen suchten, waren verständlicherweise besonders heftige Gegner der Symptombehandlung. So lehnten z. B. *Appelt* (1925) und *Wilhelm* (1924), als Vertreter der Individualpsychologie, die Übungsbehandlung insgesamt und erst recht Einzelübungen für die Respiration/Phonation ab.

Die weitaus größere Anzahl der Therapeuten in jener Zeit der Mitte hielten an der Übungsbehandlung fest, obwohl sie sicherlich nun schon Teilbestände der psychologischen Richtung hineingenommen haben werden. Zum Übungsprogramm gehörte meist auch eine mehr oder minder betriebene Atemtherapie. *Paschen* (1918, 1941) fordert Befreiung der Stimme durch Spannung des Zwerchfells; damit war als erste Behandlungsstufe die Übung einer geregelten Atemabgabe aufgezeigt. Auch *Moll* (1939) baut in seine »neue Methode« (!) die Atemübungen wieder voll ein. *Hampel* (1941) beginnt seinen Kurs mit Atmungsübungen und spricht von einem »Luftband«. Er schreibt: »Das erste wichtige Stück einer fehlerlosen Sprache ist das richtige Atmen.«

Fröschels (1926) und *Nadoleczny* (1926), die zwei bedeutendsten Autoren der Mitte, nehmen einen vermittelnden Standpunkt zwischen der physiologischen und psychologischen Richtung ein. In ihrem Behandlungsteil einer Übungstherapie, auf die nicht verzichtet worden ist, nimmt die Atmungskorrektur nur noch eine untergeordnete Stellung ein.

Stellenwert der Atemregulierung in der Jetztzeit

Bis in die Gegenwart ist es ein Tauziehen geblieben, ob Übungen zur Regulierung der Sprechatmung erforderlich sind oder nicht. Je nachdem, wie der Autor oder Therapeut den ablaufenden Mechanismus des Stotterns sieht, wird er Atem-/Phonationsübungen befürworten, geringwertig einschätzen oder gar ablehnen. Als Beispiel für diese noch gegensätzlichen Meinungen zwei persönliche Erfahrungen des Verfassers: Vor einigen Jahren erreichte mich im Rahmen des Erfahrungsaustausches ein Brief aus Hamburg. Der Kollege lehnt isolierte Atmungsübungen jeder Art ab. Es müsse unbedingt vermieden werden, dem Schüler den Atmungsvorgang bewußt zu machen, denn dadurch könnte er erst recht zu einer verspannten Atmung kommen. — Ich war mit einem Kollegen (jetzt im Ruhestand) aus dem Bezirk Karl-Marx-Stadt gut befreundet, der seine Stottertherapie ganz auf die Regulierung der Atmung in Ver-

bindung mit der Phonation ausgerichtet hat; er will damit beste Erfolge erzielt haben. Sein Grundsatz lautete: »Stottertherapie ist bei mir Atemtherapie!« — Solange solche Gegenmeinungen von schroffer Ablehnung und voller Befürwortung der Atemungs-therapie in unseren Fachkreisen bestehen (siehe dazu auch *Orthmann*, 1966), ergibt sich ein reiches Diskussionsfeld.

Friese (1971) hat in ihrem sehr interessanten Beitrag diese Streitfrage aufgegriffen und sie damit zur Diskussion gestellt. Mit ihren kritischen Ausführungen wird sie wahrscheinlich (und hoffentlich) einige Gemüter bewegt haben. Sie bemängelt, daß es in Niedersachsen keine Möglichkeit gibt, »sich während des Studiums oder in späteren Fortbildungskursen ausreichende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in bezug auf Stimmbildung und Atmung anzueignen. Professor *Heese*, vor Jahren richtungweisend für die Ausbildung der Sprachgeschädigtenpädagogen für ganz Niedersachsen, spricht sich entschieden dagegen aus, dem Sprachgeschädigten — insbesondere dem Stotterer — die Vorgänge, die mit dem Atemgeschehen zusammenhängen, bewußt zu machen. Er lehnt beispielsweise Eingriffe in das Atemgeschehen ab, insofern sie mit einer »Bewußtseinszuwendung« verbunden sind. Er meint, »daß auf bewußte, isolierte Atmungsübung fast immer verzichtet werden kann.«

Es wäre hierzu als Wichtigkeit zu vermerken, daß die angehenden Sprachheilpädagogen, die von ihrem Professor belehrt worden sind, daß »die Bewußtseinszuwendung auf die Atmung« schädlich ist, sich auch fernerhin kaum um eine Atmungsregulierung in der Therapie des Stotterns bemühen werden. Die im Zitat aufgeworfene Frage, ob bewußte oder unbewußte Atembeeinflussung, wird an späterer Stelle ausführlich diskutiert.

Auch *Krech* (1960) lehnt direkte Übungen zur Atemregulierung ab und meint, daß mit der Streckung der Wirbelsäule bzw. einer Haltungskorrektur sich gesonderte Atmungsübungen erübrigen würden.

Die neueren Autoren, die eine Regulierung der Sprechatmung befürworten, sind verständlicherweise von isolierten stummen Atmungsübungen abgerückt. Die Atmung ist nur im ganzheitlichen Vollzug in Verbindung der Phonation zu üben. *Panconcelli-Calzia* (1956) prägte (nach Wissen des Verfassers) den Begriff der »Stimmatmung«. Wir meinen, daß dieser Terminus für die Stottertherapie beibehalten werden sollte, weil er zu keinen Irrtümern führt. Das Wort »Stimmatmung«, als Gegensatz zur Ruheatmung, drückt das aus, was zusammengehört: die Sprechatmung mit der Stimmgebung. Wenn eine Atemkorrektur notwendig ist, so werden wir uns nur wenige Minuten mit der isolierten Zwerchfellatmung aufhalten, um diese dann so gleich mit Phonationsübungen zu koppeln.

Von den modernen Verfahren, die eine Atemregulierung als festen Therapieteil in ihrer Methode aufgenommen haben, muß zuerst die von *Fernau-Horn* (1969) genannt werden. Sie beginnt wohl bei jedem Patienten mit der Übung des Atemablaufs; diese Übung ist das zweite Glied in ihrem fünfgliedrigen Ablaufzirkel. Wenn der Schüler entspannt auf der Liege liegt und mit rhythmischem »Hub-Plumps« den Atemablauf übt, so dürfte das wohl eine Atemübung sein, wenngleich sie nicht als solche bezeichnet wird.

Auch *Fitz* (1961) mißt der gestörten Atmung große Bedeutung bei. Er glaubt indessen, daß beim Stotterer die Atmung immer gestört ist. Den Fehlfunktionen der Atmung setzt er eine falsche Körperhaltung voraus. In der Therapie, die einen »müheleisen Stimmgebrauch gemäß der Atem- und Stimmsicherung« (S. 216) bringen soll, beginnt er daher auch erst mit einer Haltungskorrektur. Die Atemsicherung, wozu besonders die »elastische Spannhalte« dient, ist somit das zweite wichtige Glied in seiner viergliedrigen Therapiekette.

Dieses Diskussionsthema greift in den Stellenwert der Jetztzeit hinein und ist deshalb so wichtig, geführt zu werden, weil aus der propagierten Ablehnung einer Bewußtseinszuwendung die Atemtherapie in der Übungsbehandlung des Stotterns noch stärker in Mißkredit geraten kann.

Von wem mag die Empfehlung ausgegangen sein, daß man dem Stotterer den Atmungsvorgang nicht bewußt machen darf? Bei noch jüngeren Stotterern müssen wir diesem zustimmen, nicht aber bei den älteren. Wir können nicht so einen Hinweis, den ein Autor vom anderen übernimmt, kritiklos akzeptieren; der Verfasser ist für eine wissenschaftliche Klärung, fand aber bisher noch keine ausführliche und glaubhafte Begründung in unserer Literatur. Wulff (1964) schreibt zwar zu diesem Thema: »Willkürliche Atemübungen können viel Unheil anrichten, weil sie oft zu isoliert, unzweckmäßig und falsch durchgeführt werden und zu Verspannungen führen.«

Auch Fernau-Horn (1969), die doch ihre Therapie immer mit der Regulierung der Atmung einleitet und dieses Verfahren bis ins letzte Detail beschreibt, wiederholt mehrmals, daß bei dieser Ablaufübung nicht von einer »Atemübung« gesprochen werden darf. Auf Seite 94 schreibt sie: »Die Rhythmisierung des Atemablaufes soll keine »Atemübung« sein und soll keineswegs als solche gelehrt werden.«

Wir zweifeln stark an, daß dem Schüler, der auf der Liege liegt und bei dem sich im Rhythmus der Atmung der Leib hebt und senkt, der Atemvorgang nicht bewußt und ihm nicht klar werden sollte, daß hier die Atmung geübt wird. Der Verfasser ist sogar der Ansicht, daß wir zur Einübung der Zwerchfellatmung und Neuordnung des Atemrhythmus den Atmungsvorgang bewußt machen müssen. Hier muß zur Beherrschung der Atmung mit einem gezügelten Ausatemstrom vom Willen her in die Steuerung eingegriffen werden. Warum sollten wir bei diesen älteren Stotterern die Atmung nicht willkürlich machen, wenn sie nur dazu die richtige Anleitung erhalten?

Zur Einübung der Zwerchfellatmung geben wir doch keine bloßen Belehrungen, sondern sitzen dabei und bemühen uns zunächst um eine völlige Gelöstheit des Schülers und Lockerung seiner Muskulatur. Sodann achten wir bei der nun einzuübenden Tiefatmung sehr genau darauf, daß keine neuen Verspannungen eintreten. Nach genügender Übung ist die Zwerchfellatmung derart rhythmisiert worden, daß sie ohne Bewußtseinskontrolle abläuft und wir nun tatsächlich dem geforderten »Geschehenlassen« der Atmung zustimmen können.

Aus welchem wahren Grund taucht in unserer Literatur immer wieder die Forderung auf, dem Schüler den Atmungsvorgang nicht bewußt zu machen? Wir messen dieser Frage deshalb eine so große Bedeutung bei, weil viele Kollegen vielleicht dadurch abgehalten werden, eine notwendige Atemregulierung bei ihren Schülern vorzunehmen, eben aus der Unsicherheit heraus, hierbei etwas falsch machen zu können.

Anders verhält es sich freilich bei noch kleinen Stotterern. Die gestörte Atmung entwickelt sich — wie bereits erwähnt — mit der Sprachstörung selbst. Bei den jüngeren, noch gering stotternden Kindern, oder wenn es sich noch um das physiologische Stottern im Vorschulalter handelt, ist die Atmung meist auch noch nicht gestört. Somit ist verständlich, daß in diesen Fällen keine Übungen der Atmung nötig werden. Warum etwas mit Übungen korrigieren wollen, was noch gar nicht gestört ist? Wir dürfen auf keinen Fall die Aufmerksamkeit auf etwas hinlenken, das noch normal in unwillkürlich gesteuerter Funktion abläuft.

Würden wir die Aufmerksamkeit auf den Atmungsvorgang lenken, der noch nicht gestört ist, so könnte dadurch tatsächlich erst die Atmung in eine Störungsfront

gebracht werden. Ein willkürlicher Eingriff von außen bzw. die Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf den noch normalen Atmungsvorgang kann zu einer übersteigerten und im Typ falschen Atmung führen. Eine Forcierung der Atmung im unangebrachten Fall könnte die bisher lockere Atmung sehr schnell in den Anstrengungsprozeß (Dynamisierung des Sprechens) ziehen, der bekanntlich beim sich entwickelnden Stottern immer mehr in das Sprechgefüge eingreift.

Wenn bei unseren kleinen Stotterern dennoch eine gestörte Atmung vorliegen sollte, so gibt es eine Reihe von Übungen, ohne daß man dabei dem Kind den Atmungsvorgang bewußt macht. Wlassowa (1957) empfiehlt das ausgiebige Singen im Kindergarten als Übung zur Atmung.

Des Verfassers eigene Anschauung zum Stellenwert der Atmungstherapie

Vorweg sei kurz darauf hingewiesen, daß einer längeren und intensiv betriebenen Atmungstherapie ein hoher gesundheitlicher Wert innewohnt. Der Leser, der in diese Schriften Einblick nimmt, ist sehr erstaunt darüber, welche Heilkraft dem »Gesundatmen« zukommen soll. Schon aus diesem Gesichtspunkt könnten wir in der Therapie des Stotterns ein gezieltes Atem-/Phonationstraining befürworten.

