

Pe
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Aus dem Inhalt

Hubert Wolks, Aachen

Die sprachlichen und stimmlichen Störungen bei Krampf-
gelähmten (Spastikern) und ihre Behandlung.

Arno Schulze, Berlin

Die Sprachtherapeutische Spielseerie (SSS).

Rudolf Ahrens, Schleswig

Vergleichende Untersuchungen zur Frage der Seitigkeit
bei Kindern aus Volksschulen und Schulen für Sprachkranke.

Johannes Wulff, Hamburg

Zur Rehabilitation der operierten Gaumenspalten.

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Umschau und Diskussion

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg
Postverlagsort Berlin

4. Jahrgang

1959

Heft 1

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e. V.

Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. Otto v. Essen, Universität Hamburg

1. Vorsitzender: J. Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35

2. Vorsitzender: P. Lüking, Berlin-Neukölln, Roseggerstraße 34

Geschäftsführer: J. Wiechmann, Hamburg 6, Karolinenstr. 35

Rechnungsführer: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35, Postscheckkonto: Hamburg 97 40

Mitgliederabteilung, Hamburg 6, Karolinenstr. 35 (Mitgliedskarten werden über die Landesgruppen ausgestellt!)

Zum erweiterten Vorstand gehören die Vorsitzenden der Landesgruppen.

Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde (Vorsitz: Prof. Dr. H. Gutzmann, Berlin, und Schatzmeister Prof. D. J. Berendes, Marburg, Univ.-Ohrenklinik) sind gegenseitig korporative Mitglieder und entsenden in den erweiterten Vorstand des anderen Verbandes jeweils ein eigenes Vorstandsmitglied (z. Z.: Prof. Dr. J. Berendes — J. Wulff).

Fachzeitschrift: „Die Sprachheilarbeit“

Schriftleitung: Arno Schulze und Martin Klemm, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87

Geschäftsstelle der Zeitschrift: K. H. Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Allee 162

Landesgruppen

Berlin:	Paul Lüking, Berlin-Neukölln, Roseggerstr. 34
Bayern:	Ludwig Hacker, München 2, Theresienstr. 43
Hamburg:	Heinrich Staps, Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Dr. Heinrich Krumb, Marburg, Lehrgang für Sprachheil- lehrer, Rollwiesenweg 12
Niedersachsen:	Fritz Schöpker, Hannover, Voßstr. 34
Schleswig-Holstein:	Dr. Dr. Hermann Wegener, Kiel, Wilhelmshavener Str. 23

Die Geschäfte führen im Auftrage des Bundesvorstandes bis zur Gründung der Landesgruppe:

Baden-Württemberg:	Dr. Helmuth Schuhmann, Karlsruhe, Erzbergerstr. 22
Bremen:	Ernst Lehmann, Bremen, Marcusallee 38
Nordrhein-Westfalen:	Friedrich Wallrabenstein, Münster i. W., Landeshaus
Rheinland-Pfalz:	Erich Zürneck, Neuwied, Gehörlosenschule

Die Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

4. Jahrgang

1959

Heft 1

Hubert Wolke, Aachen

DIE SPRACHLICHEN UND STIMMLICHEN STÖRUNGEN BEI KRAMPFGELÄHMTE (SPASTIKERN) UND IHRE BEHANDLUNG

Beobachtungen, Erfahrungen und Erkenntnisse aus einer langjährigen
Praxis

Allgemeines und Statistisches

Wenn wir uns zu Anfang dieser Ausführungen die Frage stellen, ob wir für die in dieser Abhandlung anzusprechenden Dinge und Probleme, vor allem, was die beim Krampfgelähmten (Spastiker) anzutreffenden sprachlichen und stimmlichen Störungen (Anarthrie und Dysarthrie) und deren Therapie anbelangt, bereits auf Vorbilder und auf eine gewisse fachgeschichtliche Entwicklung zurückgreifen oder verweisen können, so müssen wir die Frage leider mit „Nein“ beantworten. Aus diesem Grunde ist es mir auch nicht möglich, auf eine entsprechende Fachliteratur hinzuweisen. Es liegt noch gar nicht allzu weit zurück, daß die Notwendigkeit einer Sprachheilbehandlung auch bei körperbehinderten und damit gleichzeitig bei krampfgelähmten Kindern in ihrem ganzen Umfange bewußt und in ihrer Bedeutung voll und ganz erkannt wurde. Als ich vor vielen Jahren¹⁾ damit begann, die Zusammenhänge zwischen Körperbehinderung und sprachlichen Störungen aufzudecken und als notwendige Folgerung daraus auch eine Sprachheilbehandlung für die sprach-, sprech- und stimmgestörten Kinder an den Sonderschulen für Körperbehinderte forderte, trug mir dieses Bemühen aus Kollegen- und Erzieherkreisen sogar noch den Vorwurf ein: Die Schule sei eine Sonderschule für körperbehinderte Kinder und keine Sprachheilschule.

¹⁾ Meine erste schulische Berührung mit sprachgestörten körperbehinderten Kindern erfolgte in der Städt. Sonderschule im Vinzenzheim zu Aachen und reicht bis in das Jahr 1930 zurück.

Trotz mancherlei Widerstände ließ ich in meinem nun einmal begonnenen Bemühen nicht nach, führte praktisch in meiner Klasse bereits die Sprachheilbehandlung ein, stellte Beobachtungen an, sammelte reiche Erfahrungen und gelangte zu wichtigen und wohl auch bedeutenden Erkenntnissen. Meine erste genaue und systematisch durchgeführte logopädische Untersuchung von insgesamt 108 Schülern und Schülerinnen erbrachte dann schließlich das selbst mich überraschende und von mir nicht erwartete Ergebnis, daß 43 — also 40 % — der körperbehinderten Kinder sprech-, sprach- und stimmgestört waren. Von diesen 43 sprachlich gestörten Kindern waren allein 22 — also 20 % — der Gesamtschülerzahl — krampfge lähmt (Spastiker).

Über dieses Ergebnis war ich um so mehr überrascht, als in der gesamten mir zugänglich gewesenen Fachliteratur — und zwar sowohl in der orthopädischen als auch in der logopädischen — keine Hinweise oder auch nur Andeutungen auf die bei körperbehinderten Kindern bestehenden Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen zu finden waren. Bei meiner ersten Untersuchung und auch den nachfolgenden Untersuchungen stellte ich nun im einzelnen folgende Störungen fest:

Zurückgebliebene Sprachentwicklung, Hörstummheit, Agrammatismus, alle Arten und Grade von Stammeln, alle Arten und Grade von funktionell und organisch bedingtem Lispeln und Näseln, Poltern, sodann Gaumenspalten, Stottern und endlich die im folgenden näher zu besprechenden und in ihren Auswirkungen schwerwiegenden Krampfsprechlähmungen (Anarthrien und Dysarthrien).

Dem Eindruck dieses Untersuchungsergebnisses und den daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen konnte sich natürlich niemand mehr entziehen. Die Notwendigkeit einer systematisch durchzuführenden Sprachheilbehandlung wurde nun voll und ganz anerkannt, vor allem, weil gleichzeitig auch auf die ungünstigen Auswirkungen und Folgen, die die Sprach- und Sprechstörungen auf die gesamte Erziehungs- und Bildungsarbeit haben, hingewiesen werden konnte.

Muß man sich bei diesem Ergebnis nicht unwillkürlich fragen, wie es nur möglich sein konnte, daß alle diese Dinge erst so spät erkannt wurden? Meine langjährigen logopädischen Untersuchungen, die insgesamt mehr als 400 körperbehinderte Kinder erfaßten, gaben auch Aufschluß darüber — und das darf wohl als eine damals noch sehr bedeutungsvolle Erkenntnis gewertet werden —, daß die meisten sprachlichen Störungen in unmittelbarer Beziehung zum körperlichen Leiden der Kinder standen und weiterhin, daß Stottern beim körperbehinderten Kind prozentual dreimal häufiger auftrat als beim Normalschulkind. Hierbei blieb das mit der Anarthrie gekoppelte Stottern sogar noch unberücksichtigt. Die eben angegebene Zahl von 40 % sprachgestörter Kinder bei der ersten Untersuchung wurde in den folgenden Jahren nicht immer erreicht. Wenn aber der Durchschnitt von acht aufeinanderfolgenden Jahren zugrunde ge-

legt wird, dann ergab sich für die Aachener Sonderschule, daß etwa 30 %, also nahezu jedes dritte Kind, Sprech- und Sprachgestört war.

Allerdings ergab sich Januar 1959 ein noch wesentlich ungünstigeres Bild; denn allein bei 25 % — also bei jedem vierten — der körperbehinderten Kinder bestanden Krampfsprechlähmungen (Anarthrien und Dysarthrien) und „nur“ bei 18 % Sprachstörungen jener Art, wie sie im allgemeinen auch in den Sprachheilschulen oder Schulen für Sprachkranke anzutreffen sind. Es soll nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, daß in den letzten Jahren die Zahl der sprachlich gestörten Kinder in unserer Sonderschule langsam aber stetig ansteigt.²⁾ Gleiche Feststellungen werden mir auch von anderen Körperbehinderten-Schulen bestätigt. Die Ursache hierzu wird wohl darin zu suchen sein, daß durch bessere Fürsorgemaßnahmen immer mehr körperbehinderte Kinder erfaßt und den Kliniken, Heimen und Schulen für Körperbehinderte zur Behandlung und Betreuung überwiesen werden. Es lohnt sich also schon, sich mit den Sprachstörungen bei Körperbehinderten und insbesondere bei Krampfge lähmten zu beschäftigen.

Grundsätzliches über die bei Krampfge lähmten vorkommenden sprachlichen Störungen. — Ihre Ursachen und Auswirkungen

Schon oft machte ich von der Möglichkeit Gebrauch, in Vorlesungen, Referaten und Vorträgen vor Fachkreisen auf die vorgenannten Tatsachen und ihre schwerwiegenden Auswirkungen hinzuweisen. Bei diesen Gelegenheiten versäumte ich nicht, alle in der Körperbehindertenfürsorge tätigen Kreise aufzufordern, aus diesen Erkenntnissen die notwendigen heilpädagogischen Schlußfolgerungen zu ziehen.

Es war deshalb nur selbstverständlich und folgerichtig, daß ich mit Übernahme der Leitung der Sonderschule für körperbehinderte Kinder am Vinzenzheim zu Aachen sofort eine systematische Behandlung der Sprech- und Sprachgestörten Kinder einrichtete.³⁾ Aus verschiedenerlei Gründen konnte sie jedoch damals vorerst noch nicht in dem Umfange mit der Zielstrebigkeit und Intensität durchgeführt werden, wie es wünschenswert und vor allem notwendig gewesen wäre. Gelegentlich der Tagung der „Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge“ vom 20.—23. Mai 1958 in Aachen konnte ich den Tagungsteilnehmern einen Einblick in die Sprachheilarbeit mit Krampfge lähmten an der Aachener Sonderschule vermitteln.

2) Im übrigen verweise ich auch auf die graphisch dargestellte Statistik über die im Schuljahr 1958/59 bei den körperbehinderten Kindern der Städt. Sonderschule Aachen, Vinzenzheim, angetroffenen Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, die gelegentlich der Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland (2.—4. 10. 1958) in Berlin ausgestellt waren.