Für Seeman (1974, S. 302) ist letzteres Argument ein Hauptgrund, Übungen der Atmung in die Therapie des Stotterns hineinzunehmen, wenn er schreibt: »Die Erfahrungen zeigen aber, daß sich durch systematische Atemübungen und durch vertiefte Atmung der allgemeine körperliche Zustand von Stotterern bessert und ihre Sprachstörung günstig beeinflusst wird. Deshalb sollen die Atemübungen regelmäßig dreimal täglich durchgeführt werden. Ich empfehle, die Übungen monatelang auszuführen, auch dann noch, wenn die Behandlung des Stotterns schon beendet wurde.«

Als weiteren Zweck der Atemübungen gibt Seeman (S. 301) die Stärkung des Willens an: »Bekanntlich werden zur Willensstärkung systematische Atemübungen bei allen Methoden angewendet. Viele schier unglaubliche Leistungen, wie z.B. die der indischen Fakire, beruhen auf Übung und Beherrschung des Atems.« Zwar wäre die Stärkung des Willens bei den stotternden Schülern äußerst wichtig, jedoch in dieser Zweckform wohl nicht empfehlenswert. Man kann mit Hilfe des Willens die Haltezeit der eingeatmeten Luft (z. B. beim Tauchen) als auch die Tönhaltedauer sehr verlängern. Das Mazdaznan, eine mystifizierende Lebensreformbewegung, setzt u. a. das »Gesundatmen« zum Ziel. Den Anhängern wird empfohlen, die Ausatmung derart zu trainieren, daß der Phonationsstrom bis zu 108 Sekunden ausgehalten werden kann.

Beim Stotterer scheint dem Verfasser eine gewaltsame Verlängerung des Phonationsstromes als sehr bedenklich. Eine Forcierung der Phonationslänge über das gegebene physiologische Maß hinaus muß zwangsweise zu Verspannungen führen, die wir ja gerade abbauen wollen und um deren Vermeidung viele Kollegen die Aufmerksamkeit erst gar nicht auf den Atmungsvorgang hinlenken.

Der Verfasser fand, daß nicht bei allen Stotterern die Sprechatmung wesentlich gestört ist. Er hatte Schüler, die über eine verhältnismäßig gute Atemkapazität und über einen normalen Atmungsrhythmus verfügten. Es fanden sich aber auch Schüler, bei denen die Atmung ganz wesentlich gestört und das dominierende Symptom geworden war.

Bei kleineren Stotterern ist die Atmung kaum gestört, und wir müssen hier wohl nur in wenigen Fällen korrigieren. Bei den schulpflichtigen Stotterern ab 3. bis 4. Schuljahr sieht der Verfasser jedoch die Einübung der Zwerchfellatmung fast immer als notwendig an, schon weil sie als Vorausübung für die Phonationsübungen gilt. In der Rangordnung seiner 8 Heilpunkte (1969 und 1976) hat er die Zwerchfellatmung an

die 7. Stelle gesetzt. Damit wird ausgedrückt, daß die Atmung heute nicht mehr den Stellenwert einnimmt, den sie vor Jahrzehnten eingenommen hat. Zudem sind nicht in jedem Fall volle Übungen zur Atemregulierung erforderlich, oft sogar wird es nur eine Durchgangsübung sein. In den Fällen aber, wo die Atmung stärker gestört ist, beginnt er die Sprachübungsbehandlung mit der Korrektur der Respiration. Die einzuübende Zwerchfellatmung spielt sich nach seiner Erfahrung verhältnismäßig schnell ein. Die Übungen zur Atemführung sind sogleich mit der Phonation bzw. mit den Übungen der Stimmführung zu koppeln. Wir betrachten die Sprechatmung also nie isoliert, sondern sehen sie immer als »Stimmatmung« an.

Es besteht ein sehr enges physiologisches Verhältnis zwischen Respiration und Phonation. Um den Stimmfluß zu sichern, auf den es bei der Übungstherapie zur Symptomvermeidung ganz besonders ankommt, ist eine gute Atemtechnik erforderlich. Friese (1974, S. 175) folgert und räumt damit zugleich der Atmung einen hohen Stellenwert ein: »Von der Erziehung des Zwerchfells und damit des gesamten Stimmapparates hängt der Erfolg unserer Bemühungen ab, deren Ziel eine Rückkehr oder Hinführung zum rhythmischen Geschehen sein muß. Mit Recht wird die Arbeit am Atemrhythmus von Fernau-Horn (1959) als Kern der Therapie bezeichnet.« — Die Formel der Jahrhundertwende ist auch heute noch gültig: »Fließt der Atem, so fließt die Stimme, und fließt die Stimme, so fließt die Rede!«

In der Zusammenfassung ist des Verfassers Meinung folgende: Bei unseren älteren Schülern müssen wir wohl immer mit Atmungs-/Phonationsübungen beginnen, sofern sie keine Polterer sind. Meist geht es mehr um die Phonations- als um die Atemübungen. Aber natürlich gilt es auch hier je nach der Störungsfront zu differenzieren. Man kann nicht stur nach einem Schema die Übungsfolgen abrollen lassen. In manchen Fällen genügt das Kennenlernen der Zwerchfellatmung mit kurzen Übungsfolgen als Durchgangsstation. In anderen Fällen hingegen kann die Regulierung der Atmung zum Schwerpunkt der Therapie werden. Wie in der gesamten Stottertherapie gilt auch auf dem Sektor der Atmung das individuelle Eingehen auf die Störungsform. Um die uns zur Verfügung stehenden Therapiestunden ökonomisch zu nutzen, muß in der Übungsfolge gut abgewägt werden. Eine moderne Übungsbehandlung muß immer variieren und kann somit auch nicht Atmungsübungen als starres Schema mit vorgegebenem Stellenwert in die Therapie eingliedern.

Literatur:

- Appelt, A.: Die wirkliche Ursache des Stotterns und seine dauernde Heilung. München 1925.
Carriè, W.: Die Behandlung stotternder Schulkinder. In: Neue Bahnen, 34. Jg., Leipzig 1923.
Fernau-Horn, H.: Rhythmus als therapeutischer Faktor bei Sprachgehemmten. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 10 (1959) S. 477.
Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1969.
Fitz, O.: Schach dem Stottern. Freiburg im Breisgau 1961.
Friese, A.: Symptombehandlung bei Sprachstörungen — aber wie? Die Sprachheilarbeit, 16 (1971) S. 178—185.
Friese, A.: Von richtiger und falscher Atmung. Die Sprachheilarbeit, 19 (1974) S. 175.
Fröschels, E.: Stimme und Sprache in der Heilpädagogik. Halle 1926.
Gerdt, A. E.: Die Krankheiten der Sprache und ihre Heilung. Bingen 1890.
Günther, E.: Kurzer Wegweiser für Lehrer, stotternde Kinder zu heilen. Neuwied o. J. (etwa 1880?).
Godtfring, O.: Praktische Anleitung zur Beseitigung des Stotterns. Leipzig 1906.
Gutzmann und Wende: Übungsbuch für stotternde Schüler. 19. Auflage. Staudes Verlagsbuchhandlung, Berlin o. J. (etwa 1920?).
Hampel, V.: Stottern rasch beseitigt! — Reichenberg 1941.
Krech, H.: Erziehung zur richtigen Atmung. Die Sonderschule, 5 (1960) S. 50—57, 110—117.
Kreutzer, F.: Lehrbuch für Stotternde. Rostock o. J. (etwa 1888?).
Liebmann, A.: Sprachstörungen und ihre Behandlung, Berlin 1925.

- Moll, A.: Vom Singen zum Sprechen. Eine neue Lehrweise, das Stottern zu heilen. Zeitschrift für pädagogische Psychologie, 40 (1939) S. 47—56.
- Nadoleczny, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde. Leipzig 1926.
- Neumann, A.: Heilübungsbuch für Stotternde und Stammelnde. Graz 1893.
- Orthmann, W.: Sinn und Grenzen der Atmungstherapie. Zeitschrift für Heilpädagogik, 17 (1966) S. 313—325.
- Panconcelli-Calzia, G.: Die Stimmatmung. Das Alte — das Neue. Leipzig 1956.
- Paschen, P.: Über Ursachen und Heilung des Stotterns. Tübingen 1918.
- Paschen, P.: Neue Wege der Stottererbehandlung. In: Hippokrates, Jahrgang 1941, S. 272—379.
- Richter, E.: Therapiewerte in der Übungsbehandlung des Stotterns. Zeitschrift für Heilpädagogik, 20 (1969) S. 625—635.
- Richter, E.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Berlin 1976.
- Scharr, J.: Praktisches Übungsbuch für Stotternde. 5. Auflage, Hannover o. J. (etwa 1915?).
- Scharr, J.: Fünfundzwanzig Jahre Magdeburger Sprachheilkurse. Hannover 1916.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1974, S. 302.
- Wilhelm, I.: Zur individualpsychologischen Deutung des Stotterns. Wiener medizinische Wochenschrift, Jahrgang 1924, S. 1475.
- Wlassowa, N. A.: Behandlung des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter. Die Sonderschule, 2 (1957) S. 196.

Anschrift des Verfassers: Erwin Richter, Sprachheilpädagoge, Straße der Jugend 12, DDR 7543 Lübbenau.

Logopäde/Logopädin

zum 1. Juli oder 1. August 1976 gesucht, halb- oder ganztags.
Überdurchschnittliche Bezahlung.

Bewerbungen bitte an

»Aktion Kleinkind« e.V., C 3, 17, 6800 Mannheim.

Wegen der Erweiterung der Sprachheilarbeit mit Kindern im Vorschulalter in unserer Sprachheil- und Kindertagesstätte in Bremerhaven suchen wir zum jederzeitigen Eintritt
zwei **Sprachtherapeutinnen**

Vergütung nach BAT entsprechend der Berufsjahre, Ortskl. S, zusätzliche Altersversorgung.

Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich, Umzugsbeihilfe wird gewährt.

Bewerbungen sind zu richten an

ARBEITERWOHLFAHRT

Waldemar-Becké-Platz 9, 2850 Bremerhaven, Tel. (04 71) 41 23 42.

Die Behandlung von Stotterern mit Haloperidol

Intention dieses Beitrages und Zusammenfassung

Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns wird zur Zeit u. a. das Psychopharmakon Haloperidol verordnet. In diesem Beitrag soll versucht werden, diese Behandlungsform transparent zu machen und kritisch zu bedenken. Zunächst werden Anwendungsgebiete des Pharmakons beschrieben, anschließend erfolgt die Darstellung der vermutlichen Wirkweise von Haloperidol. Dann werden Behandlungsergebnisse in einer Übersicht dargestellt. Abschließend wird das Vorgehen zur Erprobung von Haloperidol kritisch erörtert. Das Ergebnis dieser Erörterung läßt sich wie folgt darstellen: Es wurde in mehreren Untersuchungen beobachtet, die Wirkung des Psychopharmakons Haloperidol zu erproben. Aufgrund erheblicher Mängel erscheint jedoch keine der zitierten Studien geeignet, wissenschaftlich haltbare Aussagen zu machen hinsichtlich der Wirkung von Haloperidol bei Stotterern.

1. Haloperidol zur Behandlung von Stotterern

1.1. Anwendungsbereiche des Pharmakons Haloperidol

Haloperidol (Janssen) ist ein Psychopharmakon und wird innerhalb dieser Gruppe von Pharmaka den Neuroleptica zugeordnet. Neuroleptica sind hypnotikafreie Beruhigungsmittel mit antipsychotischer Wirkung, d. h. globalen Effekten auf schizophrene Sinnestäuschungen, Wahnideen und Denkstörungen (Luban-Plozza/Pöldinger 1971, S. 159; Pöldinger 1967, S. 37—41). Über die kurmäßige Anwendung bei schizophrenen Psychosen hinaus finden Neuroleptica wie Haloperidol hauptsächlich Anwendung bei schweren Erregungszuständen psychotischer und nichtpsychotischer Genese. Außerhalb der Psychiatrie wird Haloperidol in niedriger Dosierung u. a. verordnet bei Spannungszuständen psychoreaktiver Art und bei psychosomatischen Erkrankungen (Pöldinger 1967, S. 77).

1.2. Vermutete Wirkweise von Haloperidol

Zum Verständnis der Wirkweise von Haloperidol ist es zunächst erforderlich, einige hirnhysiologische Mechanismen darzustellen (Wertebroch 1973, dort Literaturangaben). Stottern tritt in bestimmten Situationen oder bei der Vorstellung bestimmter Situationen auf. Diese situativen Reize lösen die Symptomatik aus, bei der die Koordination von sprachlichem Entwurf, Atmung, Stimme und Artikulation nur unvollkommen gelingt. Die Wahrnehmung bestimmter symptomauslösender Reize setzt eine erregungsenergetische Aktivierung der Großhirnrinde (Cortex) voraus. Diese Erregungen (per EEG ableitbar) stammen aus der retikulären Formation des Hirnstammes und werden über Kerne des Thalamus dem Cortex zugeleitet (siehe Abbildung 1).

Die retikuläre Formation selber erhält ihre Impulse aus Kollateralen der langen afferenten sensiblen Bahnen (mediale Schleife); es handelt sich hierbei um Erregungen aus den Rezeptoren (z. B. aus der Netzhaut der Augen). Die Wirkung von Neuroleptica (Haloperidol) ist u. a. so zu erklären: die retikuläre Formation wird gegen eine »Reizüberflutung« abgeschirmt; ein Überspringen der Impulse aus den afferenten Bahnen in die retikuläre Formation wird durch eine Erhöhung der Reizschwelle beeinträchtigt. Bei erhaltenem Bewußtsein kommt es daher zu einer geringeren Bereitschaft des Cortex, Reize der ursprünglich symptomauslösenden

Abbildung 1

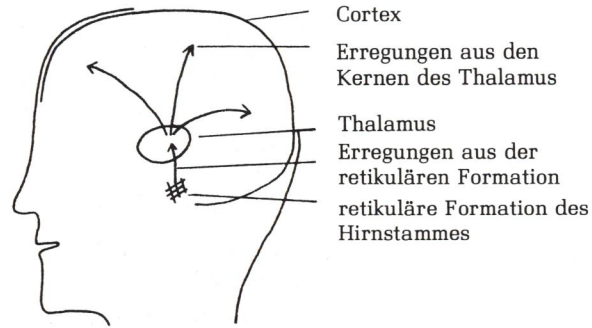
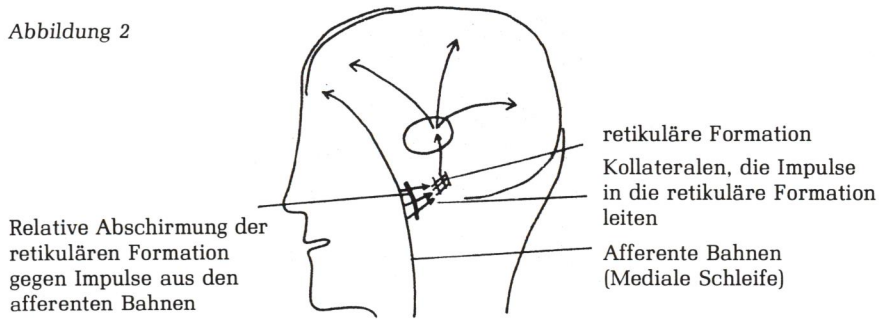


Abbildung 2



Situationen/Wahrnehmungen zu »verarbeiten« (Pöldinger 1967, S. 68/69, siehe Abbildung 2).

Eine weitere, mehr neurochemisch orientierte Erklärung wäre möglich mit Annahmen über einen Einfluß von Haloperidol auf den Dopamingehalt im Corpus striatum (Kanig 1973; Rosenberger/Wheelden; Schade 1971). (Über die Beziehung Stottern — Corpus striatum siehe auch Seeman 1974, S. 282 ff.). Ein derartiger Erklärungsansatz müßte sich allerdings auf wesentlich mehr Vermutungen auch im Bereich der Neurochemie stützen und ist meines Erachtens zur Zeit nicht plausibel darstellbar.

1.3. Behandlungsergebnisse

Über die mehr oder weniger systematische Erprobung von Haloperidol bei Stotterern liegen Ergebnisse vor, die der Übersicht halber tabellarisch dargestellt werden.

Autoren	Mitteilungs-Jahr	Anzahl der Vp	Alter der Vp	Behandlungs-Zeitraum
Gattuso/ Leocata	1962	50	5—12	Teilweise bis zu 4 Monaten

Ergebnisse: »Die erzielten Resultate sind als zufriedenstellend zu betrachten. Tatsächlich waren die Symptome nach einem Behandlungsmonat bei 80 Prozent der 5- bis 8jährigen vollständig zurückgegangen, während bei den übrigen 20 Prozent dieser Altersgruppe die Besserung auffallend war, wenn das Stottern auch nicht ganz verschwunden war. Die größeren Kinder sprachen weniger auf dieses Phar-

makon an, weshalb eine Verlängerung der Therapie in einigen Fällen bis zu 4 Monaten erforderlich war.«

Autoren	Mitteilungs-Jahr	Anzahl der Vp	Alter der Vp	Behandlungs-Zeitraum
Wells/ Malcolm	1971	8, die den Versuch zu Ende führten	15—60	8 Wochen

Ergebnisse: »Von den 12 mit Haloperidol behandelten Patienten zeigten 10 eine erhebliche Besserung und 2 eine geringe Verschlechterung.«

Autoren	Mitteilungs-Jahr	Anzahl der Vp	Alter der Vp	Behandlungs-Zeitraum
Rosenberger/ Wheelden	?	5	20—32	2 Patienten 6 Wochen 3 Patienten 12 Wochen

Ergebnisse: Sprechstichproben (prozentualer Zeitaufwand für nicht-flüssiges Sprechen) wurden erhoben für spontane Unterhaltung, Vorlesen und Bildbeschreibung. Aus den Daten für spontanes Sprechen wurde geschlossen, daß 3 Patienten deutlich auf die Medikation reagierten, ein Patient wahrscheinlich ansprach, ein Patient jedoch bestimmt nicht. Ähnliche Daten wurden ermittelt für Vorlesen und Bildbeschreibung. Ferner wurde gemessen die Anzahl der Non-fluencies pro Minute in spontaner Unterhaltung. Die Besserungen (keine vollständige Beseitigung der Symptome) werden in Kurven dargestellt und lassen sich hier nicht reproduzieren bzw. genau interpretieren.

Autoren	Mitteilungs-Jahr	Anzahl der Vp	Alter der Vp	Behandlungs-Zeitraum
Plath/ Caspers	1975	90	5—33	6 Monate

Ergebnisse: Haloperidol wurde kombiniert mit Sprachtherapie. Wesentliche Besserungen, in Einzelfällen sogar praktische Heilungen, die nach Absetzen des Medikaments nach einem halben Jahr anhalten. »Bei der Nachuntersuchung nach einem halben Jahr zeigte sich, daß von den erfolgreich behandelten Patienten nur ein Patient einen Rückfall erlitten hatte ...« Begründung: Elektroschockbehandlung. »In der Mehrzahl der anderen Fälle waren die Patienten symptomarm bzw. symptomfrei geblieben, in einzelnen Fällen war nach einem halben Jahr aus einer Symptomarmut eine Symptommfreiheit geworden.«

2. Kritische Erörterungen zum Vorgehen der Erprobung von Haloperidol

2.1. Die Untersuchung von Gattuso/Leocata

Der Beitrag dieser Autoren enthält nichts, was auf eine irgendwie kontrollierte Untersuchung schließen läßt (vgl. stattdessen Wells/Malcolm 1971).

Es fehlen z. B. Angaben über:

- Häufigkeit der Symptome vor und nach der Behandlung;
- Kontrollen durch Doppelblindbedingungen, Placebogruppen, Verabreichung von Placebopräparaten innerhalb der Haloperidolgruppe und Einteilung von Kontrollgruppen überhaupt.

Es ist nahezu unmöglich, die Wirkung von Haloperidol angemessen zu beurteilen.

2.2. Die Untersuchung von Wells/Malcolm

Die Autoren haben sich um eine kontrollierte Untersuchung bemüht. Ebenso liefern sie Angaben über die Erhebung der Sprechstichproben sowie über die angewandte Sprachtherapie in Kontrollgruppen. Bedauerlicherweise sind die Ergebnisse nur beziehbar auf acht Patienten, die den achtwöchigen Versuch zu Ende führten. Die Autoren kennen dieses Manko und meinen, daß die Ergebnisse noch eindrucksvoller sein könnten, wenn die meisten gebesserten Patienten die Studie zu Ende geführt hätten.

2.3. Die Untersuchung von Rosenberger/Wheelden

Auch hier ist kritisch und einschränkend die Anzahl der Patienten zu sehen: »Es zeigte sich, daß das Medikament auf vier der fünf Patienten eine signifikante Wirkung ausübte, wenn es sich auch nicht immer um dieselben vier Patienten während aller Beobachtung handelte.« Es erscheint fragwürdig, aus dieser Studie mit relativ wenigen Versuchspersonen Konsequenzen zu folgern hinsichtlich der Wirkung von Haloperidol.

2.4. Die Untersuchung von Plath/Caspers

Die Autoren nennen ihren Beitrag im Deutschen Ärzteblatt eine »Vorläufige Mitteilung«. Vielleicht ist diese Form auch ein Grund für bestimmte Auslassungen oder Mängel. »Vor und nach dem Versuch (mit Haloperidol) wurden Sprachproben auf Tonband aufgezeichnet und in bezug auf die Häufigkeit von Sprachflußstörungen ausgewertet.«

Nicht alle Symptome des Stotterns (z. B. Toni ohne Stimmgebung) lassen sich per Tonband erfassen bzw. anschließend auswerten. Da außerdem Haloperidol Begleiterscheinungen bewirkt wie: Krämpfe im Mund-Zungen-Schlund-Bereich, Krämpfe im Bereich der Rumpfmuskulatur und der langen Extremitätenmuskeln, Schauanfälle und Blickkrämpfe (Pöldinger 1967, S. 114), wäre es sinnvoll gewesen, z. B. per Videoaufzeichnung auch Mimik und Gestik zu erfassen. Erst dann wäre es möglich gewesen, die sichtbare Stottersymptomatik zu kontrollieren bzw. von den Begleiterscheinungen des Pharmakons zu unterscheiden.

Die Autoren haben Haloperidol mit Sprachbehandlung kombiniert und geben eine Wechselwirkung zu. »Ein Einfluß der Sprachtherapie allein ist ebenfalls signifikant, wenn auch hier die Beurteilung wegen der unübersehbaren Zahl von Einflußgrößen schwierig ist.«

Es wurde nicht angegeben, um welche Sprachbehandlung es sich hier handelte; auch insofern ist eine differenzierte Beurteilung der Ergebnisse erschwert. Leider war es offenbar schwierig, eine Versuchsanordnung zu entwickeln, die allein die Wirkung von Haloperidol überprüft hätte.

Intendiert war dies aber offensichtlich: »... erschien es angezeigt, ... die Effektivität von Haloperidol ... zu kontrollieren ...« und andere Textstellen. Bestenfalls wäre aus dieser Untersuchung der Schluß zu ziehen, daß sich Haloperidol plus unbekannter Sprachtherapie als relativ erfolgreich (wie erfolgreich genau, geht aus dem Beitrag ebenfalls nicht hervor) erwiesen haben.

Aufgrund der angedeuteten Ungenauigkeiten in der Versuchsanordnung läßt sich dieser Beitrag nur beschränkt einordnen in die Bemühungen der von Plath/Caspers zitierten anderen Autoren, die Wirkung von Haloperidol bei Stotterern zu erproben.

Da von Neuroleptica auch bekannt ist, daß sie bedingte Reflexe hemmen (Pöldinger 1967, S. 66/67), wäre es besonders bei den jüngeren Patienten sinnvoll gewesen, negative Auswirkungen auf Lernverhalten zu kontrollieren.

2.5. Zusammenfassung der kritischen Erörterung

In den zitierten Untersuchungen wurde beabsichtigt, die Wirkung des Psychopharmakons Haloperidol bei Stotterern zu erproben. Wegen erheblicher Mängel erscheint jedoch keine der Studien geeignet, wissenschaftlich haltbare Aussagen zu machen hinsichtlich der Wirkung von Haloperidol. In Anbetracht dieses Sachverhaltes ist es um so bemerkenswerter, daß manchen Ärzten, möglicherweise allein aufgrund der Mitteilung von Plath/Caspers in »Deutsches Ärzteblatt«, Haloperidol zur medikamentösen Beeinflussung des Stotterns indiziert erscheint.