3) In der „Zeitschrift für Heilpädagogik“, dem Organ des Verbandes deutscher Sonderschulen, erschien im Jahre 1958 in den Heften April und Mai vom gleichen Verfasser eine Veröffentlichung zu dem Thema „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen bei körperbehinderten Kindern und ihre Behandlung.“

Wenn nun zwar auch heute der Einbau einer systematischen logopädischen Betreuung in den Erziehungs- und Bildungsplan der Sonderschulen für körperbehinderte Kinder fast allgemein als notwendig anerkannt wird, so steht und fällt jedoch die Verwirklichung ihrer Durchführung mit dem Vorhandensein von sprachheilpädagogisch geschulten Lehrkräften. Es sollte deshalb für alle Sonderschulen für körperbehinderte Kinder gefordert werden, daß an ihnen möglichst nicht nur ausschließlich Heilpädagogen, sondern darüber hinaus unter ihnen mindestens ein Sprachheilpädagoge tätig sein sollte, der neben seiner fachlichen Tätigkeit als Sprachheilpädagoge gleichzeitig auch seinen Kollegen in logopädischer Hinsicht beratend und hilfreich zur Seite stehen könnte. Damit wäre auch die Gewähr gegeben, daß die Zusammenhänge zwischen dem körperlichen Leiden und der sprachlichen Störung im heilpädagogischen Wirken eine zweckmäßige und vor allem eine auf ganzheitliche Sicht abgestellte Berücksichtigung fände.

Anarthrie und Stottern

Obwohl nun innerhalb dieser Ausführungen eigentlich nur über die Krampfsprechlähmung zu sprechen wäre, die allgemein bekannten Sprech- und Sprachstörungen also unberücksichtigt bleiben dürften, halte ich es dennoch nicht nur für zweckmäßig, sondern sogar für notwendig, wenigstens auch das Stottern, und zwar wegen der häufig auch bei ihm auftretenden krampfhaften Erscheinungen in unsere Betrachtungen einzubeziehen und dabei die Ursache des Stotterns von einer anderen — vielleicht wenigstens teilweise sogar ganz neuen — Sicht aus zu betrachten. Es ist dies deshalb schon angebracht, weil mit hochgradigen Krampfhlähmungen meistens gleichzeitig auch Stottern verbunden ist, ja, dieses sogar ein Bestandteil der Sprechhlähmung ist. Außerdem haben mich langjährige Beobachtungen und Erfahrungen Zusammenhänge zwischen der Krampfsprechlähmung einerseits und dem Stottern andererseits erkennen lassen, insbesondere bezüglich ihrer Ursache, der Sprachheilbehandlung und der zu erwartenden Heilerfolge.

Beim *Stottern* (Balbuties) ist bekanntlich, wie man zu sagen pflegt, der kontinuierliche Ablauf des Redeflusses gestört und deshalb nicht jederzeit mit Sicherheit gewährleistet. Außerdem treten beim Sprechen, und zwar im Augenblick der Unterbrechung des Redeflusses — vor allem bei hochgradig entwickeltem Stottern — krampfartige (spastische) Erscheinungen auf, die sich auf Finger, Hände, Arme, Zehen, Füße, Beine, Rumpf-, Gesichts- und Sprechmuskulatur erstrecken. Sowohl die Unterbrechung des Redeflusses als auch die krampfartigen Erscheinungen und Bewegungen treten ganz unberechenbar und ungesetzmäßig auf. Was sich soeben im Sprechen noch fließend vollzog, gelingt wenig später überhaupt nicht mehr und umgekehrt.

Diese charakteristischen Symptome des Stotterns, so wie sie gerade gekennzeichnet wurden, weisen in gewissem und hohem Grade Erscheinungen auf, wie wir sie auch bei der Anarthrie und Dysarthrie (siehe weiter unten) an-

treffen. Auf Grund dessen bin ich, in dieser Ansicht neuerdings auch noch gestützt durch die 1950 veröffentlichten Forschungsergebnisse von Raoul Husson, Paris, (Etude des phénomènes physiologiques fondamentaux de la voix chantée) zu der Überzeugung gekommen, daß Stottern, Anarthrie und Dysarthrie einen gleichen Ursprungsherd haben, und zwar in den motorischen Zentren und Bahnen des Gehirns. Je nachdem, welche motorischen Regionen bzw. Bahnen betroffen sind und weiterhin, in welchem Grade und welcher lokalen Begrenzung, tritt entweder mehr das uns bekannte reine Stottern — und dieses auch in einer bestimmten Form — oder aber die Anarthrie bzw. die Dysarthrie auf. Auf Grund meiner langjährigen Beobachtungen und vor allem meiner Erfahrungen bin ich zu der festen Überzeugung gekommen, daß hier zweifellos kausale Zusammenhänge bestehen. Das ist auch ein Grund dafür, daß cerebral bedingtes Stottern so schwer zu heilen ist. Die Begründung hierfür, die sicherlich besonders den Sprachheilpädagogen interessieren dürfte, möchte ich bei einer anderen Gelegenheit noch im einzelnen ausführlicher geben. Hier vorerst nur einige wenige Hinweise:

Häufig pflege ich — anscheinend „widerspruchsvoll“ — zu sagen: „Stottern ist kein Stottern!“ Diesem Ausspruch liegt nur die Absicht zugrunde, besonders ausdrücklich herausgestellt zu haben, daß mit anderen Autoren und Fachleuten auch ich der Überzeugung bin, daß es sich bei der im allgemeinen mit „Stottern“ bezeichneten Sprechstörung nicht um ein und dieselbe Sprechstörung handelt, daß es vielmehr mehrere Arten von krankhaften Störungen des Sprechablaufs gibt, die, wenn wir sie einzeln einer genauen Analyse unterziehen, im allgemeinen zwar äußerlich ähnlich erscheinende, nicht aber objektiv gleiche Symptome aufweisen, und daß weiterhin einerseits die Summe und andererseits auch die Charakteristik der jeweiligen Symptome grundlegend verschieden sind. Die Verschiedenartigkeit der Symptome liegt aber in der Verschiedenartigkeit der möglichen Ursachen begründet, die ihrerseits wieder äußerer und innerer Natur sein können. Meines Erachtens müßten deshalb auf Grund dieser Gegebenheiten die bisher unter der Bezeichnung „Stottern“ zusammengefaßten Sprechstörungen nunmehr, ihrer Ursache bzw. ihrem Ursprungsherd und den daraus sich ergebenden charakteristischen Symptomen entsprechend, aufgegliedert werden und verschiedene Namen erhalten.

Bewußt sprach ich von Ursachen äußerer und innerer Natur. Die Bezeichnung „äußere Ursachen“ will auf jene Arten der Sprechstörungen hinweisen, die durch äußere Anlässe der verschiedensten Arten hervorgerufen werden, sich weiter entwickeln und auch eine psychische Komponente aufweisen, wenn nicht sogar außerhalb der Norm liegende psychische, auch neurologisch sich auswirkende Vorgänge zur Sprechstörung führten. Die Bezeichnung „innere Ursachen“ (Ursprungsherd) soll dagegen vornehmlich auf neurologische Gegebenheiten (Kußmaul: Spastische Koordinationsneurose), also auf cerebrale Anomalien, zentrale Leitungsstörungen oder nervliche Dispositionen hinweisen. Das beim Spastiker auftretende Stottern ist jedenfalls cerebral bedingt und mit krampf-

haften Erscheinungen der gesamten Bewegungsmuskulatur verbunden.

Die bestehenden Probleme durch systematische Untersuchungen sowie durch eingehende und genaue Analysen bis zur letzten Konsequenz weiter aufzudecken und zu lösen, wird eine dankbare Aufgabe sein. Es werden sich dann gewiß auch speziellere Behandlungsmethoden entwickeln lassen, und es wird außerdem leichter und sicherer bestimmbar sein, welche Formen des Stotterns heilbar bzw. besserungsfähig sind oder aber, in welchen Fällen die sprechphysiologischen Störungen kaum zu beheben sein dürften.

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen dem beim Krampfge lähmten auftretenden Stottern einerseits und der Krampfsprechlähmung (Anarthrie und Dysarthrie) andererseits konnte unter Zugrundelegung des vorher zwar nur in großen Zügen und auch nur andeutungsweise Dargelegten schon folgende Erkenntnis gewonnen werden:

Sowohl bei dem mit krampfhaften Erscheinungen auftretenden Stottern als auch bei der Anarthrie und Dysarthrie liegen als Ursache zentrale Störungen innerhalb der motorischen Regionen bzw. ihrer Verbindungs- und Leitungsbahnen vor.

Wenn diese Störungen hauptsächlich und schwerpunktmäßig die für den Ablauf der allgemeinen motorischen Vorgänge des menschlichen Körpers zuständigen Regionen und Bahnen erfassen, so ergeben sich jene Störungen, wie sie für den Krampfge lähmten (Spastiker) kennzeichnend sind. Es sind also vorwiegend die Bein-, Arm-, Hand-, Finger-, Rumpf-, Kopf-, Gesichts- und Eßbewegungen (Kiefer, Zunge, Gaumen, Schlund) betroffen.

Liegen die zentralen Störungen jedoch vorwiegend und schwerpunktmäßig innerhalb der motorischen Sprach- (Sprech-)region und deren Bahnen (Broca und untergeordnete Zentren), und sind sie nur akuter und partieller Natur, so wirken sich die Folgen eben als motorische Sprechstörungen aus, die meist von vielartigen krampfhaften Erscheinungen begleitet sind (Stottern).

Wenn ich im Voraufgegangenen von Regionen, ihren Verbindungen und Leitungsbahnen — nicht aber von Zentren — sprach, so geschah dies mit der Absicht, besonders nachdrücklich herausgestellt zu haben, daß man die Ursachen der auftretenden Störungen nicht in eng begrenzten Zentren zu suchen hat, sondern daß von diesen Störungen ganze Regionen und ihre Verbindungen gleichzeitig erfaßt sind, es sich also um komplexe und koordinierte Störungen handelt, die sich flächenhaft ausbreiten und in vielfältigem Spiel unberechenbar und völlig willkürlich in die verschiedensten motorischen Bereiche ausstrahlen und dadurch die mannigfaltigsten Symptomkomplexe auslösen. Darum treffen wir beim krampfge lähmten Kind außer seiner Körperbehinderung meist auch alle Arten von Sprechstörungen an. Umgekehrt sind mit den cerebral bedingten

krampfhaften Sprechstörungen (auch Stottern) gleichzeitig auch Störungen der allgemeinen Körperbewegungen verbunden, die bei leichtgradiger Sprechstörung (auch Stottern) meist gar nicht bemerkt werden, tatsächlich aber doch vorhanden sind.

Es soll nicht vergessen werden, noch folgendes besonders herausgestellt zu haben: Je näher beim Krampfgelähmten der Schwerpunkt der zentralen Störung den motorischen Zentren für das Sprechen benachbart ist, um so schwerer ist die sprachliche Störung. Je entfernter er sich von diesen Zentren befindet, um so weniger tritt die sprachliche Störung in Erscheinung, oder der Krampfgelähmte bleibt sogar vollkommen von ihr verschont. Interessant ist in diesem Zusammenhang noch zu wissen, daß eine mit Ein-schluß einer genauen und vollkommenen Angabe der rein körperlichen Symptome abgegebene ärztliche Diagnose meist schon allein genügt, um Art und Grad einer Sprachstörung voraussagen zu können, ohne den Patienten überhaupt gesehen oder sprechen gehört zu haben.

Stottern, sowie die nun anschließend zu besprechende *Anarthrie* und *Dysarthrie* bereiten der Sprachheilbehandlung krampfgelähmter Kinder die größten Schwierigkeiten und ermöglichen ihr im Vergleich zu den anderen Sprach- und Sprechstörungen im allgemeinen auch wesentlich geringere Heilerfolge, die außerdem durch Lehrer und Schüler mit nie erlahmender Geduld, in langjährigen Bemühungen und mit äußerstem physischen Einsatz und psychischer Einwirkung geradezu erkämpft werden müssen.