Literatur:

Von der Herstellerfirma von Haloperidol (Janssen, Düsseldorf) wurde mir folgende Literatur zur Verfügung gestellt:

Gattuso, R., Leocata, A.: Haloperidol zur Behandlung des Stotterns. Übersetzung aus: La Clinica Otorinolaringoiatrica, Vol. XIV, Heft 5, 1962.

Wells, P. G., Malcolm, M. T.: Kontrollierte Untersuchung — Behandlung von 36 Stotterern. Übersetzung aus: Brit. Journ. Psychiat. (1971), 119, S. 603—604.

Rosenberger, P. B., Wheelden, Julie A.: Die Wirkung von Haloperidol auf das Stottern. Übersetzung. Keine weiteren Angaben über Erscheinungsort und Jahr.

Plath, P., Caspers, H.-P.: Erfolgreiche Behandlung des Stotterns mit Haloperidol. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 33, 1975.

Weitere Literatur:

Kanig, K.: Einführung in die allgemeine und klinische Neurochemie. Stuttgart 1973.

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. München 1971.

Pöldinger, W.: Kompendium der Psychopharmakotherapie. Grenzach/Baden 1967.

Schade, J. P.: Die Funktion des Nervensystems. Stuttgart 1971.

Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1974.

Wertenbroch, W.: Hypothesen über hirnpysiologische Mechanismen des Stotterns und seiner Behandlung. In: Die Sprachheilarbeit 18 (1973), S. 108—112.

Anschrift des Verfassers:

Wolfgang Wertenbroch, Sonderschullehrer, Dahlienstraße 10, 4441 Emsbüren.

Gesucht werden

Logopäden(innen)

für eine Tätigkeit in einem Team von Fachärzten für Kinderkrankheiten, Fachärzten für Neurologie, Psychologen, Sozialarbeitern und Heilpädagogen in einer großen Einrichtung für Mehrfach-Behinderte, mit Sonderberatungsstelle, Erziehungsberatungsstelle und logopädischer Ambulanz.

Vergütung erfolgt nach BAT. Bei der Wohnungssuche sind wir behilflich.

Bewerbungen an: Lebenshilfe für Behinderte e. V.,
Bischof-Riegg-Straße 7, 8910 Landsberg/Lech.

Arno Schulze, Marburg/Lahn

Über einige spezielle Aspekte und Methoden eines Sprachanbildungstrainings für Geistigbehinderte

1. Einführung und Problemstellung

Gegenstand unserer Erörterungen und Beispiele sind geistigbehinderte hör- und sprachgeschädigte Kinder, die außerdem meist körperbehindert sind und noch besondere Erlebens-, Verhaltens- und Anpassungsstörungen aufweisen. Es sollen einige spezielle Gesichtspunkte der Sprachbildungsarbeit gezeigt werden, die auch in den Bereichen der Empfindungen und Gefühle sowie auf dem Gebiete besonders der akustischen Wahrnehmungen und im sensomotorischen Sektor liegen.

2. Beispiele unserer allseitigen Entwicklungshilfen bei der Sprachanbildung, Hörsprecherziehung und Sprachförderung

2.1. Vorbemerkung

Unsere Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf das Vorfeld der eigentlichen bisher allgemein üblichen hör- und sprachbehindertenpädagogischen Arbeit. Wir dürfen jedoch in unserer praktischen Tätigkeit und auch aus sprachentwicklungspsychologischen Gründen auf diese Vorfeldarbeit nicht verzichten. Hier sollen daher diejenigen Erziehungs- und Behandlungsmethoden herausgestellt werden, die das mehrfachbehinderte Kind erst sprachtherapiefähig machen und die dazu notwendigen Entwicklungsschritte erarbeiten. Dabei beziehen wir uns auch auf Autoren, die wir bereits in unserem Buche »Zur Sprachanbildung und Hörsprecherziehung Geistigbehinderter« genannt haben (15) — Literaturangaben auf Wunsch vom Verfasser — sowie besonders auf P. Goldschmidt (5).

2.2. Einige Prinzipien unserer Entwicklungshilfen

Neben den an der erwähnten Stelle niedergeschriebenen Grundsätzen haben sich besonders für das Vortraining zur Sprachanbildung und Hörsprecherziehung die im folgenden genannten bewährt. Alle unsere Prinzipien werden noch besonders akzentuiert durch unsere zunächst völlig unvoreingenommenen, voraussetzungslosen und tolerierenden ersten Kontaktaufnahmen mit den Kindern, von denen einstweilig kaum Verzicht und Leistung größeren Ausmaßes gefordert werden.

Nach individuell unterschiedlicher Anlaufzeit unter fast ausschließlicher Anwendung spielpädagogischer und spieltherapeutischer Methoden beginnt die Sprachbildungsarbeit und das Vortraining dazu unter folgenden Gesichtspunkten:

2.2.1. Heranziehung aller Sinnesgebiete zur Erzielung eines erweiterten Gesamtwahrnehmungsbereiches.

2.2.2. Aufsuchen und »Ansprechen« vielseitiger Gefühlsqualitäten.

2.2.3. Alle Trainingsschritte unter möglichst optimaler Lustempfindung vor sich gehen lassen. Es heißt also stets: Lust schaffen, Unlust vermeiden!

2.2.4. Daher möglichst das Kind zu nichts zwingen. Erst nach längerer Zeit bei allzu geringen Fortschritten oder zu langem Verharren auf einer Entwicklungsstufe, die

eigentlich schon überwunden sein müßte, mit »liebvoller, gütiger Konsequenz« vorgehen, etwa im Sinne der »heilpädagogischen Führung« Aspergers (1).

2.2.5. Besonders während der gezielten speziellen Sprachbildungs-Übungsminuten eine allseits angenehme Atmosphäre im Zimmer schaffen (Raumtemperatur, Raumausstattung, entspannte Situation usw.).

2.2.6. In jeder Sitzung möglichst einige positive Kontakte herbeiführen (sozial, gefühlsmäßig, angenehme Empfindungen für das Kind usw.).

2.2.7. Erfinden und Verwenden von Spielen, die möglichst viele Sinne ansprechen und angenehme Empfindungen und Gefühle auslösen können, sowie solche, die den Gesamtwahrnehmungsbereich anregen und erweitern.

2.2.8. Die geringe Zeitdauer der speziellen Sprachbildungs- und Vortrainingsitzungen erst nach und nach steigern. Das Zeitmaximum wird jedoch stets individuell und situationsangemessen anzusetzen sein.

2.2.9. Möglichst viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Erziehung, Unter- richtung und Behandlung einbringen, z. B. auch aus der Farbpsychologie, Sinnes- physiologie und -psychologie, Lernpsychologie, Verhaltenstherapie usw.

2.2.10. Aber auch Mut zeigen zu eigenem, auf ständig reflektierten Praxiserfah- rungen beruhenden »schöpferischen Experimentieren«, also auch zu selbst erfunden- en Behandlungs- und Erziehungsversuchen.

2.2.11. Die Mütter, Eltern, die anderen Bezugspersonen des Kindes und die Mit- arbeiter im Behandlungsteam vom sachangemessenen Sprachbildungsvorgehen überzeugen. Dann als »Therapiehelfer« heranziehen. Dabei wird meist zum Problem, daß hierbei oft stark verfestigte Verhaltensgewohnheiten, Erziehungsstile usw. geändert werden müssen.

2.2.12. Die besondere Berücksichtigung gerade des Gefühlslebens sollte schon durch die örtliche Lage, Baulichkeiten und Innenausstattung einer Behandlun- gseinrichtung ermöglicht und unterstützt werden. So sollte z. B. die Landschaft durch große Türen und Fenster in die Behandlungsräume einbezogen werden (wie im Behinderten-Zentrum Kassel-Wolfsanger). Alle Räume sollten architektonisch, vom Mobiliar her sowie in Wand- und Bodenbeschaffenheit so gestaltet sein, daß den Kindern auch in dieser Hinsicht wohlige Geborgenheitsatmosphäre, aber auch Ent- wicklungsraum und vielseitige Wahrnehmungs-, Empfindungs- und Gefühlsqualitäten vermittelt werden können. Auch die farbliche Gestaltung der Räume, Einrichtungs- gegenstände und Spielzeuge, Geräte usw. sollte dazu beitragen.

2.3. Kurzer Überblick über die generelle Methodik unserer gesamten Sprachbildungsarbeit

Die eigentliche behinderungspädagogische Behandlung und Erziehung des hör- und sprachbehinderten Mehrfachgeschädigten beginnt, wie bereits angedeutet, nach der individuell kürzer oder länger anzusetzenden Beobachtungszeit mit einer gründlichen Information der Mutter oder beider Elternteile, der Mitarbeiter der Behin- derten-Einrichtung usw. über die Gesamt-Sachlage des Kindes (Zusammenfassung aller diagnostischen Resultate und der Beobachtungsergebnisse). Anschließend wird unter anderem auf folgende Faktoren hingewiesen — zuweilen ganz bewußt etwas überspitzt:

2.3.1. Alle Erzieher und Miterzieher des Behinderten müssen *alles von nun an ganz anders machen* (Der heilsame Schock des Andersartigen!), d. h.: *wir alle müssen neu*

und anders mit dem Kind umgehen, es zum Teil ganz anders sehen und erziehen. Daher machen wir erst einmal einen dicken Strich unter das Vergangene: »Das ist jetzt alles vorbei, wir besinnen uns neu!«.

2.3.2. Die vorgenannten Punkte werden dabei so erörtert, daß möglichst keine Schuldgefühle bei den Beteiligten entstehen, weil sie etwa das Bewußtsein bekommen, sie hätten bisher alles falsch gemacht.

2.3.3. Durch den Punkt 2.3.1. soll — und das erklären wir den Mitbehandlern und -erziehern sehr eindringlich — erst einmal eine Phase der Beruhigung und des »Erlöschens« beim Kind und seinen Bezugspersonen eintreten.

2.3.4. Dann erfolgt der (Neu-) Beginn der Behandlung, Erziehung, Unterrichtung und des Trainings mit neuem Mut, Optimismus und mit neuer Hoffnung.

2.3.5. In der nunmehr ersten eigentlichen Behandlungsstunde erhält die Mutter oder/und erhalten die anderen Erziehungspersonen und die Therapiehelfer die erste Ausgabe des entsprechenden Übungsprogrammes (z. B. »Elternbrief Nr. 1«), worin die für notwendig erachteten Erziehungs-, Übungs- und Therapieschritte in einfachen Begriffen und Sätzen, aber dennoch möglichst präzise angegeben sind. Diese Schritte werden in der Beratungs- und Behandlungsstunde dann noch von uns selbst den Eltern und Helfern demonstriert, d. h., wir zeigen in der Arbeit mit dem Kinde, wie es gemacht werden soll (»So sollten Sie bis zur nächsten Sitzung mit Ihrem Kinde mehrmals täglich einige Minuten lang arbeiten!«). An einer möglichst optimalen Form derartiger »Briefe«, Übungsanleitungen und an Ratschlägen im Sinne einer »Hilfe zur Selbsthilfe« usw. arbeiten wir schon seit einiger Zeit an der Universität Marburg mit einer Projektgruppe. Über erste Beispiele wird demnächst in dieser Zeitschrift berichtet.

2.3.6. Etwa alle vier Wochen erfolgt eine neue »Therapie-Sitzung« bei uns im Zentrum, oder wir machen nach dem Vorbild der bekannten »Hauspracherziehung« einen beratenden und therapeutisch-demonstrierenden Hausbesuch.

2.3.7. Die einzelnen Behandlungs-, Erziehungs- und Trainingsschritte gehen dann — behindertenindividualitätsbezogen langsam oder schneller voranschreitend — beispielsweise bis zur Artikulationsverbesserung im Sinne der Anbildung eines phonetisch einwandfreien Sprechkönnens. (Selbstverständlich müssen wir uns bei manchem schwerstmehrfachbehinderten Geistiggeschädigten mit der Erreichung einer einigermaßen verständlichen Sprechweise begnügen, ohne größere artikulatorische oder gar grammatikalische und syntaktische Ansprüche.)

3. Beispiele für das notwendige Vortraining bei der Sprachanbildung und Hörsprecherziehung Geistigbehinderter auf emotionaler, multisensorischer und sensomotorischer Basis

Um erfolgreicher bei der Sprachanbahnung und Sprachförderung bei mehrfachgeschädigten Geistigbehinderten zu werden, müssen möglichst alle von uns herausgestellten Prinzipien und Methoden vollzugsbedacht angewendet werden. Unter Berücksichtigung aller Faktoren sollte man auch zur Behandlung der vielseitigen, die Hör- und Sprachbehinderungen in vielen Persönlichkeitsbereichen begleitenden Störungen beispielsweise wie folgt vorgehen:

3.1. Training der Kontaktfähigkeit

Mit dem Kinde sich zusammen niedersetzen und niederlegen — Mit dem Kinde möglichst stets auf gleiche Augenhöhe kommen; auch sonst ständiger, freundlicher

Blickkontakt — Immer ruhig verhalten und bewegen — Eine langsamere, mittellaut und wohlthuende, wohlhörnde Sprechweise mit begütigender Stimmlage benutzen (emotionale Basis des Sprechkontaktes) — Das Kind tatsächlich so »annehmen«, wie es nun einmal ist — Das Kind zum Spielen anregen, viel vormachen, mitmachen und nachmachen — Anlächeln, mitlächeln und mitlachen — Sich berühren lassen und auch das Kind sanft berühren — Alle Lautäußerungen des Kindes sofort wie ein Echo nachahmen, widerspiegeln — Vorerst jedoch das Kind nicht zur Lautäußerung oder gar zum Sprechen zwingen, auch nicht zu anderen Leistungen. Die Anbahnung und der Ausbau des gefühlsmäßig betonten Sozialkontaktes gehen vor! — Auch diesen Kontakt dem Kinde nicht aufzwingen. Das Kind »von selbst kommen« lassen, höchstens beispielsweise von »Versteck- und Guckspielen« dazu angeregt — Kontaktanbahnung durch improvisiertes Singen und Musizieren — Häufig zarte, schöne Töne und Klänge darbieten und sanfte Musik hören lassen — Zarte Körperberührungen (z. B. Hautkontakt mit kuscheligem Teppich-Bodenbelag oder durch Streicheln), sanfte Klänge und gedämpfte farbige Lichtreize zu angenehmen Empfindungskomplexen kombinieren — Oberstes Prinzip: Jede Kontaktaufnahme, jede dazu dienende Maßnahme und ihre Fortsetzung möglichst im emotional betonten Spiel, alle ablenkenden und verzettelnden Reize fernhalten — Bei allem Geborgenheit vermitteln, aber auch nach und nach Expansionsraum bieten.

3.2. Training des emotionalen Bereiches

Alle Gefühlsäußerungen des Kindes aufmerksam beachten, diese, besonders die positiven, angenehmen, dem Kinde sofort zurückspiegeln — Gefühlsarmen Kindern vielfältige angenehme Sinnesempfindungen und Gefühle vermitteln, Gefühlsäußerungen anregen, unter Umständen provozieren — Zugang zum Emotionalen durch »die Tore der Sinne« suchen — Keine verletzend Kritik am Nichtkönnen oder am Fehlverhalten üben, nur freundlich ermutigen — Wenn ein bestimmtes Fehlverhalten durchaus nicht gebilligt werden kann, Kind nicht bestrafen, sondern, nicht zu erschütterndes Wohlwollen durchblicken lassend, es mit »gütiger, liebevoller Konsequenz« (Asperger) davon abbringen — Erwünschte Gefühlsäußerungen sowie Leistungs- und Verzichtverhalten, das man auch nach und nach verlangen muß, erst materiell, dann symbolisch und am Schluß der Konditionierung auch sozial-emotional belohnen (verstärken) — Der Mutter des Kindes und den anderen Erziehungspersonen über bestimmte Gefühlsqualitäten die Einsicht vermitteln, daß auch von ihr und von ihnen ein besonderes Verhalten verlangt werden muß, wenn das Kind besser hören, sprechen und damit auch denken lernen soll.

3.3. Training der Aufmerksamkeit

Abgesehen von den häufigen täglichen Sprachanbahnungs-Trainings-Minuten sonst für möglichst reizärmere Umgebung sorgen (gegen Reizüberflutung vorgehen) — Zunächst nur wenig, jedoch viele Sinne ansprechendes Spielzeug anbieten — Darbieten von Geräuschen, Tönen, Klängen, Stimmen, Lichtreizen, Farben, Bildern, Modellen, Gegenständen usw. Auf diese muß das Kind lernen, jeweils in bestimmter Weise zu reagieren — Aufmerken muß Gewohnheit werden! — Nach gelungener Aufmerksamkeitsgewohnheitsbildung im Behandlungsraum allmählich mit diesem Training in die »normale« Reiz-Umgebung gehen.

3.4. Training der Konzentration

Zunächst muß das Kind lernen, sich wenige »Sekunden« auf etwas zu konzentrieren, dies zum Beispiel aufmerksam ansehen, damit hantieren, spielen usw. — Unter Umständen ist es zu diesem Zweck sogar einen kurzen Augenblick festzuhalten, am

Platz zu fixieren. Dabei sollte man allerdings dem Kinde liebevoll und freundlich zusprechen und es etwa mit der einen Hand halten und mit der anderen begütigend streicheln — Dicht beim Kinde sitzen oder es im Arm halten, mit ihm gemeinsam bestimmte Gegenstände, Modelle und später auch einfache Bilderbücher ansehen. Die Gegenstände auch vom Kinde berühren, betasten, belecken und beriechen lassen.

Beim Bilderbuchbetrachten soll zunächst das Kind nicht selbst umblättern, es soll nur auf den von uns benannten abgebildeten Gegenstand mit dem Finger zeigen. Dabei das Kind dicht am Ohr, an der Wange oder am Nacken unter Fühlenlassen des warmen »Stimmatemstromes« mit freundlich-gefühlbetontem Stimmklang emotional getönt »berieseln« (Hier gibt es Überschneidungen mit dem Wahrnehmungs-, Empfindungs- und Gefühlsbereich. Das Heranziehen dieses Bereiches dient aber auch der Konzentrationsschulung: das Kind wird so länger und leichter bei einer Sache gehalten.) — Durch eine gewisse »heilpädagogische Führung« (Asperger) das Kind zum Verweilen und zur Ausdauer »liebevoll-konsequent« hinführen — Aus einer kleinen Zahl von Spieldingen das Kind einen Gegenstand wählen lassen, es dann unter Umständen auch gütig-energischer dazu bringen, einige Minuten nur mit diesem Gegenstand zu spielen.

3.5. Training der Körperbewegungen, der Handbetätigung, der Gesichts- und Zungenbewegungen (Grob- und Feinmotorik)

Des Kindes Arme, Beine, Hände und Finger bewegen, wenn es dies von selbst nicht tut — Das Kind auffordern und anspornen, selbst seine Glieder zu bewegen — Ein noch nicht eigenaktiv kriechen könnendes Kind hinlegen und zum Kriechenlernen vorwärts schieben. Dabei Arme und Beine in Kriechstellung bringen und bewegen — Zur Übung der Handmotorik viele Gegenstände betasten und aufnehmen lassen, verschiedene Spiele dazu benutzen — Zur Anregung der Gesichtsbewegungen viel lustige Grimassen schneiden lassen — Verschiedene Kiefer-, Lippen- und Zungenübungen vornehmen — Kauübungen mit schmackhaften Eßdingen — Zusammenarbeit mit Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin, Heranziehung der »Eß-Therapie«.

3.6. Training einzelner Sinnesgebiete

3.6.1. Geruch und Geschmack

Gelegenheiten bieten zum vielfältigen Riechen, Lecken, Schmecken — Dem Kinde angenehme Geruchs- oder Geschmacksempfindungen mit akustischen, optischen und Berührungsreizen koppeln.

3.6.2. Tastgefühl

Von zarten punktuellen Berührungsreizen bis zum totalen Hautkontakt führen, d. h. beispielsweise, das Kind wenig bekleidet auf angenehm kuschliger Unterlage wälzen lassen — Alle derartigen Berührungsreize unter wohltuenden Temperaturbedingungen vornehmen: an kühlen und kalten Tagen warme Raumtemperatur und mollig-weiche Körperunterlagen, an warmen oder gar heißen Tagen dunkel-kühles Raumklima und glatte kühle Unterlagen bieten (z. B. Plastik- oder Ledermatte) — Andere Sinnesgebiete, andere Wahrnehmungsqualitäten mit heranziehen, etwa im Spiegel das Kind sehen lassen, wo das Tastgefühl bei bestimmten Aufgaben und Verrichtungen lokalisiert ist.

3.6.3. Vibrationsempfindung

Besonders bei stark Schwerhörigen und Gehörlosen: Vermittlung durch starke Lautsprecherbässe, unter Umständen noch zusätzlich über Kopfhörer — Wir fördern so

auch bei Gehörlosen noch ein gewisses »Lauterleben« — Die Kinder sollen sich auch selbst als Vibrationserzeuger = Lauterzeuger betätigen — Hinführung zum Rhythmus durch Vibrationsempfindung — Vibrationen wiederum mit anderen Sinnesreizen koppeln, z. B. bei Sprachbehinderten und Hörbehinderten: Abtasten und somit »Erfühlen« von Vibrationen im Hals- und Kehlkopfbereich bei der Stimmgebung; Differenzierung von stimmhaften und stimmlosen Lauten usw.

3.6.4. Kinästhetisches Empfinden

Gähnen-, Stöhnen-, Seufz-Übungen und übertriebene Artikulationsbewegungen ausführen lassen — Sprechatemstrom empfinden lassen nach Lutschen von Pfefferminzbonbons — Alle Übungen durch »In-den-Spiegel-sehen« optisch unterstützen, ebenso taktil durch Abtasten der Artikulations- und Atembewegungen — Überdeutliches Aussprechen von Lauten, Silben, Wörtern, Sätzen — Die Mundhygiene (Zähneputzen, Mundausspülen, Gurgeln) bietet gute Ansätze zum »Erfühlen« der Artikulationsbereiche und -organe (Sprechmotorik).

3.6.5. Sehen

Das aufmerksame und konzentrierte *Schauen* einüben — Übung der bewußten Blickzuwendung — Wenn das Kind dort hinsieht, wo man es wünscht, es mit Süßigkeit belohnen (Kopplung mit Geschmacksempfindung) — Kind »Schönes« erblicken lassen, dabei gleichzeitig »schönen« Klang ertönen lassen (Kopplung mit akustischen Reizen) — Lehren, die Augenbewegungen wahrzunehmen durch nach links und rechts Sehen — Für angemessenes Sitzen, richtige Beleuchtung sorgen — Fixieren üben — Durch Lupen schauen — Nicht nur bewußt und aufmerksam sehen, sondern gleichzeitig betasten, riechen, schmecken lassen — Wiederum Abtasten und Absehen der Artikulationsbewegungen vornehmen — Raumwahrnehmung und Raumbezeichnungen erlernen lassen durch Umherkriechen (auf angenehm zu empfindender Unterlage!) mit bewußtem Sehen verbinden, aber auch mit Betasten, Beriechen, Belecken — Nähere oder fernere Dinge zusätzlich durch verschiedene Farben, Zeichen oder Töne kennzeichnen — Aufmerksamkeit auf die Mimik lenken. Abtasten des Gesichts beim »In-den-Spiegel-sehen« — Erziehung zur »Antlitzgerichtetheit«.

3.6.6. Hören

Akustische Aufmerksamkeit wecken (Erziehung zur »Hörgerichtetheit«): Wenn das Kind auf Akustisches aufmerksam lauscht, sich der Lautquelle zuwendet, es sofort belohnen mit Süßigkeit, mit einem kleinen Spielzeug oder mit Streicheln und emotionaler Zuwendung — Hörerfahrung, Erweiterung des Sprachschatzes, Sprachverstehen ermöglichen — Sprechen lassen und das Kind sich dabei selbst hören lehren (Rückmeldung) — Hörtraining nach *Beckmann* und *Schilling* (4) — Dem Kinde angemessenes, aber Interesse und Lust weckendes, deutlich artikuliertes Sprachangebot geben — Ausnutzen aller Hörreste, verstärkt durch Absehen, Abtasten, durch Skizzen, Bilder, Modelle, Farben, Gerüche usw. — Verwendung von Sprachtafeln und Sprachsehgeräten — Verstärkerapparate anwenden — Lust am Hören und Zuhören (bewußtes Lauschen) wecken, ausbauen und erhalten mit Hilfe von weiteren und zusätzlichen angenehmen Empfindungen, z. B. bei sommerlicher Hitze in dämmerig-kühler, angenehmer Raum-Geruchsatmosphäre (Fichtennadel-Raum-spray).