Wesen und Arten der Sprech- und Sprachstörungen beim Krampfgelähmten

Das augenfälligste und für einen jeden ohne weiteres sichtbare Merkmal eines Spastikers ist natürlich die Körperbehinderung, die durch laufend, aber nicht berechenbar auftretende Krämpfe — die Spasmen — ausgelöst werden. Die Spastiker sind vielfach schwerstbehindert und viele von ihnen nicht in der Lage, ohne Stütze oder Hilfe (Wagen, Laufgestelle, Stöcke usw.) sich fortzubewegen. In ähnlicher Weise sind meistens auch Arme, Hände und Finger in all ihren unregelmäßig von Krämpfen begleiteten Funktionen mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Da es sich aber beim Spastiker fast ausnahmslos um eine nahezu allumfassende Störung der Motorik des Körpers, also seiner Bewegungsabläufe handelt — wenn auch graduell und umfangsmäßig sehr unterschiedlich —, werden automatisch auch die Sprech- und Stimmbewegungen vom Spasmus erfaßt und durch ihn beeinträchtigt. Körperbehinderung einerseits, Sprech- und Stimmstörung andererseits stehen also in einem inneren Zusammenhang. Sie sind gleichsam miteinander gekoppelt. Ein Beweis dafür ist die Tatsache, daß beim krampfgelähmten Kind, wenn es spricht oder singt, mit den krampfhaften Sprechbewegungen meist auch automatisch und koordiniert krampfhaft Körperbewegungen der verschiedensten Art ausgelöst werden. Die hochgradige Beein-

trächtigung der Sprech- und Stimmfunktion meist von Geburt an — also bevor sich eine Sprachentwicklung überhaupt anbahnen konnte — wurde zugleich auch Ursache zu Sprachstörungen, und zwar weil sie einer harmonischen Sprachentwicklung ständig hemmend im Wege stand, vor allem, weil die motorische Sprache, das Sprechen, einen bedeutenden Anteil auch an der Entwicklung der sensorischen Sprache hat.

Insgesamt betrachtet, handelt es sich beim Spastiker um jene Arten sprachlicher Störungen, die mit Anarthrie und Dysarthrie zu bezeichnen sind. Die Anarthrie wird, wie aus den bisherigen Ausführungen bereits geschlossen werden konnte, durch Funktionsstörungen innerhalb des zentralen Nervensystems ausgelöst, und zwar meist dadurch, daß entweder Verletzungen, frühere Erkrankungen, Veränderungen oder Anomalien in den motorischen Zentren für die Sprech- und Stimmuskulatur bzw. in den von diesen Zentren ausgehenden Bahnen vorliegen, als deren Folge dann eine einwandfreie Stimm- und Lautbildung und damit ein Sprechen nicht möglich ist, obwohl die peripheren Sprechwerkzeuge an sich keine Anomalien aufweisen.

Auf Grund der vorangegangenen Darlegungen kann wohl ohne weiteres der Schluß gezogen werden, daß beim spastischen Kind nebeneinander gleichzeitig zurückgebliebene Sprachentwicklung, Agrammatismus, hochgradiges Stammeln, Lispeln, manchmal auch offenes Näseln (als Folge der Gaumensegellähmung) Stimmstörungen und die Unfähigkeit zu singen bestehen und vor allem, wie bereits erwähnt, gleiche und ähnliche Symptome, allerdings in schwerem bis schwersten Grade, wie beim Stottern, auftreten. Das spastische Kind macht deshalb meist einen sprachlich äußerst unfertigen und dürftigen Eindruck und stellt seinen Lehrer in logopädischer, unterrichtlicher und erzieherischer Hinsicht vor schwer zu lösende Aufgaben. Wenn beim spastischen Kind als Folge seiner hochgradigen Sprech- und Sprachstörung meist auch entsprechende Intelligenzrückstände bestehen, so wäre dennoch der Schluß irrig, daß es gleichzeitig auch geistig schwach (debil) sein müsse. Es soll dies nur ein kurzer Hinweis sein. Aus Raum-mangel muß ich mir leider weitere Ausführungen hierzu ersparen. Die Anarthrie darf nicht mit irgendeiner der verschiedenen Formen der motorischen Aphasie (teilweise Sprachlosigkeit) verwechselt werden, wie es bei flüchtiger Betrachtung leicht der Fall sein könnte.

Zur Dysarthrie ist nur kurz zu sagen, daß sie eine Anarthrie leichten Grades ist und deshalb auch eine erfolgreichere Behandlung ermöglicht. Es handelt sich nur bei den Spastikern um sprachliche Störungen, deren Behandlung eigentlich dem Sprachheilpädagogen zufallen müßte. Dennoch sind aber diese Kinder nicht in den Schulen für Sprachgestörte oder ähnlichen Einrichtungen anzutreffen, und zwar aus dem ganz natürlichen Grunde, weil der Besuch dieser Schulen und Einrichtungen wegen der bestehenden Körperbehinderung sich kaum oder nur schwer ermöglichen läßt, oder eine solche Schule in der näheren Umgebung nicht vorhanden ist. Also

werden diese Kinder in Sonderschulen für Körperbehinderte oder für Spastiker überwiesen, die meistens auch mit einem Heim verbunden sind oder den Charakter einer Tagesheimschule haben. Der hier wirkende Sprachheilpädagoge müßte zweckmäßigerweise gleichzeitig auch aktiv in der Körperbehinderten-Pädagogik stehen, damit er die inneren Zusammenhänge zwischen den sprachlichen Störungen und den körperlichen Leiden zu erkennen und auf Grund dessen auch eine zweckmäßige und erfolgversprechende Therapie aufzubauen vermag.

Die Stimmstörungen

Die beim krampfge lähmten Kind auftretenden krankhaften stimmlichen Erscheinungen sind ganz besonderer Art und so eng mit der Sprechstörung gekoppelt und haben darüber hinaus auch noch die gleichen Ursachen wie diese, daß von einer für sich allein bestehenden Stimmstörung im üblichen Sinne nicht gesprochen werden kann. Dieses Gekoppeltsein von Ursache und Erscheinungsform der bestehenden Stimm- und Sprechstörung ist eines der charakteristischen Kennzeichen der Anarthrie und Dysarthrie. Die besondere Herausstellung und Beschreibung der Erscheinungsformen der stimmlichen Funktionsstörung beim Spastiker verfolgt den Zweck, nachdrücklichst darauf hingewiesen zu haben, daß bei der sprachheilpädagogischen Behandlung der Anarthrie die Aufmerksamkeit nicht nur auf die richtige Lautbildung und sprachliche Formung gelegt werden sollte, daß vielmehr auch die in ihrem motorischen Ablauf gestörte Stimmlippenfunktion einer gesonderten, zielbewußten und intensiven Behandlung bedarf. Darüber nachher mehr.

Die Beeinträchtigung der stimmlichen Funktionen wirkt sich vor allem auf die Stimm- und Tonintention, die Stimmodynamik, den Ablauf des Tonstromes, die Tonreinheit, die Tontreffsicherheit, den Tonumfang, die Klangqualität, die Tongleichförmigkeit, die musikalische Tonbewegung und die Sprechmelodie aus. Das, was an dieser Stelle vielleicht über die Atmung des sprachgestörten Spastikers zu sagen wäre, ist im Abschnitt „Die systematische Behandlung“, Punkt 2, nachzulesen.

Außere Organisation der Sprachheilbehandlung

Wie soll sich nun die logopädische Behandlung sprech- und sprachgestörter Kinder bei einigermaßen guten Vorbedingungen am zweckmäßigsten vollziehen? Die Grundlegung für eine erfolgreiche Sprachheilbehandlung sollte in wöchentlich wenigstens zweimal stattfindenden Sprachheilbehandlungsstunden in Gruppen zu 6—8 Kindern erfolgen. Das in diesen Stunden sprachlich, sprech- und stimmtechnisch Erarbeitete müßte ständig in allen Zweigen des Unterrichtes einmal überprüft und

geübt werden und zum anderen laufend Anwendung und Verwertung finden. So bliebe die logopädische Betreuung nicht allein auf die eigentlichen Sprachheilbehandlungsstunden beschränkt, sondern sie würde während des gesamten Unterrichtes, so oft sich nur die Gelegenheit böte, ihre Fortsetzung erfahren. Im übrigen zwingt ein großer Teil von Sprachstörungen notwendigerweise sowieso dazu, vor allem dann, wenn eine zurückgebliebene Sprachentwicklung oder Sprechunfähigkeit die sprachliche Formung oder eine kaum zu verstehende Artikulation die Verständigung zwischen Kind und Lehrer erschwert oder fast unmöglich macht.

Die große Zahl der sprachkranken Kinder läßt natürlich häufig vor allem aus finanziellen Gründen — wenn auch die Vorzüge der Gruppenbehandlung nicht verkannt sein sollen — das erstrebenswerte Ziel der Einzelbehandlung für die am schwersten sprachlich gestörten Kinder vorerst nicht zu. Auch stehen wohl zur Zeit nirgends genügend fachlich ausgebildete Lehrkräfte hierfür zur Verfügung. So muß eben die Behandlung *gruppenweise* erfolgen. Trotz der Gruppenbehandlung sollte aber der Sprachheilpädagoge ständig bestrebt sein, seine Behandlung, soweit es sich nur eben ermöglichen läßt, individuell zu gestalten. Da, wo aber so günstige Möglichkeiten gegeben sind, daß in den besonders schweren Fällen sprachlicher Störungen auch die Einzelbehandlung durchgeführt werden kann, sollte unbedingt Gebrauch davon gemacht werden, ohne aber auf die Gruppenbehandlung zu verzichten; und zwar einmal aus psychologischen und suggestiven Gründen und zum anderen, weil in der Gruppenbehandlung Sprach- und Sprechvorbilder nicht nur durch den Therapeuten, sondern auch durch die Leidensgenossen gegeben werden.

Ich pflege unter Einschluß auch der nicht krampfge lähmten, aber dennoch sprachgestörten körperbehinderten Kinder stets die nachfolgend aufgeführten Gruppen zusammenzustellen und vermeide dadurch innerhalb der einzelnen Sprachheilbehandlungsstunden eine unnötige methodische Verzettlung bei der Durchführung meiner sprach-, sprech- und stimmtechnischen Übungen. Gleichzeitig wird hierdurch einer Dekonzentration der Kinder vorgebeugt.

Auf Grund dieser Überlegungen und der gemachten Erfahrungen gehören zur

Gruppe A die Kinder mit zurückgebliebener Sprachentwicklung so wie jene, die an Agrammatismus und hochgradigem Stammeln leiden, zur

Gruppe B die leichtgradigen Stammer, die Lispeler, die Näsler und die Gaumenspaltler, zur

Gruppe C die Stotterer, die leichtgradigen Fälle von Dysarthrie und die Polterer, zur

Gruppe D alle Fälle von Anarthrie und die schweren Fälle von Dysarthrie. Notwendigerweise wird ein Kind auch der Gruppe D und C gleichzeitig zugeteilt.

*Neue Blickpunkte und neue Wege bei der Durchführung von
Sprachheilbehandlungen beim Spastiker*

Bei der Behandlung der Anarthrie und Dysarthrie sollten nicht nur die einzelnen Symptome, sondern auch die Ursachen sowie die inneren Zusammenhänge der Störung in ihrer Gesamtheit, also in komplexer — koordinierter — Form angegangen werden.

Demnach wäre zunächst einmal zwischen Symptombehandlung und Kausalbehandlung zu unterscheiden. Keine der beiden kann auf die andere verzichten, und dennoch ist die zweite bedeutungsvoller und sollte deshalb den Vorrang vor der ersten haben.

Außer durch diese beiden Behandlungen müssen die Sprach- und Körperbewegungsstörungen auch noch in komplexer Form angegangen werden. Das geschieht durch die kombinierte Behandlung.

(Fortsetzung im nächsten Heft)

*Bundesverdienstkreuz 1. Klasse
für Direktor a. D. Dr. Karl Steinig*

In einer Feierstunde im Landeshaus zu Münster überreichte Reg.-Präsident Dr. Ottersbach am 10. 2. 1959 in Anwesenheit des Landeshauptmanns von Westfalen-Lippe, Dr. Köchling, und geladener Gäste dem langjährigen Leiter der Sprachgeschädigtenfürsorge in Westfalen-Lippe, Dr. Steinig, das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse. Er würdigte hierbei die besonderen Verdienste, die sich Dr. Steinig beim Aufbau der Sprachgeschädigtenfürsorge im Landschaftsverband Westfalen-Lippe erworben hat. Sie sei richtungweisend für die Landesfürsorge der Bundesländer geworden und habe auch im Ausland starke Beachtung gefunden. Herzliche Glückwünsche!