3.6.7. Sprechen

Zwang zum bloßen Nachsprechen möglichst vermeiden — Freude wecken an vom Kinde selbst mit Hilfe von Dingen und der eigenen Stimme produzierten Geräuschen, Lauten, Tönen, Klängen, Melodien, Liedern usw. — Produzieren von »Urlauten« in bestimmten emotionalen Lagen und unter bestimmten Empfindungen, z. B. wohliges

Stöhnen, behaglich-müdes Gähnen, zufriedenes Grunzen, schmatzendes Kauen usw. — Nachahmen von Tierlauten beim spielerischen Darstellen der Tiere — Verwendung von pantomimischen, kinästhetischen Hilfen usw., z. B. Lautgebärden, Handzeichen, Sprechfühlen — Benutzen farbiger, duftender, tönender und klingender Sprachsymbole — Endziel des Sprech- und Sprachvortrainings: Nach Möglichkeit Hinführung zur Anbildung einer einigermaßen deutlichen Artikulation und zum besseren Wort- und Satzgebrauch.

4. Das übergreifende Hauptprinzip der Gefühlsbetonung und die Miteinbeziehung der Sinne

Wir erinnern hier noch einmal daran, daß das Vortraining und alle weiteren Lernschritte und Übungen immer verbunden werden müssen mit zärtlicher Körpernähe, Streicheln und dem akustischen »Berieseln« mit sanftem, warmen Stimmklang. Bei jeder Übung sollen auch möglichst viele Sinne angesprochen und beteiligt werden.

5. Zusammenfassung und Schluß

Wir wollten mit unseren praktischen Hinweisen Beispiele der Sprachanbildung bei schwerstmehrfachgeschädigten Geistigbehinderten bieten. Dabei wurde die Vortrainingsphase unter Heranziehung von u. a. emotionalen, auditiven und sensomotorischen Therapiefaktoren besonders berücksichtigt.

Unsere Hauptausführungen befaßten sich dann mit der zu erzeugenden positiven Gefühlsbasis sowie mit Behandlungs- und Erziehungsbeispielen, die andeuten sollten, wie die verschiedensten Sinnesgebiete, Empfindungsbereiche und besonders auch die Sensomotorik im Therapieganzen ihren Platz finden müssen. Dazu ist abschließend festzuhalten, daß liebevolle Zuwendung, gegebenenfalls höchstens gütig-konsequente heilpädagogische Führung die Grundlage bilden für die Erlangung einer Kontaktbereitschaft und einer Sinnes-Genußfähigkeit, die von Körperberührungsreizen über vielseitigste Wahrnehmungs- und Empfindungskoppelungen einmal vielleicht bis zur von zärtlicher Zuwendung und emotionaler Bindung getragenen Dialogform reichen könnten. Eine derartig verbreiterte Basis verspricht erst eine erfolgreichere Anbildung von Sprache bei sonst sprachlos oder spracharm bleibenden schwer geistigbehinderten Kindern.

Literatur:

- (1) Asperger, H.: Heilpädagogik. Wien (Springer) 1956².
- (2) Atzesberger, M.: Sprachaufbauhilfe bei geistig behinderten Kindern. Berlin-West (Marhold) 1970².
- (3) Bach, H.: Geistigbehindertenpädagogik. Berlin-West (Marhold) 1968.
- (4) Beckmann, G., u. A. Schilling: Hörtraining. Stuttgart (Thieme) 1959.
- (5) Goldschmidt, P.: Sprachleistungen, frühkindliche Enzephalopathie und logopädische Behandlungsgesichtspunkte. In: De infantiele Encephalopathie. Kongreßbericht Amersfort 1972.
- (6) Josef, K.: Musik als Hilfe in der Erziehung Geistigbehinderter. Berlin-West (Marhold) 1967.
- (7) Josef, K.: Lernen und Lernhilfen bei Geistigbehinderten. Berlin-West (Marhold) 1968.
- (8) Josef, K., u. G. Böckmann: Spracherziehungshilfen bei geistig behinderten und sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin-West (Marhold) 1969.
- (9) Kiphard, E. J.: Die Förderung der Bewegungsentwicklung beim geistig behinderten Kind. Lebenshilfe, 6 (1967) 3, S. 122—128, und 4, S. 174—180.
- (10) Levinson, A., u. A. Sagi: Das geistig behinderte Kind. Freiburg i. Br. (Lambertus) 1967.
- (11) Michels, J.: Frühe Spracherziehung für hörgeschädigte und sprachentwicklungsgestörte Kinder. Berlin-West (Marhold) 1973.

- (12) Schmidt-Thimme, Dorothea: Chancen für ihr geistig behindertes Kind. Heidelberg (Kemper) 1970.
- (13) Schulze, A.: Zur Versorgung geistig behinderter Hör- und Sprachgeschädigter. Zeitschrift für Heilpädagogik, 13 (1967) 6, S. 348—351.
- (14) Schulze, A.: Zur schulischen und beruflichen Eingliederung mehrfachgeschädigter Kinder und Jugendlicher. In: Tagungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V., München 1968, S. 147—150.
- (15) Schulze, A.: Sprachanbildung und Hörsprecherziehung bei Geistigbehinderten. Bonn-Bad Godesberg (Dürr) 1972.
- (16) Schulze, A.: Bericht über die Frühförderung mehrfachgeschädigter hör- und sprachbehinderter Kinder in einer Beratungs- und Behandlungsstelle für Risiko-Kinder und in einem Körperbehinderten-Zentrum. Die Sprachheilarbeit, 19 (1974) 6, S. 196—200.

Anschrift des Verfassers:

Arno Schulze, Studienrat im Hochschuldienst an der Universität Marburg, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1.

Umschau und Diskussion

Fortbildungstagung 1976 der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.

Die Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V., Berufsverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, hielt in der Woche vom 22. bis 27. März 1976 in Schloß Eldingen ihre diesjährige Fortbildungstagung ab, unter dem Thema »Der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer in der Therapie«.

Die 1. Vorsitzende, Frau Saatweber, begrüßte am Montagnachmittag die Gäste und konnte ihrer Freude über die rege Teilnahme Ausdruck geben.

Eröffnet wurde die Tagung mit einem Rundgespräch zu dem Tagungsthema. Über einige einleitende Gedanken von Frau Saatweber und Frau Uffelmann ergab sich bald eine rege Diskussion, in der folgende Brennpunkte deutlich wurden: Begriffsklärung von Therapie, therapeutisches und pädagogisches Arbeiten als scheinbare Gegensätze im Berufsverständnis des ASSL, Klärung des Selbstverständnisses und einer zeitgemäßen Zielsetzung im Hinblick auf berufliche Notwendigkeit und überliefertes Erfahrungsgut.

Am ersten Tag referierten die Kolleginnen Giesela Bröcker, Bevensen, und Dagmar Tuschy, Berlin, über Therapiemöglichkeiten bei speziellen Fällen. Beide Kolleginnen demonstrierten anhand von Fällen aus ihrer Praxis Möglichkeiten in der Stimmtherapie. Während Frau Bröcker mehrere Beispiele und

Möglichkeiten aufzeigte, entwickelte Frau Tuschy den ganzen folgerichtig aufgebauten Fortgang einer Behandlung bei einem Fall von beidseitiger Internusparese sowie rechtsseitiger Stimmbandverdickung. Sie konnte berichten, daß trotz des ausgeprägten organischen Befundes die Stimmübungsbehandlungen zu einer vollständigen Heilung führten. Die von ihr angewandten Übungen, die auf einen rhythmischen Atem- und Bewegungsablauf abzielten, wurden angesetzt aus der Kenntnis heraus, daß eine Stimmstörung Ausdruck einer tiefer liegenden Persönlichkeitsstörung ist.

Frau Waltraud Seyd, früher Düsseldorf, jetzt Bergen, berichtete aus ihren reichen Erfahrungen in der Sprachheiltherapie unter dem Thema »Gezielte Beobachtungen zur Differentialdiagnose bei Sprachentwicklungsverzögerungen«. Sie legte umfangreiches geordnetes Material zur Hilfe für die Diagnostik bei Sprachstörungen vor. Die Ergebnisse der Beobachtungen dienen dem zu erstellenden Therapieplan. Die Beobachtungen erstrecken sich auf die Bereiche Hören, Motorik, Erfassen von Strukturen, Mengenauffassungen, Spontansprache, Kurzzeitgedächtnis und Musikalität. Ferner sind zu nennen Anleitungen zum Erfassen der Lebensgewohnheiten, der kindlichen Reaktion, der Umwelt des Kindes sowie zur Lautüberprüfung mittels vorgegebener Bilderserien.

Frau Gertrude Schümann, Neustadt-Titisee, gab in ihrem Referat aufschlußreiche Aspekte

unter dem Thema »Singen als Therapie«. Die therapeutische Wirkung des Singens wird erreicht nicht allein durch die Intensivierung der Atmung. Im Singen fließen alle Regenerationswege zusammen, das Kreisen des Blutes, das artikulierte Sprechen, die Tonsprache, die schwingende Luft, die rhythmische Bewegung der Muskulatur. Die unspezifische Therapie, die auf die Stärkung der Abwehr- und Heilkräfte im Körper gerichtet ist, kann sich keines besseren Mittels als der Stimmübung bedienen.

Ebenfalls unter dem Thema »Singen als Therapie« vermittelte Frau Verena Rauschnabel, Hamburg, einen Überblick über musiktherapeutische Möglichkeiten und Methoden. Sie gab hiermit Einblicke in die teilweise wissenschaftlich erforschten Gebiete der psychomotorischen Wirkungen, die von den musikalischen Elementen und dem Singen ausgehen. Sie schloß ihr Referat mit der Darstellung eines praktischen Falles.

Am Freitagmorgen verlas Frau Saatweber, Wuppertal, ein kurzes Referat zum Thema »Berufs- und Rechtskunde«. Auch diese Darstellung wurde sehr begrüßt, weil hiermit vielfach vorhandene Fragen beantwortet werden konnten. Es ging um die Patientenkartei, um Versicherungen und Buchführungsfragen, Werbungskosten sowie um Bestimmungen aus dem Einkommensteuergesetz und dem Umsatzsteuergesetz.

Am Freitagabend sprach Herr Schulz, Hamburg, als Vertreter der DAG. Er informierte über die Aufgaben der Gewerkschaft und erläuterte die speziellen Fragen, die auftauchen bei der Eingruppierung des Atem-, Sprech- und Stimmlehrers in den BAT.

An allen Tagen gab es wie auch im Vorjahr für alle Teilnehmer Einzelstunden in Stimmfunktionsübungen beim Singen oder Sprechen. Die Gelegenheit, bei den direkten Schülern von Frau Schlaffhorst und Frau Andersen Unterricht zu nehmen, wurde gerade von den jüngeren Kollegen mit Freude genutzt.

Der Tag begann mit den partnerschaftlichen Atem- und Bewegungsübungen, die wir Schwingen nennen. Gemeinsame Chor- und Bewegungsstunden waren an allen Nachmittagen angesetzt und erfreuten sich wieder reger Teilnahme.

Ein aus dem Stegreif arrangierter Vortragsabend, an dem sich die zu einem Kursus im Haus verweilenden Sprecherzieher beteiligten, endete mit einem geselligen Beisammensein.

Den Abschluß der Tagung bildete der Vortrag von Prof. Dr. Kittel, Erlangen, über das Thema

»Ursachen pathologischer Stimmen«. Er verwies darauf, daß die menschliche Stimme von Anfang an angelegt ist und bereits der erste Schrei das Wesen der Stimme erkennbar machen kann. Reiches Bildmaterial vom Kehlräum demonstrierten Befunde anlagebedingter, organischer und funktioneller Stimmstörungen.
Margarete Saatweber

Internationale Sonnenberg-Tagungen 1976 zum Problemkreis »Rehabilitation der Behinderten«

1) 28. 8.—6. 9. »Rehabilitation der Lernbehinderten und geistig Behinderten«

Für heranwachsende Lernbehinderte und geistig Behinderte ist es oft besonders schwierig, einen angemessenen Platz in der Berufswelt zu finden. Diese Tatsache zwingt zu Überlegungen zu jenen Rehabilitationsbereichen, die vor der beruflichen Rehabilitation ansetzen, also zur medizinischen, edukativen und sozialen Rehabilitation. Wirkliche Erfolge sind nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit erreichbar. Das gilt auch für die soziale Eingliederung lernbehinderter, und es gilt in verstärktem Maße für die Eingliederung geistig behinderter Kinder. — Auf dieser Tagung sollen die hierbei anfallenden Aufgaben der Ärzte, Lehrer, Psychologen, Sozialarbeiter sowie aller anderen an diesem Prozeß Beteiligten dargelegt und diskutiert, es sollen gleichzeitig Erfahrungen des Auslands bei der Rehabilitation der in ihrer kognitiven Entwicklung beeinträchtigten Schüler ausgewertet werden.