Kolibius

Landesverwaltungsrat

DIE SPRACHTHERAPEUTISCHE SPIELSERIE (SSS)

(Eine vorläufige Mitteilung)

Vor drei Jahren veröffentlichte ich an dieser Stelle meine „Bemerkungen zu einer Spiel- und Gruppenbehandlung“⁽³¹⁾. Bis heute habe ich eine Reihe von Spielen bei der heilpädagogischen Betreuung sprachgestörter Kinder erprobt und ihre Einwirkung auf das Verhalten der Kinder und auf die Sprachstörung beobachtet. Ich habe versucht, diese Spiele zu ordnen und systematisch anzuwenden.

Auf eine Abhandlung der umfangreichen Theorien des Spiels muß ich in diesem Rahmen verzichten. Ich verweise auf die oben angezogene Arbeit und auf das Literaturverzeichnis am Ende dieses Aufsatzes. Bei der folgenden Darstellung der „SPRACHTHERAPEUTISCHEN SPIELSERIE (SSS)“⁽¹⁾ füge ich daher nur dort theoretische Bemerkungen ein, wo sie meine Ansichten und Absichten unterstreichen und verständlicher machen.

Die SSS ist so angelegt, daß sie etwa den Betreuungsplänen angepaßt ist, die uns zur Umerziehung eines Stotterers bekannt sind.²⁾ Sie beginnt mit Spielen, die lockern sollen, Hemmungen lösen können, Konflikte abreagieren lassen und uns diagnostisches Material bringen. Dann setzen die eigentlichen sprachtherapeutischen Spiele ein, d. s. solche, die mit bestimmten sprachlichen Anforderungen und Übungen gekoppelt sind. Die geforderten Sprechleistungen werden dabei von Spiel zu Spiel schwieriger. Parallel dazu entwickeln sich die Spiele von Einzelspielen zu Gruppenspielen. Am Schluß der Spielserie spielen dann mehrere Kinder gemeinsam an einem größeren Projekt. Dabei müssen sie verschiedene Rollen verkörpern und frei sprachlich gestalten (z. B. Betrieb im Hafen — Auf dem Flugplatz — Spiel mit der Modelleisenbahn).

Vorläufig definiere ich diese Betreuungsweise wie folgt:

Bei der „SPRACHTHERAPEUTISCHEN SPIELSERIE (SSS)“ handelt es sich um die systematische Anwendung einer nach heilpädagogischen, psychologischen und logopädischen Gesichtspunkten geordneten, aufeinander bezogenen und sich ergänzenden Reihe von Spielen zur Entwicklungshilfe bei der Betreuung und Umerziehung sprachgestörter Kinder.

Die im folgenden beschriebenen Beispiele aus der Spielserie sind auf 10- bis 14jährige Kinder zugeschnitten. Für jüngere Kinder können jedoch ohne Schwierigkeiten altersgemäße Therapiespiele gefunden werden.

- 1) Da der Begriff der „Spieltherapie“ in gewisser Weise für eine bestimmte Art der Behandlung gestörter Kinder vorgeprägt ist, folge ich Anregungen aus Fachkreisen und nenne zur besseren Abgrenzung die von mir bei Betreuung Sprachgestörter angewandten Spielarten „SPRACHTHERAPEUTISCHE SPIELE“.
- 2) Die Spielserie wird von mir hauptsächlich für stotternde Kinder verwendet. Sie läßt sich aber ohne weiteres auch für stammelnde Kinder abwandeln.

Ich beginne jede Spielserie mit dem freien, ungebundenen Spiel. Zur Verfeuerung und Polizeiautos, biegsame Puppen, Kasperlefiguren (Handpuppen), kleine Häuser, Bäume usw., viel Plastellin und reichlich Tusch- und Zeichenmaterial.

Die Kinder, die ich zunächst einzeln oder mit einem von ihnen gewählten Spielkameraden in die Spielstunde nehme, werden vor den Spielzeugschrank geführt, und ich sage ihnen, daß sie spielen können, was und womit sie wollen, und daß sie eine Stunde Zeit haben.³⁾ Bei den Spielen halte ich mich fast völlig zurück und beobachte die Kinder möglichst unauffällig. Mein Kontakt mit den Kindern ist dabei etwa an den von R. und A. Tausch angegebenen Grundsätzen der „nicht-direktiven Kinderpsychotherapie“ orientiert.

Diese Spielweise wird über längere Zeit fortgeführt, bis erkennbare Fortschritte in der positiven Umstrukturierung der Persönlichkeit des Stotterers es angezeigt sein lassen, mit der zusätzlichen Sprechschulung zu beginnen. Der Kontakt mit den Kindern muß dabei schon so gut sein, daß man, ohne den bisherigen Behandlungserfolg zu gefährden, etwas lenkend und steuernd in ihr Spiel eingreifen und ihnen einige bescheidene Leistungs- und Verzichtforderungen stellen kann. Ich sage also z. B. den Kindern, sie sollen mit den Kasperlefiguren spielen, sie können sich das Spiel frei ausdenken, sollen nur recht viel dabei sprechen (Die Aufforderung zum Sprechen braucht nur bei besonders stillen, sprechscheuen Kindern gegeben zu werden). Nach einigen Spielen mit den Handpuppen lasse ich auch die Kinder selbst agieren. Auch hier wird die Spielhandlung meist von den Kindern ausgedacht, oder ich gebe einige Anregungen zum Thema und zur Durchführung (etwa im Sinne des Psychodramas).

Während bei den ersten bis zu den zuletzt genannten Spielen besonders die „gehemmten“ Antriebsbereiche (nach Schultz-Hencke) zum Zuge kommen und nach und nach „ausgespielt“ werden können, wobei sich auch die Motorik frei entfalten kann, beabsichtige ich mit den folgenden Spielen, in langsam zunehmendem Maße Grenzen zu setzen, die grobe Motorik einzuschränken und die frei werdenden Antriebe im Rahmen einer Spielregel ausleben zu lassen. Die beginnende Einordnung soll dann das erste direkte Angehen der Sprachstörung erleichtern.

Dazu dienen u. a. einige Kinder-Gesellschaftsspiele, wie sie allgemein bekannt und überall zu kaufen sind. Fast allen diesen Spielen ist gemeinsam, daß eine Spielfigur nach Anzahl der gewürfelten Augen vorrückt und auf einigen Feldern je nach Spielregel und -thema bestimmte Bedingungen erfüllen muß. Die Kinder finden sich möglichst selbst zusammen (4 bis 6) und können zunächst wieder unbeeinflusst spielen. Die Spiele regen die Sprechlust an, helfen bei der Einordnung in eine Gruppe und zwingen zur Beachtung von Regeln (sozialpsychologischer Aspekt). Darüber hinaus können oft im Rahmen der Spielregel z. B. Aggressionsantriebe ausgelebt werden,

³⁾ Hierin folge ich R. und A. Tausch (35).

etwa ganz besonders im Würfelspiel „Mensch ärgere dich nicht“, das meist dieser Spielreihe vorangeht.

Hier können und werden schon einige bestimmte und festgelegte Sprechfugung stehen den Kindern einige Bälle, Holzbaukästen, Rennautos, leistungen gefordert. So müssen die Kinder ihre Wurfzahl ansagen („Ich habe eine 3 gewürfelt“), beim Vorrücken ihrer Figur laut zählen und gegebenenfalls die Bedingungen aus der Spielregel laut vorlesen. Hierbei lese ich bei stark sprachgehemmten Kindern leise mit (nach der Methode Liebmanns).

Wenn die Kinder einige Zeit so „spielend“ gelernt haben, die Grenzen in der Gruppe und die Spielregeln zu beachten, kommen wir zum Spiel „MONOPOLY“, das seit einiger Zeit mit zum Kern der Spielserie geworden ist.⁴⁾ In diesem Spiel, dessen nicht ganz einfache Spielregel hier zu beschreiben zu weit führen würde, werden gerade die Antriebsgebiete angesprochen, die auch beim Stotterer häufig gestört sind. Macht-, Geltungs- und Besitzstrebungen, Aggressionstendenzen usw. können im Spiel ausgelebt und nach und nach gesteuert werden. Das Spiel bietet schon für sich allein beste Therapiemöglichkeiten und ist einer ausführlichen Würdigung wert, die zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden soll.

Das MONOPOLY-Spiel schließt dann die hauptsächlich tiefen- und sozialpsychologisch orientierten Spiele ab. Es wird nun zu den Spielen übergeleitet, die immer mit besonderen, zum Teil aber auch noch festgelegten sprachlichen Anforderungen gekoppelt sind. Zur Überleitung auf diesen Spielabschnitt eignet sich gut das sog. Angelspiel. Zwei bis vier Kinder bekommen je eine Angel, an der ein Magnet befestigt ist. Damit müssen in einem aus Pappe nachgebildeten Aquarium Fische geangelt werden. Die angelnden Kinder können von ihrem Standpunkt aus die Fische nicht sehen. Das Spiel erfordert Einschränkung der Körpermotorik, ruhige Handhaltung, Konzentration und Geduld. Es hat sich gezeigt, daß bei dem oft längere Zeit dauernden geduldigen Angeln bei den Kindern lebhaftere Sprechimpulse auftreten, wahrscheinlich durch die spannende Situation, das Warten auf den Angelerfolg, ausgelöst. Dabei können für sprachlich schwer gehemmte Kinder die zu sprechenden Sätze ebenfalls festgelegt werden, um den Sprechablauf zu automatisieren („Ich habe schon drei Fische geangelt“ usw.).

Anschließend lasse ich meist das Spiel „Kauf bei mir“ spielen. Bei diesem Spiel kann schon im Rahmen der Spielregel viel gesprochen werden; ich verstärke diese Möglichkeit noch dadurch, daß ich zwei einfache Kindertelefone hinzunehme, mit deren Hilfe die Kinder ihre Waren schon beim „Kaufmann“ vorbestellen können. Diese Telefone werden zuweilen auch für sich allein verwendet, ebenso werden sie auch beim Spiel mit der Kinderpost und beim Eisenbahnspiel verwertet.⁵⁾

⁴⁾ Den ersten Hinweis auf dieses Spiel und seine therapeutischen Möglichkeiten erhielt ich von Frau Dr. Koenigs, Psychotherapeutin in Berlin.

⁵⁾ Zuweilen schalte ich hier noch die Spiele „Sag nix über Pulok“ und „Kreuzwort-Pulok“ ein. Dabei müssen Wörter aus einzelnen Buchstaben zusammengesetzt und Begriffe gefunden werden.

Das Spiel mit unserer selbst ausgebauten Modelleisenbahn ist dann Abschluß und Krönung der Spielserie. Hierbei bekommen die Kinder Rollen aus dem Eisenbahnbetriebe zugeteilt, die sie nach einiger Zeit auch untereinander auswechseln können. Sie müssen nach einigen Anleitungen einen möglichst modellgetreuen Betrieb darstellen und ihre Rollen auch sprachlich frei gestalten. Die Betätigung als Lokführer, Bahnhofsvorsteher usw. ist für unsere Kinder im therapeutischen Sinne natürlich wie geschaffen. Hier sind sie ganz Herren und Meister ihrer kleinen Welt! Nach ihrem Willen fahren nach Betätigung des Reglers die Züge ein und aus, werden lange Güterzüge rangiert und stellen sich Weichen und Signale.

Das Eisenbahnspiel stellt auch umfangreiche sprachliche Anforderungen. Sie reichen von der Erzeugung der mannigfaltigsten Betriebsgeräusche (Dampfzischen, Rattern, Läuten, Pfeifen usw.) bis zu den differenziertesten Rangieranweisungen. Der „Betrieb“ erfordert eine dauernde sprachliche Verständigung der Kinder untereinander und fördert so die Spontan- und Umgangssprache.

Ich muß mich bei dieser kurzen Mitteilung auf die vorstehenden Andeutungen beschränken; eine ausführliche Beschreibung, Würdigung und theoretische Begründung der SSS soll nach weiterer Erprobungszeit a. a. O. erfolgen. Selbstverständlich erfolgt parallel zu den Spielen in häufigen Aussprachen mit den Kindern und ihren Beziehungspersonen auch psychologische Einzelbetreuung, die von Fall zu Fall auch noch durch sprachliche Einzelbehandlung ergänzt wird. Ferner ist nach einem alten Grundsatz ja auch der Unterricht in der Sprachheilschule nach logopädischen Gesichtspunkten ausgerichtet.

Der zeitliche Ablauf der SSS richtet sich nach den jeweiligen Fällen, sie begleitet die gesamte Weiterentwicklung und Umstrukturierung der Persönlichkeit der sprachgestörten Kinder. Die Reihenfolge der Spiele kann auch, den jeweiligen Umständen entsprechend, umgestellt werden.

Zum Schluß gebe ich noch eine Zusammenstellung der in der Spielserie bisher am häufigsten benutzten Spiele:

- | | | |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Freies Spiel nach Wahl der Kinder. 2. Kasperlespiel (Handpuppen). 3. Stegreifspiel (Dramatisieren). | } | <p>Hauptsächlich als Hilfe zur Diagnostik und Mittel zur „Enthemmung“.</p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Gesellschaftsspiele <ol style="list-style-type: none"> a) „Spitz paß auf.“ b) „Mensch ärgere dich nicht.“ c) „Die Schatzinsel.“ d) „Wettfahrt im Blitzzug.“ e) „Welthandel.“ 5. „MONOPOLY“ | } | <p>„Abreagierend“ und antriebssteuernd im Rahmen der Spielregel und der von der Gruppe festgesetzten Grenzen. Erste logopädische Einflußnahme.</p> |

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. Angelspiel 7. „Denk fix.“ 8. Sag' nix über Pulok.“ 9. Telefon 10. „Kauf' bei mir.“ 11. Kinderpost 12. Spiel mit der Modelleisenbahn. | } | <p>Vorwiegend z. T. festgelegte sprachliche Anforderungen im Rahmen der Spiele und Sprachübungen. Normalisierung des Sprechablaufes. Schulung der Spontan- und Umgangssprache.</p> |
|---|---|--|

Die Versuche mit der SSS werden fortgesetzt. Es werden weitere Spiele auf ihre Eignung für die Spielserie geprüft und erprobt. Für Hinweise aus dem Leserkreis bin ich dankbar. Im Literaturverzeichnis findet der interessierte Leser Bücher und Aufsätze, die sich mit dem Spiel und mit seiner Anwendung in Erziehung, Unterricht und Therapie beschäftigen oder auf die Bedeutung und Wirkung des Kinderspiels eingehen.

Literaturangaben

1. **J. Berna:** Erziehungsfragen. Posen-Verlag, Zürich, 1946.
2. **E. Bernart:** Das Handpuppenspiel als therapeutische Hilfe. In Zeitschrift für Heilpädagogik“, 5. Jahrg., Heft 7/8, 1954.
3. **P. Brückner:** Struktur-Analyse eines 6jährigen Knaben mit Stammeln und Stottern. In „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 5. Jahrg., Heft 12, 1954.
4. **K. Bühler:** Die geistige Entwicklung des Kindes. G. Fischer Verlag, Jena, 1930.
5. **A. Freud:** Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig, Wien, Zürich, 1927.
6. **M. E. Fries:** Beispiele der Spieltechnik in der Analyse des Kleinkindes. In „Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik“, 7. Jahrg., Heft 8/9, Wien, 1933.
7. **A. Gehlen:** Der Mensch. Junker u. Dünhaupt Verlag, Berlin, 1944.
8. **W. Greifzu:** Spiel und Arbeit, Fischer Verlag, Jena, 1942.
9. **K. Groos:** Die Spiele der Tiere. G. Fischer Verlag, Jena, 1896.
10. **K. Groos:** Die Spiele der Menschen. G. Fischer Verlag, Jena, 1899.
11. **K. Groos:** Das Seelenleben des Kindes. Reuther u. Reichard Verlag, Berlin, 1908.
12. **Guger:** Spielend lernen, lernend spielen? In „Welt der Schule“, 6. Jahrg., Heft 8, 1953.
13. **H. Hanselmann:** Einführung in die Heilpädagogik. Rotapfel-Verlag, Zürich, 1930.
14. **H. Hetzer:** Kind und Jugendlicher in der Entwicklung. Wolfenbütteler Verlagsanstalt, Wolfenbüttel-Hannover, 1948.
15. **H. Hetzer:** Spiel und Spielzeug für jedes Alter. Verlag Kleine Kinder, Lindau-Bodensee, 1950.
16. **H. Hetzer:** Das Spiel des Hilfsschulkindes. In „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 6. Jahrg., Heft 12, 1955.
17. **E. Homburger:** Traumatische Konfigurationen im Spiel. In „Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik“, 11. Jahrg., Heft 3/4, 1937.
18. **Huizinga:** Homo ludens. Pantheon, Akademische Verlagsanstalt, Amsterdam, 1939.
19. **D. u. R. Katz:** Die Erziehung im vorschulpflichtigen Alter. Verlag Quelle u. Meyer, Leipzig, 1925.
20. **D. Katz:** Handbuch der Psychologie. Schwabe Verlag, Basel, 1951.
21. **Kiessling:** Spiel. In „Lexikon der Pädagogik der Gegenwart“, Band II. Freiburg, 1932.
22. **M. Klein:** Die Psychoanalyse des Kindes. Intern. Psychoanal. Verlag, Wien, 1932.
23. **E. Minor-Záruba:** Die fünfjährige Nora im Kindergarten. In „Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik“, 11. Jahrg., Heft 3/4, 1937.
24. **S. Morgenstern:** Psychoanalyse und Erziehung. In „Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik“, 11. Jahrg., Heft 3/4, 1937.
25. **W. Neuhaus:** Das Psychodrama in der Schule. In „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 7. Jahrg., Heft 12, 1956.

26. **Olson:** Spiel und Wachstum. In „Blätter für Lehrerfortbildung“, 5. Jahrg., Heft 7, 1953.
27. **G. Peter:** Das Puppenspiel als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. In „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 9. Jahrg., Heft 5, 1958.
28. **Rieffert:** Spiel als Erziehungsmittel. In „Praxis der Volksschule“, 4. Jahrg., Heft 10, 1953.
29. **A. Sänger:** Spieltherapie. In „Praxis der Kinderpsychologie“, 2. Jahrg., Heft 4, 1953.
30. **Scheffler:** Das Spiel und seine Verwendung im Hilfsschulunterricht. In „Zeitschrift für Heilpädagogik“, 4. Jahrg., Heft 4, 1953.
31. **A. Schulze:** Bemerkungen zu einer Spiel- und Gruppenbehandlung (Zur Stotterer-Therapie). In „Die Sprachheilarbeit“, Heft 1/1956.
32. **A. Schulze:** Beispiele aus einer sprachtherapeutischen Spielseerie für stotternde Kinder. In „Tagungsbericht über die 3. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ Berlin 1958.
33. **G. v. Staabs:** Wie begegne ich den Erziehungsschwierigkeiten beim Kleinkind? Tritsch Verlag, Würzburg, ohne Jahr.
34. **E. Sterba:** Aus der Analyse einer Hundephobie. In „Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik“, 7. Jahrg., Heft 10/12, 1933.
35. **R. u. A. Tausch:** Kinderpsychotherapie in nicht-direktivem Verfahren. Verlag für Psychologie, Göttingen, 1956.
36. **I. v. Viebahn:** Spielpflege als Hilfe zur gesunden Entwicklung und Lebensanpassung. In „Praxis der Kinderpsychologie“, 1. Jahrg., Heft 1, 1952.
37. **R. Wälder:** Die psychoanalytische Theorie des Spiels. In „Almanach der Psychoanalyse“, Wien, 1933.
38. **N. Wolffheim:** Psychoanalyse und Kindergarten. Verlag der Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik, Wien, 1930.
39. **N. Wolffheim:** Psychologisches zum Kinderspiel. In „Praxis der Kinderpsychologie“, 2. Jahrg., Heft 5/6, 1953.
40. **H. Zulliger:** Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. E. Klett Verlag, Stuttg., 1952.
41. **H. Zulliger u. a.:** Spielen und Spiele. Sonderheft der Zeitschrift für psychoanal. Pädagogik, Wien, 1932.

Anschrift des Verfassers: Arno Schulze, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87

Rudolf Ahrens, Schleswig

VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNGEN ZUR FRAGE DER SEITIGKEIT BEI KINDERN AUS VOLKSSCHULEN UND SCHULEN FÜR SPRACHKRANKE

Examensarbeit zur Erlangung des Lehramtes an Sonderschulen für Gehör-
und Sprachgeschädigte am Pädagogischen Institut der Universität Hamburg.
Januar 1958

Mit dieser Arbeit, die im folgenden kurz zusammengefaßt werden soll, wurde der Versuch unternommen, den verschiedensten Aussagen über den Ursprung und die Verbreitung der Seitigkeit nachzuspüren. Eine größere

Reihe von Untersuchungsaufgaben wurde nach Vorschlägen verschiedener Autoren zusammengestellt und mit 450 Volksschülern und 360 Kindern aus Schulen für Sprachkranke durchgespielt. Es war der Zweck dieser Untersuchungsreihe, eventuelle Zusammenhänge zwischen Sprachstörungen und der Bevorzugung einer Körperseite aufzuzeigen.

Zum Begriff Seitigkeit

Während meistens nur die Linkshändigkeit beachtet wird, beobachtete ich bei dieser Untersuchung die gesamte Seitigkeit (1) oder Lateralisation (2). Unter Seitigkeit wird die Bevorzugung einer Hand, eines Fußes und eines Auges, die motorische Prävalenz der Muskeln einer Gesichtshälfte, die einseitige Lokalisation des Sprachzentrums u. a. m. als miteinander gekoppelte Teile einer asymmetrischen Gesamtlage des Menschen verstanden. Bei Beidseitigkeit (Ambidextrie) wird keine Seite auffällig bevorzugt. Stimmen Händigkeit, Füßigkeit, Äugigkeit usw. nicht überein, so spricht man von gekreuzter Dominanz.

Über Ursprung und Entwicklung der Seitigkeit

Auf frühere Überlegungen soll hier der Kürze wegen nicht eingegangen werden. Heute wird die Entwicklung zum funktionellen Überwiegen einer Hirnhälfte (und damit verbunden auch die Bevorzugung einer Körperseite — bei Linkshirnern die rechte Seite, bei Rechtshirnern die linke Seite) als Folge einer Spezialisierung oder Höherdifferenzierung gedeutet. Ein Zusammenhang zwischen Sprache und Seitigkeit wird allgemein angenommen. Untersuchungen über die Entwicklung der Händigkeit beim einzelnen Menschen ergaben, daß sie beim Kleinkind zunächst noch nicht ausgeprägt ist. Es wird vermutet, daß die Kleinkinder die Fähigkeit zur Ausbildung beider Seiten in sich tragen. Das Überwiegen der Rechtshänder (Rechtseiter) soll durch die rechtshändigen Sitten und die Fülle von nur rechts zu benutzenden Geräten verursacht werden. Manche Autoren nehmen eine angeborene Veranlagung zu einer bestimmten Seite an. Fast immer wurde eine Häufung der Linksseitigkeit beim männlichen Geschlecht beobachtet. Man vermutet, daß das weibliche Geschlecht dem erzieherischen Einfluß der Umwelt eher erliegt als das männliche.