2) 5.—13. 10. »Verhaltensstörungen und ihre Erkennung und Behand- lung als multidisziplinäre Aufgabe«

Das vermehrte Auftreten von Verhaltensstörungen stellt Wissenschaftler wie Praktiker der Rehabilitationsarbeit vor Aufgaben, die nur im engen Zusammenwirken aller berührten Fachdisziplinen zu bewältigen sind. — In der Tagung werden die auffälligen Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter darzustellen sein. Die Vertreter der einzelnen Fachgebiete sollen über ihre Möglichkeiten der Diagnostik, Beurteilung und Erkennung der Verhaltensstörungen berichten und Wege aufzeigen, wie eine polyzentrische Therapie durchführbar ist.

3) Spätherbst »Berufsfindung und berufliche Eingliederung für körper- behinderte Jugendliche«

Die berufliche Eingliederung schulentlassener Körperbehinderter stellt die Betroffenen wie die damit Befassten vor vielschichtige Probleme. In den letzten Jahren gewinnt die Konzeption einer regional orientierten, dezentralisierten Lösung an Konturen. Diese Konzeption versteht sich nicht als konträres, vielmehr als komplementäres System zu den großen überregionalen Rehabilitationszentren. Die körperbehinderten Jugendlichen eines bestimmten Umkreises sollen in der Region und mit den Kräften der Region beruflich und sozial rehabilitiert werden, d. h. die vorhandenen Bindungen an Familie, Nachbarschaft, Heimatort, Landschaft und Sprache werden durch die Eingliederungsmaßnahmen nicht aufgelöst, sondern aufgebaut und gefestigt. Dies freilich kann nur gelingen unter Aufhebung der gesellschaftlichen Anonymität. — Es sollte Aufgabe der Tagung sein, ein solches Konzept vor dem Hintergrund der trotz hervorragender Sozialhilfegesetze bitteren Verhältnisse modellhaft darzustellen und die Bedingungen seiner Realisierung zu definieren.

Wir weisen außerdem noch auf die folgende Tagung hin:

- 4) 14.—23. 10. »Probleme der Sozialarbeit in der Industriegesellschaft«

Tagungsstätte:

Internationales Haus Sonnenberg,
3424 St. Andreasberg/Oberharz

Anmeldung bei:

Geschäftsstelle des Internationalen Arbeitskreises Sonnenberg,
Postfach 2940, 3300 Braunschweig.

Tagungsbeitrag:

für die Tagung unter 1): 195 DM einschließlich Unterkunft, Verpflegung, Sonderbus ab und zurück nach Bad Harzburg sowie Harzrundfahrt bzw. Exkursion, 160 DM für Studenten, Schüler und junge Berufstätige in der Ausbildung,

für die Tagung unter 2): 175 DM bzw. 140 DM,
für die Tagung unter 3): 155 DM bzw. 120 DM,
für die Tagung unter 4): 165 DM bzw. 140 DM.

Sommerkurs

Lehrpraxis Musikalischer Sozial- und Heilpädagogik

Das Institut für Musikalische Sozial- und Heilpädagogik am Mozarteum in Salzburg veranstaltet vom 29. Juli bis 5. August 1976 in Salzburg einen Sommerkurs für Sonderschullehrer, Sozial- und Heilerzieher, Ärzte und Therapeuten, der in die Lehrpraxis musikalischer Sozial- und Heilpädagogik einführt. In- und ausländische Dozenten und Referenten werden in Kursen, Arbeitsgemeinschaften, Vorträgen und Filmvorführungen in den Umgang mit Instrumenten und Methoden der Elementaren Musik- und Tanzerziehung im Anwendungsbereich der Behindertenpädagogik einführen. Die Leitung des Kurses hat Professor Wilhelm Keller (Salzburg) in Zusammenarbeit mit Pierre van Hauwe (Delft, Niederlande) und Professor Dr. Hans Wolfgang (Dortmund, BRD).

Anmeldung und Auskünfte über Orff-Institut, A—5020 Salzburg, Frohnburgweg 55, Österreich, Telefon (0 62 22) 2 01 09.

Würdigung und Nachruf

Zum Tode von Paul Lüking

Am 27. April 1976 verstarb unser Kollege, der Rektor i. R. Paul Lüking, im Alter von 82 Jahren. Er war Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und Ehrenvorsitzender der »Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins«, Vorläuferin der Berliner Landesgruppe.

Was steht hinter diesen Auszeichnungen? Vielfältige Leistungen sind mit seinem Namen verbunden. Drei Ergebnisse von überregionaler Bedeutung für die Sprachbehindertenpädagogik ragen heraus:

Schon frühzeitig (1929) wurde er durch seinen Lautstreifen bekannt. Dieser wurde so praxis-

gerecht konzipiert, daß er noch heute Verwendung findet.

Als im März 1956 »Die Sprachheilarbeit« erschien, wußten nur Eingeweihte, daß Lüking die Gründung der Zeitschrift angeregt, betrieben und schließlich durchgesetzt hatte.

Anläßlich der 3. Tagung der »Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland«, Berlin 1958, veröffentlichte er die von ihm konzipierte und »Die Vier Kreise« genannte Stottertherapie, ein auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von Sprachbehindertenschulen zugeschnittenes, in sich geschlossenes Therapiesystem.

Um Lüking und sein Werk verstehen zu können, muß man wissen, daß er ein entschie-

dener und empfindsamer Sprachheillehrer war. Immer hatte er die therapeutische und unterrichtliche Situation einer Klasse sprachbehinderter Kinder vor Augen. Das Schicksal dieser geschädigten Kinder berührte ihn zutiefst und war die Wurzel seiner Hilfsbereitschaft. Seine Arbeit war geprägt durch seinen Blick für die Notwendigkeiten, durch sein Bedürfnis, sachgerecht und fachkompetent sprachbehinderten Kindern helfen zu wollen, und durch sein organisatorisches Geschick und Durchsetzungsvermögen. Gegenüber seinen Mitarbeitern war er ein hilfsbereiter und verständnisvoller Kollege.

Er hat ein aktives Leben geführt. Von Jugend an fesselte ihn der romanische Kulturkreis. Er war ein gesuchter Michelangelo-Kenner und gehörte dem »Dante-Studienkreis« an. Viele Jahre war er Präsident der »Internationalen Amateurfotografen-Union« und bis vor kurzem Schriftführer des »Berliner Bibliophilen Abend«. Darüber hinaus war die Sprachheilpädagogik ihm Beruf und Lebensaufgabe.

Hier einige Daten:

- 1929 Herausgabe des Lautstreifens und der Prüfworttafel
- 1951 bis 1965 Lehrbeauftragter für Sprachheilpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Berlin
- 1953 Gründung der »Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins«, Vorsitz bis 1963
Rektor der »Schwerhörigen- und

Sprachheilschule Charlottenburg« (spätere Helen-Keller-Schule) bis 1959

- 1956 Vorbereitung und Herausgabe der »Sprachheilarbeit«
- 1957 Herausgabe des B-Streifens und der Symptomtabelle
- 1958 Vorbereitung und Durchführung der 3. Arbeitstagung der »Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland«, Berlin
Vorstellung und Veröffentlichung der »Vier Kreise«
Wahl zum 2. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft und Tätigkeit im Geschäftsführenden Vorstand bis 1964
- 1959 Aufbau der Beratungsstelle in Berlin-Tempelhof und Tätigkeit bis 1971
- 1963 Ehrenvorsitzender der »Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins«
- 1964 Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik

Nach seiner Pensionierung hat Paul Lüking mit Kollegen an einer differenzierten Darstellung seiner Stottertherapie gearbeitet. Ein Vorhaben, das bis auf kleine Lücken abgeschlossen ist. Es ist zu wünschen, daß dieses Werk vollendet und über seinen Tod hinaus für ihn sprechen wird. Die Landesgruppe Berlin wird ihrem hervorragenden Mitglied ein ehrendes Andenken bewahren.

Für die Landesgruppe Berlin
Trieglaff

Bücher und Zeitschriften

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Fachkräften in der Rehabilitation. Bericht über die Arbeitstagung der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. in Bremen vom 24. bis 26. April 1974. Herausgegeben von H. J. Diehl, K.-A. Jochheim und M. Moleski-Müller. Zu beziehen durch: Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., Friedrich-Ebert-Anlage 9, 6900 Heidelberg.

Der 218 Seiten umfassende Bericht stellt in ausführlicher Form die Gegebenheiten und Wunschvorstellungen in bezug auf die Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung der im Bereich der medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation tätigen Fachkräfte dar.

Nach zwei Grundsatzreferaten über Kommunikationsprobleme, Krise und Reform des Sy-

stems der Rehabilitationsfachkräfte und ihrer Ausbildung werden die entsprechenden Aspekte in 6 Arbeitsgruppen erörtert. Die Arbeitsgruppen gliedern sich nach folgenden Bereichen: Krankenhaus und andere medizinische Einrichtungen, Schule, berufliche Rehabilitation, Freizeit, Beratungsdienst sowie Bauen und Wohnen.

Im letzten Abschnitt wird über die Sitzungen der zwölf beruflichen Fachgruppen Arzt, Beschäftigungstherapeut, Krankengymnastik, Krankenschwester/-pfleger, Logopäde, Psychologe, Rehabilitationsberater, Sonderpädagoge, Soziologe, Sportlehrer und Theologe berichtet.

In die Zukunft weisende Orientierungsrichtungen aus internationaler Sicht schließen den Bericht ab.

Für den Sprachheillehrer werden die Ausführungen über die im schulischen Bereich tätigen Fachkräfte sowie die Forderungen der beiden Fachgruppen Logopäde und Sonderpädagoge von besonderem Interesse sein.

So wird u. a. für die Ausbildung des Sonderschullehrers ein integriertes Studium gefordert, das die erste und zweite Phase in einem verstärkten Theorie-Praxis-Bezug zusammenfaßt. Wegen der gegenwärtigen qualitativen und quantitativen Unterschiede wird eine Vereinheitlichung seines Berufsbildes angestrebt.

Auch von den und für die Logopäden werden qualitative und quantitative Verbesserungen gefordert. Allerdings werden zur Kennzeichnung der gegenwärtigen Situation und zur Begründung ihrer Forderung Zahlen und Fakten angeführt, die den Tatbestand unterschlagen, daß in allen Bundesländern einige Tausend akademisch ausgebildete Sprachheillehrer sowohl im schulischen als auch im außerschulischen Bereich für Sprachbehinderte tätig sind.

Insgesamt bietet der vorliegende Bericht einen informativen Einblick in das breite Spektrum der in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen und ihre berechtigten Forderungen zur Verbesserung der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Abschließend sei die Anmerkung gestattet, daß meistens zwischen dem

Zeitpunkt des Stellens einer Forderung und dem ihrer Realisierung ein langer und beschwerlicher Weg liegt.

K. H. Hahn

Beyer/Knötzing: Wahrnehmen und Gestalten. Anleitung zur Kunst- und Werkerziehung für Eltern, Lehrer und Erzieher. Bardtenschlager Verlag, München 1975. 232 Seiten, 120 ein- und mehrfarbige Abbildungen. Kartoniert 19,80 DM.

Gert Beyer, Dozent an der Fachakademie für Sozialpädagogik, hat ein Buch geschrieben. Zusammen mit seinem Erlanger Kollegen Maximilian Knötzing brachte der 40jährige Maler und Kunsterzieher Gedanken und Erkenntnisse über »Wahrnehmen und Gestalten« zu Papier. »Eine Anleitung zur Kunst- und Werkerziehung für Studierende, Eltern, Lehrer und Erzieher« lautet der Untertitel des Buches, das der Bardtenschlager Verlag in München in seiner »Sozialpädagogischen Studienreihe« veröffentlicht hat. Es enthält 120 zum Teil farbige Abbildungen und umfaßt 232 Seiten; 19 davon sind allerdings leer: Benutzer des Buches werden gebeten, auf ihnen eigene Erfahrungen und Erfindungen zu notieren.