Über Zusammenhänge von Linksseitigkeit, Beidseitigkeit oder gekreuzter Dominanz und Anomalien

Eine Reihe von Anomalien und Defekten sollen häufig im Zusammenhang mit Linkshändigkeit beobachtet worden sein. Es werden unter anderem Sprachstörungen, Epilepsie, Schielen, körperliche Mißbildung, moralische Minderwertigkeit, Bettnässen, Taubstummheit, Farbuntüchtigkeit, Spiegelschrift, Schwachsinn, Psychopathie und Chorea minor genannt.

Uns interessieren besonders die genannten Sprachstörungen: verzögerte Sprachentwicklung, Stottern, Stammeln, Hörstummheit, motorische Aphasie und Lese- und Rechtschreibschwäche.

Es gibt im wesentlichen drei Theorien, mit denen versucht wird, die Zusammenhänge zwischen Sprachstörungen und Linkshändigkeit oder Ambidextrie zu erklären:

1. Unterdrückung der linksseitigen Anlage durch zwangsweise Um-
erziehung, (die aber ebenso zum Kompensationsstreben und damit zu
genialen Leistungen führen kann),
2. Entwicklungshemmung in der motorisch-kinästhetischen Sphäre,
3. eine gekreuzte Asymmetrie bei Linkshändigkeit, d. h. eine Dissoziation
von Augendominanz und Händigkeit.

Angaben über die Häufigkeit des Auftretens von Linkseitigkeit

Die in der Literatur angegebenen Hundertsätze über die Häufigkeit der Linkshändigkeit schwanken zwischen 2,9 % und 40 %. Die Gruppe der latenten Linkshänder, Doppelhänder (Ambidexter), Neutraler oder Übergangstypen wird mit 0,9 % bis 80 % angegeben.

Bei vergleichenden Untersuchungen von Normalschülern, vorschulpflichtigen Kindern, Hilfsschülern und Kindern aus der Poliklinik (3) wurden nur unter sprachkranken Kindern eine größere Anzahl Linkshänder gefunden. Das nur geringe Zahlenmaterial über Äugigkeit und Füßigkeit gibt für Linkssäuger 22 % bis 42 % und für Linksfüßer 2,4 % bis 12,4 % an. Es werden widersprechende Angaben darüber gemacht, ob Händigkeit, Füßigkeit und Äugigkeit miteinander übereinstimmen oder nicht. Zwischen 30 % bis 53 % Überkreuzungen wurden gezählt.

Eigene vergleichende Untersuchungen über die Seitigkeit an Kindern aus Volksschulen und Schulen für Sprachkranke

Es wurden insgesamt 810 Kinder untersucht

Sprachkranke (aus Hamburg)			Volksschüler (aus Schleswig)		
Alter	Knaben	Mädchen	Alter	Knaben	Mädchen
6 Jahre	15	4	6 Jahre	24	21
7 Jahre	35	10	7 Jahre	25	24
8 Jahre	37	17	8 Jahre	29	28
9 Jahre	36	16	9 Jahre	19	25
10 Jahre	31	10	10 Jahre	13	17
11 Jahre	25	5	11 Jahre	25	20
12 Jahre	31	4	12 Jahre	27	33
13 Jahre	28	6	13 Jahre	33	26
14 Jahre	21	4	14 Jahre	17	22
15 Jahre	20	5	15 Jahre	16	6
	279	81		228	222

Folgendermaßen waren die Sprachkrankheiten bei den Kindern aus den Schulen für Sprachkranke verteilt:

	alle Schüler	davon Stotterer	Stotterer u. Stammler	Kinder mit Gaumenspalten	Sonstige
Knaben	279	138	47	78	9 (+ 1 Sto.)
Mädchen	81	23	32	15	10
	<u>360</u>	<u>161</u>	<u>79</u>	<u>93</u>	<u>19 (+ 1)</u>

Sonstige: 5 Stimmkranke, 2 Spastiker, 1 Schwerhöriger

Die Untersuchungsaufgaben

Aus einer Fülle von Untersuchungsaufgaben, wie sie in der Literatur vorgeschlagen werden, wurden geeignete ausgesucht und ergänzt. Folgende Untersuchungsaufgaben wurden zusammengestellt:

I. Untersuchung der Händigkeit:

1. Gruppe
 - a) Zähne putzen
 - b) Nase putzen
 - c) Haar kämmen
 - d) Schuhe bürsten
2. Gruppe
 - a) zeichnen (Kreis, Rechteck)
 - b) radieren
 - c) schreiben (mit beiden Händen)
 - d) Einsetzspiel
3. Gruppe
 - a) Bleistift anspitzen mit dem Messer
 - b) Bleistift anspitzen mit dem Anspitzer
 - c) Kreisfläche ausschneiden
 - d) Kreisfläche mit Stecknadel festheften
4. Gruppe
 - a) Nagel mit dem Hammer einschlagen
 - b) Nagel mit Zange herausziehen
 - c) Schraube lösen und festdrehen
 - d) Sicherheitsnadel feststecken
5. Gruppe
 - a) Fangspiel (Becher und Ball)
 - b) Turm aus Klötzchen bauen
 - c) Ringe über eine Flasche werfen
 - d) Ballspiel (einhändig werfen und fangen)

Hinweis für die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft:

Die Satzung ist am 6. Februar 1959 in das Vereinsregister Hamburg eingetragen. Wir bitten die Mitglieder, in § 16 der Satzungen an der für das Datum freigelassenen Stelle den 6. Februar einzutragen.

Die Satzungen wurden mit dem Rundschreiben I/59 im Januar an alle Mitglieder versandt und müssen jetzt in ihrem Besitz sein. Reklamationen bitte an den Geschäftsführer.

Wiechmann

II. Untersuchung der Füßigkeit:

1. Ball stoppen
2. Ball stoßen
3. mit dem Fuß zeichnen (Kreis)
4. schlittern
5. auf den Stuhl steigen

III. Untersuchung der Äugigkeit:

1. peep-show (Spielzeug zum Durchschauen mit einem Auge)
2. durch den engen Ausgang eines Trichters schauen
3. durch die weite Öffnung des Trichters schauen
4. sighting dot (einen Punkt an der Wand durch ein kleines Loch anvisieren)
5. gesonderter Lidschluß (erwies sich als ungeeignet).

Beobachtungen von Seitenunterschieden in der Mimik, von spontanen Gesten mit den Händen und einer evtl. Unsicherheit im Unterscheidungsvermögen für rechts und links sollten die Seitigkeitsdiagnose unterstützen.

Die Durchführung der Untersuchung

Alle Kinder wurden von mir persönlich untersucht und beobachtet. Die Prüfung wurde nach Möglichkeit in spielerischer oder wettkampfählicher Form durchgeführt. Der Zweck der Untersuchung blieb den Kindern unbekannt. Immer zwei V. P. wurden zusammen etwa 15 bis 20 Minuten lang getestet. In der Regel wertete ich die spontan gewählte Seite bei Hand, Fuß und Auge. Bei der Händigkeit wurde zum Vergleich auch die andere Hand geprüft. Die Händigkeit wurde bei den Kindern auch gleichzeitig untersucht (das Material war doppelt vorhanden). Die Übungen zur Feststellung der Füßigkeit und Äugigkeit wurden einzeln durchgeführt. Durch geeignete Fragen verleitete ich die Kinder zu Spontangesten mit der Hand. Beim Einsatzspiel (2. Gruppe, d) mußten die V. P. zur Feststellung evtl. Farbblindheit die verschiedenen Farben der Einsatzstücke nennen. Auch auffallende Seitenunterschiede in der Mimik wurden im Protokoll vermerkt. Durch schnelle Fragen (z. B. Wo ist dein linkes Ohr? Zeig' deinen rechten Schuh! usw.) überprüfte ich das Unterscheidungsvermögen für rechts und links. Auch auffallende Ungeschicklichkeit wurde vermerkt.

Ein Fragebogen, der zusammen mit den Klassenlehrern ausgefüllt wurde, sollte die Untersuchung ergänzen. Es handelte sich um Auskünfte über die allgemeine Begabung und Geschicklichkeit, über Schulleistungen in Sport, Zeichnen und Schrift, über die Sprachentwicklung, körperliche Mißbildungen, eventuelle Schwierigkeiten beim Schreiblernprozeß, über Linkshändigkeit in der Familie der V. P. und nähere Angaben über die Sprachleiden und ihre Ursachen.

Die Ergebnisse der Untersuchung

Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde das Material in Linkshänder (füßer, -äuger), Übergangstypen (Beidhänder, Beidfüßer, Beidäuger) und Rechtshänder (-füßer, -äuger) eingeteilt. Diese Einteilung erfolgte nach einem Schlüssel, der sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Untersuchungsaufgaben zur Zahl der links, beidseitig oder rechts ausgeführten Aufgaben ergab. Die Beobachtungen der Mimik, Gesten, Seitenunsicherheit oder eines mangelhaften Unterscheidungsvermögens der Seiten wurden im Zweifelsfall berücksichtigt.

Beim Versuch einer Bestimmung der Seitigkeit wurde das Material in Linksseiter, Mischtypen und Rechtsseiter eingeteilt.

Unter allen Kindern wurden 8,9 % Linkshänder bestimmt. Das entspricht den Angaben vieler Autoren. Darüber hinaus fand sich ein hoher Prozentsatz von 31 % Übergangstypen.

12,1 % aller V. P. waren Linksfüßer. Entsprechende Vergleichszahlen aus der Literatur fehlen. Zur Feststellung einer wahrscheinlich vorhandenen größeren Gruppe von Übergangstypen bei der Füßigkeit fehlen geeignete Untersuchungsmethoden.

40,3 % der 810 V. P. waren Linksäuger. Angaben aus der Literatur stimmen z. T. damit überein.

Häufig konnte eine Übereinstimmung zwischen Händigkeit und Füßigkeit (68,5 %) festgestellt werden. Die Übereinstimmung zwischen Händigkeit und Äugigkeit (56,8 %) oder Füßigkeit und Äugigkeit (59,6 %) war geringer. Es erscheint zweifelhaft, daß die Äugigkeit eine mit der Füßigkeit und Händigkeit gekoppelte Teilerscheinung der Seitigkeit ist. Die Übereinstimmung der motorischen Prävalenz der Muskeln einer Gesichtshälfte mit der Händigkeit (75,2 %) und Füßigkeit (70,7 %) war groß. Die Übereinstimmung mit der Äugigkeit war viel geringer (55,5 %). Der in der Literatur angeführte Unterschied in der Seitigkeit zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht wurde durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt. (Händigkeit m : w = 1 : 0,77 bis 1 : 0,64, Füßigkeit 1 : 0,67 bis 1 : 0,49).

Eine Abnahme der Linksseitigkeit und Beidseitigkeit mit zunehmendem Alter war zu erkennen.

Das Ergebnis der Umfrage nach linkshändigen Familienangehörigen berechtigte nicht zu einer Aussage über die Erbllichkeit der Seitigkeitsanlage. Zusammenhänge zwischen der Linkslage der Buchstaben in der Handschrift erschienen unwahrscheinlich.

Auch ein mangelhaftes Unterscheidungsvermögen für rechts und links muß nach den Untersuchungsergebnissen nicht unbedingt typisch für einen Linkser sein.

Folgende Ergebnisse wurden bei der Untersuchung der Kinder aus den Schulen für Sprachkranke ermittelt:

Unter den Stotterern fanden sich kaum mehr Linkser und Übergangstypen als unter den Kindern der Kontrollgruppe (Volksschüler) — bei der Händigkeit 8,8 % Linkser und 28,1 % Übergangstypen.

Unter den Stotterern, die gleichzeitig stammeln, waren fast doppelt so viele Linkser und Übergangstypen als unter den Kindern der Kontrollgruppe (bei der Händigkeit 16,1 % L. und 40,9 % Übergangs-T.). Ein ähnliches Ergebnis kam bei den Stammlern heraus (bei der Händigkeit 15,4 % L. und 35,9 % Übergangs-T.). Bei den Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung waren es 13,9 % L. und sogar 49,1 % Übergangs-T.!

Damit erscheint die Hypothese bestätigt, daß Ambidextrie ähnlich wie das funktionelle Stammeln und verzögerte Sprachentwicklung durch Entwicklungshemmungen in der motorisch-kinästhetischen Sphäre bedingt sein kann.

Die Gruppe der Kinder mit Gaumenspalten war zu klein. Die Ergebnisse ließen nur vermuten, daß auch unter solchen Kindern Linkser und Übergangstypen häufiger vorkommen als unter gesunden.

Das Ergebnis bei den Kindern mit einer Lese- und Rechtschreibschwäche (33) konnte nicht gewertet werden, da fast alle Kinder auch schwach begabt waren und somit gar nicht zu den Kindern mit einer speziellen Lese- und Rechtschreibschwäche gezählt werden dürfen. Außerdem waren alle Kinder auch Stotterer oder Stammler.

Spontane Spiegelschrift scheint nicht immer ein Zeichen für Links- und Beidhändigkeit zu sein.

Unter den motorisch ungeschickten Kindern fiel eine Häufung von Linksern und besonders Übergangstypen auf (ungeschickte Kinder: Volksschule = 3,5 % Linkser u. 38,7 % Übergangstypen, Schule f. Sprachkranke = 18,8 % Linkser u. 47,9 % Übergangstypen. — Geschickte Kinder: Volksschule = 3,7 % Linkser u. 25,6 % Übergangstypen, Schule f. Sprachkranke = 10,8 % Linkser u. 40,5 % Übergangstypen).

Unter den unterdurchschnittlich begabten sprachkranken Kindern fiel ebenfalls eine große Anzahl Linkser und Übergangstypen auf. Zusammenhänge zwischen Stammeln und Begabungsschwäche könnten das bedingt haben. Ob auch Beziehungen zwischen Geistesschwäche und Linksseitigkeit bzw. Beidseitigkeit bestehen, konnte durch diese Untersuchung nicht festgestellt werden.

Zusammenfassung

Die menschliche Seitigkeit hat sehr viele und verschiedenartige Erscheinungsformen, die sich mit den bisher entwickelten Methoden nur schwer erfassen lassen und nach dem heutigen Stand der Ursachenforschung nicht restlos geklärt werden können.

Ein enger Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Sprache und der Ausbildung der Seitigkeit muß angenommen werden.

Bei Stammlern, Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung und auffällig ungeschickten Kindern kommt Linksseitigkeit und besonders Beidseitigkeit gehäuft vor. Ein Zusammenhang zwischen Stottern und Störungen in der Ausbildung der Seitigkeit erscheint unwahrscheinlich.

Die Überwindung der Linkshändigkeit liegt im Rahmen der Möglichkeiten des normalen Individuums.

Literaturangaben

1. **Wilhelm Ludwig:** „Das Rechts-Links-Problem im Tierreich und beim Menschen.“ Berlin 1932.
2. **Anneliese Leiser-Eggert:** „Methodische und statistische Untersuchungen zum Problem der Lateralisation.“ 1954.
3. **Werner Schlager:** „Untersuchungen über die Linkshändigkeit unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Epilepsie und zu Sprachstörungen.“ Freiburg 1940.

Anschrift des Verfassers: Rudolf Ahrens, Taubstummenoberlehrer, Schleswig, Memeler Straße 7

Johannes Wulff, Hamburg

ZUR REHABILITATION DER OPERIERTEN GAUMENSPALTEN

Die Notwendigkeit der sprachlichen und psychischen Therapie der operierten Gaumenspalten wird von keinem Facharzt und keinem Fachpädagogen bestritten. Jedoch ergeben sich bei den Krankenkassen zuweilen Schwierigkeiten, wenn sie die Behandlung honorieren sollen. Daher wird von der Sprachschule der Nordwestdeutschen Kieferklinik, Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Direktor Herr Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, dem Antrag an die Krankenkasse auf Honorierung der beantragten Sitzungen stets ein Aufklärungsblättchen über die erforderliche Behandlung beigegeben.

Es hat durch die unwiderlegliche Begründung der Wichtigkeit der Behandlung, die gewissermaßen als die Vollendung des operativ erzielten Ergebnisses angesehen werden kann, sehr oft dazu beigetragen, die Honorierung durch die Kassen zu erleichtern und zu sichern.

Zweifellos ist die Behandlung der Gaumenspalten ein Akt der Rehabilitation, die vom Bundesministerium für Arbeit in Bonn für alle Gehör- und Sprachgeschädigten gefordert wird. (Die berufliche Eingliederung und Wiedereingliederung der Hör- und Sprachgeschädigten. Sonderbeilage zur Berufskunde Nr. 3/1957, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit. Bestellungen an den Verlag der Raiffeisendruckerei GmbH., Neuwied. Preis —,50 DM).

Um allen Fachpädagogen bei auftretenden Schwierigkeiten mit den Kassen zu helfen, wird das in Hamburg verwandte Blättchen nachstehend veröffentlicht.

Freie Hansestadt Hamburg
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Universitätsklinik und Poliklinik
für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
— Sprachschule —
Hamburg, den

An

Betr. Ambulante Sprachbehandlung bei operierten Gaumenspalten

Durch den operativen Eingriff des Chirurgen ist die Spalte im Gaumen geschlossen worden. Damit sind die anatomischen Bedingungen für den Erwerb einer normalen Sprache geschaffen. Warum ist nun noch eine Übungs- und Sprachbehandlung notwendig?

1. Die Lippenbeweglichkeit und Lippenkraft müssen durch Massage und Übungen normalisiert werden (Lippengymnastik).
2. Die meist nachbleibende Kieferklemme muß überwunden werden (Unterkiefergymnastik).
3. Das vernarbte Gaumensegel und die anderen Muskeln im Schlunde müssen aktiviert und durch Funktionsübungen gekräftigt werden, damit der Abschluß zur Nase erreicht und die differenzierte Beweglichkeit für die Laut- und Stimmbildung ermöglicht wird (Gaumen- und Schlundgymnastische Übungen).
4. Die Atemführung aus dem Munde statt wie bisher durch die Nase muß erlernt werden (Blaseübungen).
5. Das Atemstützen, -sparen und -verteilen muß bei manchen Patienten eingewöhnt werden, weil vor der Operation der Luftverbrauch und der Atemdruck völlig verkehrt angesetzt wurden.
6. Die Atemkraft muß bei Kleinkindern gesteigert werden, damit eine einwandfreie Laut- und Stimmbildung möglich wird (Atemkraftübungen).
7. Die bisher falschen Sprachbewegungen der Schlung- und hinteren Zungenpartien (pharyngealer bzw. laryngealer Lautansatz) müssen abgewöhnt, die Laut- und Stimmbildung nach vorn verlegt werden.
8. Die oft rauhen und heiseren Stimmklänge (chronische Heiserkeit) müssen beseitigt werden (Vibrationsmassage der Fixationsmuskulatur).
9. Nicht gesprochene Laute (oft Blase- und Verschußlaute, fast immer die Zisch- und Gaumenlaute und die Lauthäufungen) müssen erübt und eingeschliffen werden.
10. Die störenden Nebengeräusche in Mund und Kehle und die Mitbewegungen des Gesichts müssen verschwinden.
11. Die durch die Mißbildung psychisch belasteten Patienten müssen wieder Antrieb und Freude, Selbstbewußtsein und Lebenssicherheit gewinnen, wobei die gleichmäßigen Sprechfortschritte sowie Lob und Anerkennung des Therapeuten außerordentlich wirksam sind (Psychische Behandlung).
12. Die Eltern müssen in Erziehungsfragen beraten werden, um dem Spaltkinde soziale, psychische, geistige und sprachliche Entwicklungshemmnisse aus dem Wege zu räumen und die volle Entfaltung seiner geistigen Kräfte zu ermöglichen (Sozialpädagogische Betreuung).

Nach den Anleitungen und Anweisungen des Sprachheillehrers (Übungsprotokolle und Übungshefte) übt und überwacht die Mutter die sprachliche Entwicklung des Kindes. Die Umgewöhnung vom falschen, nieselnden zum normalen Sprechen, vom gehemmten zum selbstsicheren Verhalten braucht ihre Zeit.

Die Dauer und Häufigkeit der Sprachbehandlung ist individuell verschieden und richtet sich nach der Schulungsfähigkeit des Patienten und der Mitarbeit des Elternhauses. Sie schwankt dementsprechend zwischen 8 und 25 Sitzungen, die je nach Notwendigkeit 14täglich oder gar wöchentlich oder sechswöchentlich durchgeführt werden.

Übungsstunden: dienstags und freitags von 13.00 bis 15.00 Uhr.

Für Auswärtige auch nach Vereinbarung.

Wichtig ist, daß sofort nach der Krankenhaus-Entlassung begonnen und die Behandlung regelmäßig fortgesetzt wird.

Die statistisch erfaßten Behandlungserfolge rechtfertigen die Notwendigkeit der Sprachbehandlung der operierten Gaumenspalten.

Anschrift des Verfassers: Johannes Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35

Aus der Organisation

Anton Rumler, St. Isidor, Post Leonding, Oberösterreich

Stimmungsbericht über die 3. Arbeitstagung in Berlin 1958

Wenn ich als Österreicher einen Stimmungsbericht über die 3. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, die vom 2. bis 4. Oktober 1958 in Berlin abgehalten wurde, geben soll, ist es für mich ein interessanter Versuch, aus der eigenen Empfindungssphäre heraus einer anderen gerecht zu werden, ein Können, das wohl zur Ermöglichung einer fruchtbaren Team-Arbeit vorhanden sein soll.

Die Tagung fand in Berlin statt. Die Arbeitstagung war durch das Rahmenthema „Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen“ auf eine breite Basis gestellt worden.

Es hatte sich die Landesgruppe Berlin bis aufs äußerste angestrengt, die Tagung so vorzubereiten, daß sie ein großes Erlebnis für die Teilnehmer werden mußte. Die zeitgerechte Proklamierung der Tagung, bei der beste Referenten aus dem In- und Ausland sprechen sollten, der niedrige Kursbeitrag, die äußerst günstige Auswahl der Tagungsorte, die Überreichung der praktischen Handmappe mit Berliner Prospekten, Stadtplänen und Programmen sicherten der Tagung einen guten Start.

In der Mitgliederversammlung, die am ersten Tagungsnachmittag im Schultheiss an der Gedächtniskirche abgehalten wurde, demonstrierte sich für den Gast aus dem Ausland die Arbeitsgemeinschaft als lebendige Gemeinschaft, und der Wille zur Arbeit, zum Ausbau, zum Vorwärtkommen, aber auch der reale Sinn, die Geradheit und Offenheit offenbarten sich in erquickender Weise. Das spürte man, daß hier die Vorbedingungen echter Team-Arbeit gegeben waren. So konnte sich der anschließende Begrüßungsabend als Abend der menschlichen Kontaktnahme in wahrhaft Berliner Art und Weise vollziehen. Es hatte sich eine große Familie zusammengefunden, aus West und Ost, aus dem nahen und dem fernsten Ausland. Erfreulicher Weise befanden sich unter den Besuchern besonders viele Ärzte.