Denn es ist ein Buch, das nicht nur einmal gelesen, sondern laufend benutzt sein will: eine

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

18 Folgen in Einzelheften und als Sammelband

Bildgeschichten

zur Sprachförderung und Überwindung der Sprachnot

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

Beratungsschriften für Eltern

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag

Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Arbeitsunterlage, die methodische Anmerkungen zu den erprobten und möglichen Zeichen-, Mal-, Werk- und Gestaltungspraktiken herausstellt und exemplarische Beispiele gibt, wie diese pädagogisch sinnvoll in der Praxis angewandt werden können.

Dem nachschöpferischen Prinzip wird das selbstschöpferische entgegengesetzt: Das Stichwort heißt Kreativität. Daß dies kein Luxus ist, macht eine zwei Seiten umfassende Montage aus Stellenanzeigen großer Zeitungen deutlich. Sie unterstreicht, daß Kreativität heutzutage nicht nur von Managern, sondern schon von Sekretärinnen erwartet wird.

Beyer und Knötzing definieren Kreativitätserziehung als die Möglichkeit, jungen Menschen durch selbstschöpferisches Tun zu ihrer ästhetischen, seelischen, geistigen und körperlichen Formung zu verhelfen. »In unserem sozialpädagogischen Erziehungsbereich«, so betonen sie, »muß der Aspekt der Lebensbewältigung im Vordergrund stehen.« Also nicht Kunst um der Kunst willen, sondern Kreativität als Lebenshilfe. Beyer spricht von therapeutischen Wirkungen: Eines seiner Ziele liegt darin, das soziale Anpassungs- und Durchsetzungsvermögen von Kindern und Jugendlichen zu stärken.

Das »Wahrnehmen und Gestalten« setzt schon im Kleinkindalter ein. Knapp, doch sehr genau geben die Autoren Auskunft über die Entwicklung kindlicher Darstellungs- und Gestaltungsweisen — nützliche Ratschläge für »kindgemäße« Erziehung. »Das Kind stellt nicht dar, was es weiß«, heißt es dazu. Deshalb gebe es für das Kind auch kein »falsch« oder »richtig«. Beyer und Knötzing fordern auf zum »Suchen und Finden« und damit zum »Erkennen mit allen Sinnen«. Ihr Appell »Werde sensibel« meint »die geistigseelische Haltung des Offen-seins für die Aufforderungen und Herausforderungen der Umwelt«. Beides zusammen — Sinneserfahrung und die Bereitschaft dazu — macht uns fähig, kritisches und anspruchsvolles Verhalten immer weiter zu entwickeln.

Ralf Sziegoleit

M. Führung, O. Lettmayer, W. Elstner, H. Lang:
Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Österreichischer Bundesverlag, Wien, 6. Auflage, 1976. 180 Seiten, kartoniert, 18,30 DM (mit Hörerschein eines auszubildenden Instituts 14,60 DM).

Dieses Buch braucht den Fachleuten eigentlich nicht mehr vorgestellt oder empfohlen zu

werden. Wir verweisen auf die Besprechung der 5. Auflage in »Die Sprachheilarbeit«, 1974/1, deren positive Bewertung auch für die Neuauflage uneingeschränkt gilt.

Ganz besonderen Wert hat das Buch für den Studierenden, da es in klarer und verständlicher Sprache knapp unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse informiert.

Seit 25 Jahren hat der »Führung-Lettmayer«-junge Sprachheilpädagogen auf ihrem beruflichen Werdegang begleitet und ist auch erfahrenen Praktikern ein wertvolles Nachschlagewerk gewesen. Es ist trotzdem stets aktuell geblieben. Für die 6. Auflage belegen das die auf 35 Seiten vorgenommenen Textänderungen und das ergänzte und überarbeitete Literaturverzeichnis. Die Termini Agrammatismus/Paragrammatismus sind durch die Bezeichnung Dysgrammatismus ersetzt. Ein umfangreiches Sachregister, das den Gebrauch des Buches erleichtert, ist neu aufgenommen. Es gehört auch weiterhin zum Grundstock jeder Fachbücherei.

Wi.

Hella-Kristine Garten: Untersuchungen zur Psychologie der Gehörlosen. Schindele Verlag GmbH, Neuburgweier 1973. 178 Seiten, kartoniert, 19,20 DM.

Die Psychologie der Gehörlosen ist noch immer, insgesamt gesehen, sehr unvollständig. Deshalb ist besonders jede Arbeit zu begrüßen, die auf moderne empirische Grundlagen bezogen ist, darauf aufbaut oder neue Gesichtspunkte zu dieser Basis beiträgt. Das ist bei diesem Werk durchaus der Fall, zumal es einige Seiten des Erlebens und Verhaltens von Gehörlosen in den Blickpunkt rückt, über die präzise Kenntnisse beispielsweise für die rehabilitationspädagogische Versorgung Gehörloser unbedingt notwendig sind (Intelligenztests, Gedächtnis, Denken, Sprache, besondere Persönlichkeitszüge, soziales Verhalten usw.). Daß auch die beruflichen Interessen und Möglichkeiten sowie die Beurteilung des männlichen Gehörlosen (weshalb nur »des männlichen ...«?) in der Arbeitswelt Erwähnung finden, ist noch als glücklich zu betrachten, daß es nur so kurz geschieht (Seite 120 bis 122), ist schon wieder bedauerlich. Eine Eingliederung ist nur als gelungen zu betrachten, wenn sie auch zum lebenserfüllenden Beruf und damit auch zur gesellschaftsnützlichen Tätigkeit geführt hat. Die psychologische Forschung auf dem Gebiet des Gehörlosenwesens sollte deshalb diesen Bereich nicht vernachlässigen.

Bruno Fischer: Probleme der Curriculum-erstellung für die Hörgeschädigtenschule. Heidelberger sonderpädagogische Schriften, herausgegeben von Ministerialrat Dr. W. Katein und Prof. H. Kratzmeier, Dipl. Psych., Band 9. Schindeler Verlag GmbH, Neuburgweier 1973. 37 Seiten, kartoniert, 4,80 DM.

Die kleine Arbeit ist ein erster Bericht einer »Arbeitsgruppe Studienseminar« unter der Leitung von Bruno Fischer, dem Heidelberger Gehörlosenlehrerbildner. Die Arbeit dieser Gruppe stand immerhin so sehr in der Aufmerksamkeit der Fachwelt, daß eine Nachfrage nach den Arbeitspapieren und Protokollen des Arbeitskreises entstand. Diesem Bedürfnis kommt der Bericht nach. Er enthält einige Basistexte, ohne den Anspruch einer abgeschlossenen Theorie zu erheben. Einige Thesen können als anregendes Problemangebot gewertet werden, so zum Bereich Curriculum, Lernziele, Planungsvorhaben.

Werner Katein. Sonderschulen in Baden-Württemberg. In der Schriftenreihe des Kultusministeriums Baden-Württembergs »Reform in der Diskussion«. Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1972. 215 Seiten, kartoniert, 16,15 DM.

Der bekannte und über sein Bundesland hinaus sonderpädagogisch-reformerisch beflügelnd wirkende Förderer des Sonderschulwesens in Baden-Württemberg legt hier eine komprimiert zusammenfassende Bestandsaufnahme der Sonderschulen seines Bereiches vor. Sie reicht von den rechtlichen Grundlagen (Bundesrecht und Landesrecht) über die allgemeinen Grundsätze für die Bildungsarbeit in den Sonderschulen bis zu Erörterungen über die Ausbildung für das Lehramt an Sonderschulen.

Dazwischen werden die einzelnen Sonderschultypen gekonnt gedrängt dargeboten, so

mit das Wesentliche erfassend und deutlich beschreibend. Praktisch zum Beispiel für die Behindertenberatung ist das beigefügte Adressenverzeichnis der Sonderschulen in Baden-Württemberg. Das Literaturverzeichnis sollte in späteren Auflagen, die dem gut informierenden Buche zu wünschen wären, noch durch weitere sich als wichtig erwiesene Titel (so auch aus der Sprachbehindertenpädagogik) ergänzt werden.

Arno Schulze

Autismus. Herausgeber Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind« e.V.

Der Bundesverband hat das erste Heft seiner neuen Zeitschrift (1/1976 vom März 1976) vorgelegt. Den Zielen des Verbandes entsprechend stehen Fragen der Ursachenforschung, der Definition des Krankheitsbildes, der Abgrenzung zu anderen Behinderungsformen, der Therapie und Rehabilitation im Vordergrund.

Das Heft bringt Beiträge zu folgenden Abschnitten: Aktuelles — Therapie, Beschulung, Erziehung — Aus der Gesetzgebung und Rechtsprechung — Aus Literatur und Presse — Berichte der Organe des Bundesverbandes, der Regionalverbände und aus dem Ausland. Angekündigt wird hier die dritte Bundestagung vom 1. bis 2. Mai 1976 im Hamburger Congress Centrum unter den Tagesthemen »Die zentralen Defizite des autistischen Kindes« und »Beschulung, Behandlung autistischer Kinder in England und Deutschland«. (Da das Programm uns erst Mitte April zugeht, konnte die Bekanntgabe nicht mehr in Heft 2 der »Sprachheilarbeit« erfolgen.)

Die Zeitschrift erscheint zweimal jährlich, Abonnement für 1976/77 7,50 DM. Bestellungen an den Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind« e.V., Bebelallee 141, 2000 Hamburg 60.

Wi.

DÜRR 324 Jahre

SPRACHHEILPÄDAGOGIK

E. Westrich	Der Stotterer (2. Auflage 1974)	112-3	14,40 DM
	Der Stammer	113-1	19,80 DM
A. Schulze	Sprachbildung und Hörsprecherziehung bei Geistigbehinderten (2. Auflage 1976)	115-8	13,80 DM

VERLAG DÜRRSCHE BUCHHANDLUNG, Postfach 207, 5300 Bonn-Bad Godesberg

Wir suchen mit Eintritt nach Vereinbarung in unser nach neuzzeitlichen Erkenntnissen konzipiertes Spital in der Nähe von Basel eine gutausgewiesene

Logopädin

die sich vorwiegend für die Arbeit mit Erwachsenen (Aphasie, Dysarthrie) interessiert. Die Möglichkeit zur guten Einarbeitung sowie der ständige Kontakt mit dem Logopädie-Team der Universitätskliniken Basel-Stadt ist vorhanden. Es ist Voll- oder Teilzeitarbeit möglich.

Zudem steht Ihnen unsere moderne Personalwohnsiedlung in ruhiger Lage, mit Hallenschwimmbad und Gymnastikhalle, zur Verfügung. Sie können aber auch extern wohnen.

Sollten Sie sich für diesen interessanten und selbständigen Posten interessieren, dann verlangen Sie bitte Unterlagen über unser Personal-Sekretariat. Für telefonische Auskünfte steht Ihnen Herr Dr. R. Estapé, Chefarzt Geriatrie und Rehabilitation, (Tel. 061/47 00 10, int. 2184), jederzeit gerne zur Verfügung. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Spitalleitung.

**Kantonsspital
Bruderholz**

4101 Bruderholz BL
Telephon 061/47 0010



Die STIFTUNG REHABILITATION Heidelberg, Träger von Einrichtungen, Forschungszentren und Zentralinstituten der Rehabilitation und Prävention sucht für das SÜDWESTDEUTSCHE REHABILITATIONSZENTRUM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE NECKARGEMÜND zum frühestmöglichen Zeitpunkt:

1 leitenden Logopäden/in

Sein/ihr Aufgabenbereich umfaßt:

- die organisatorische und fachliche Koordination innerhalb der logopädischen Abteilung sowie die Koordination mit den anderen Therapie-Fachbereichen
- die Diagnostik und Therapie der hör-, stimm- und sprachgestörten Kinder und Jugendlichen, einschließlich Audiometrie.

In enger Zusammenarbeit mit einem Team von Ärzten, Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen und Therapeuten arbeiten die Logopäden in den Bereichen der Reha-Klinik, der Schule der Berufsausbildung und den Wohnheimen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an



**SÜDWESTDEUTSCHES REHABILITATIONSZENTRUM
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE NECKARGEMÜND**
— Personalabteilung —
Postfach 106 · 6903 Neckargemünd