Am Freitag, dem 3. Oktober, begrüßte der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft, Rektor Johannes Wulff, im Saal des Schiller-Gymnasiums eine stattliche Festversammlung und legte die Führung der Tagung in die bewährten Hände des Herrn Rektors Lüking. Die Prominenz der Berliner Verwaltung und des Schullebens gaben der Tagung die Ehre des Besuches und der persönlichen Begrüßung. Es kann im Rahmen dieses Berichtes nicht auf den Inhalt der Referate eingegangen werden. In allen Referaten kam der Wille zur Zusammenarbeit in echtem heilpädagogischen Sinne zum Ausdruck. Verwirklichte Team-Arbeit, geplante Team-Arbeit und Erinnerungen an einstige Team-Arbeit beherrschten als Grundton die gediegenen Ausführungen der Fachexperten. Die nachmittägigen Kurzreferate und Berichte gewährten einen tiefen Einblick in die Sprachheilarbeit des In- und Auslandes. Nach diesen Veranstaltungen offenbarte sich eine kleine Schattenseite der Tagung. Man spürte aus der Programmgestaltung das unbedingte Bestreben der Tagungsleitung, daß jeder Tagungsteilnehmer sich angesprochen fühlen sollte, um etwas mit nach Hause nehmen zu können. Es waren also für die verhältnismäßig kurze Zeit sehr viele Referate und Kurzreferate angesetzt. Man hatte zu wenig mit der Möglichkeit gerechnet, daß die Referenten ihre Zeit überschreiten könnten, man hatte die Aufnahmefähigkeit der Zuhörer überschätzt und, wie es dann auch offen bei der Tagung ausgesprochen wurde, für eine wirklich fruchtbringende Diskussion keine Zeit. Das soll aber keineswegs ein Vorwurf oder eine Kritik, sondern eine sachliche Feststellung sein. Der eindrucksvolle Verlauf der Tagung wurde dadurch kaum beeinträchtigt.

Da unter den Sprachkrankheiten das Syndrom Stottern zur Aufhellung, Lösung und Behandlung der Team-Arbeit von Pädagogen, Ärzten und Psychiatern besonders bedarf, waren die Darbietungen am Samstag, dem 4. Oktober, ausschließlich aus der Praxis der Stotterertherapie der Berliner Sprachheilschulen genommen. Quicklebendige Schülervorführungen und reichhaltige, durch Magnetophonbandaufnahmen und Lichtbilder untermalte Kurzreferate und Demonstrationen gaben einen tiefen Einblick in die eigenständige, fleißige und zielstrebige Arbeit dieser Schule. Freilich, das muß ich offen eingestehen, ist mir der Unterschied zwischen deutscher und österreichischer Wesensart noch nie so klar geworden, wie gerade an diesem Vormittag, wo wir einen so breiten Einblick in das schulische Leben dieser Sprachheileinrichtungen tun konnten.

Besonderer Erwähnung bedarf die hervorragend gestaltete Ausstellung „Organisation und Methodik“ in den Räumen der Helen-Keller-Schule, die einen fast lückenlosen illustrierten Querschnitt durch alle Abschnitte der Sprachheiltherapie bis zur Nachbetreuung gab.

Daß die schöne und reichhaltige Tagung mit einer Stadtrundfahrt durch West- und Ostberlin ihren Abschluß finden konnte, war ein wirklich glücklicher Umstand. Man hatte Menschen und Stadt nicht nur kennen, sondern trotz der Kürze der Zeit schätzen und verstehen gelernt.

Ich kann meinen Bericht nur mit einem aufrichtigen Dankeswort schließen für all das, was geboten wurde, der Landesgruppe Berlin zu der vorbildlichen und glücklichen Durchführung der Tagung gratulieren und der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß es bald ein Wiedersehen geben möge.

Gründung der Landesgruppe München

Am 24. Oktober 1958 konnte in München unter Leitung von Herrn Ludwig Hacker eine „Gruppe München“ der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V.“ gebildet werden. In seinen Begrüßungsworten wies Herr Hacker darauf hin, daß die große Zahl der sprachgeschädigten Kinder und Jugendlichen auch in München einen Erfahrungsaustausch und eine Zusammenarbeit der Fachleute erfordere. Herr Direktor Dr. Hofmarksrichter, Straubing, referierte über das Thema „Wie kann dem sprachgeschädigten Kind geholfen werden?“ und gab der Arbeitsgemeinschaft wertvolle Hinweise mit auf den Weg.

Als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft konnten gewonnen werden: Dozenten für Sprecherziehung an der Universität München, Fachärzte und Sprachtherapeuten der Stimm- und Sprachabteilung der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Universität München, Lehrkräfte der Städt. Sprachheilklassen, der Berufsfachschule für Gehör- und Sprachgeschädigte und des Landestaubstummeninstituts.

Am 26. Januar 1959 konnte die junge Arbeitsgemeinschaft bereits zu ihrem ersten Vortragsabend einladen. Es sprach Herr Alfred Tremmel, München, über das Thema: „Methodik und Praxis der Kleinkinderaudiometrie und ihre Bedeutung für den Sprachheillehrer“. Probleme der Sprachheilarbeit wurden hier, unterstützt durch Farblichtbilder, erstmals in Zusammenhang gebracht mit den Problemen der Hörerziehung.

Bereits am 24. Februar 1959 findet der nächste Vortragsabend statt. Es spricht Frau Dr. Fernau-Horn, Stuttgart, über „Das Problem des Stotterns in neuer Sicht“.

Hans Strobl

Umschau und Diskussion

Dr. Siegfried Thume, Nürtingen

Bericht über einen Einführungskursus in die Päd-Audiologie

Das Heilpädagogische Institut der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg/Schweiz hielt in der Zeit vom 3. bis 6. 9. 1958 einen Einführungskursus in die Audiologie des Kindes- und Jugendalters (Päd-Audiologie) ab, zu dem etwa sechzig Teilnehmer erschienen waren. Obwohl die Interessenten aus der Schweiz überwogen, erhielt die Veranstaltung durch Gäste aus Belgien, Deutschland und Österreich, die insgesamt etwa ein Drittel der Teilnehmerzahl ausmachten, eine internationale Nuance.

Während die medizinischen und physikalisch-technischen Referate von Dozenten aus der Schweiz gehalten wurden, referierten Dozenten aus Deutschland über die speziell pädagogisch-audiologischen Themen.

Privatdozent Dr. med. Graf sprach über die anatomischen und physiologischen Grundlagen des Hörens. Dr. med. Tanner referierte über Hörhilfen und ihre An-

passung an den Gehörgeschädigten. Seine Ausführungen wurden wirksam ergänzt durch einen sehr instruktiven Tonfilm mit dem Titel „Richtige und falsche Anpassung eines Hörgerätes“, den Fred Pappé vorführte und erläuterte. Dieser Tonfilm wurde in den Laboratorien der Firma Maico/Mailand unter Verwendung eines „künstlichen Ohres“ hergestellt. Er fand sehr starke Beachtung.

In die Pädö-Audiologie im engeren Sinne wurden die Teilnehmer durch Tbst.-Oberlehrer Steinbauer/Straubing eingeführt. Er verstand es, seine Hörer in klarer, verständlicher Form, aus dem Born großer eigener Erfahrung und umfangreicher Studien schöpfend, für folgende Themen zu interessieren: Ziele und Aufgaben der Pädö-Audiologie, Grundbegriffe der Audiometrie, Audiometertypen, Erarbeitung eines Audiogramms, Audiogrammdeutung, Geräuschaudiometrie, Sprachaudiometrie, Einführung in die Hörschulung, Hörhilfen in Schule und Haus.

Tbst.-Oberlehrer Tremmel/München besprach und demonstrierte seine Versuche zur Methode und Praxis der Kleinkinderaudiometrie.

Tbst.-Oberlehrer Löwe/Heidelberg erstattete Bericht über die pädö-audiologischen Referate, die beim Internationalen Taubstummenlehrerkongreß in Manchester gehalten wurden. Er referierte ferner über Höruntersuchungen bei Babys und Kleinkindern und über Hometraining und Hörerziehung bei gehörgeschädigten Kleinkindern nach der ewingschen Schule. Seine feinen Demonstrationen an Babys und Kleinkindern überzeugten und beeindruckten allgemein sehr stark.

Wohl keiner der Kursteilnehmer wird Freiburg ohne Bereicherung seines fachlichen Wissens, neue starke Eindrücke und wertvolle Erkenntnisse für seine berufliche Tätigkeit verlassen haben. Die vorbildliche straffe Organisation des Kursverlaufs, die praktizierte enge Verflechtung von Theorie, Demonstration und Praxis, die Konzentration, mit der gearbeitet wurde, die Klarheit und Sachlichkeit des Vortrags und der Diskussion sowie die freundlich-warme Atmosphäre und das Entgegenkommen, um die Kursleitung, Dozenten und Teilnehmer nicht nur während der Kursarbeit, sondern auch bei geselligem Beisammensein und auf einem gemeinsamen Ausflug zum schönen Murtensee bemüht waren, verdienen besonders anerkennende Erwähnung. Wir beglückwünschen den Leiter des Kurses, Herrn Prof. Montalta, und seine rührigen Helfer zu dieser so wohlgelungenen Veranstaltung. Die Teilnahme an den vorgesehenen weiteren Fachtagungen unserer Schweizer Kollegen kann wärmstens empfohlen werden.

Im Hinblick auf die derzeitige Situation der Pädö-Audiologie in Deutschland können aus dem in Freiburg Vorgetragenen und Erörterten folgende Schlußfolgerungen gezogen werden:

1. Auf dem Sektor elektro-akustische Audiometer, individuelle Hörgeräte und Vielhöranlagen für Spezialschulen ist die deutsche Industrie im Begriff, eine führende Stellung zu erreichen.
2. Folgende entscheidende Faktoren, durch die einer Fehlentwicklung des hörbehinderten Kindes wirksam vorgebeugt werden kann, sind zur Zeit in Deutschland noch vernachlässigt:
 - a) Die Erfassung hörbehinderter Kleinkinder im Alter von 0,5 Jahren an durch die Staatlichen Gesundheitsbehörden zwecks Vorstellung bei einem Audiologischen Zentrum und frühzeitiger pädagogischer Spezialbetreuung.
 - b) Die Anleitung der Eltern hörbehinderter Kinder durch Fachpädagogen zur sachgemäßen Erziehung, damit der sprachlichen und infolgedessen auch seelisch-geistigen Verwahrlosung dieser Kinder begegnet wird (Hometraining).
 - c) Die Errichtung von Spezialkindergärten für die hörbehinderten Kleinkinder von 3½ Jahren ab.
 - d) Die Ausstattung von leicht- und mittelschwerhörigen Kindern mit individuellen Hörhilfen im Fürsorgewege, damit sie die Schulen für Normalhörende mitbesuchen können, nachdem sie ein Hörtraining an einer Schwerhörigen-schule durchlaufen haben.
 - e) Die Aussonderung der späterraubten und schwerhörigen Kinder aus den Gehörlosenschulen.
 - f) Der Ausbau des Schwerhörigenbildungswesens.
 - g) Die Errichtung von Audiologischen Zentren, in denen Otologen, Psychologen, Fachpädagogen und Spezialisten für Elektro-Akustik als Team zusammenarbeiten, um den Hörbehinderten die erforderliche Hilfe zukommen zu lassen.

Wichtige Mitteilung!

Hiermit weisen wir nochmals darauf hin, daß sich die Anschrift unserer Schriftleitung geändert hat. Sie lautet jetzt:

Arno Schulze und Martin Klemm, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87.

Ziel dieser organisatorischen Maßnahmen soll auf schulischem Gebiet sein:

1. Möglichst vielen hörbehinderten Kindern den Besuch der Normalschule zu ermöglichen.
2. Schwerhörigenschulen in genügender Zahl zu errichten mit der Aufgabe,
 - a) die hochgradig schwerhörigen und spätertaubten Kinder speziell zu beschulen,
 - b) leicht- und mittelschwerhörige Kinder nach Möglichkeit zum Besuch der Normalschule zu befähigen.
3. Taube Kinder auf die Gehörlosenschulen zu konzentrieren.

Wie auf dem Kursus für Päd-Audiologie in Freiburg/Schw. mitgeteilt wurde, und wie es auch schon die einschlägige Fachliteratur ausweist, sind in den USA, England, Holland, den nordischen und anderen Ländern, z. B. Israel, diese Ziele schon weitgehend verwirklicht. Hier sind die Erfolge einer derart organisierten Hilfe für Hörbehinderte bereits wissenschaftlich erwiesen. Deutschland, das vor wenigen Jahrzehnten noch in der Betreuung seiner gehörgeschädigten Kinder führend war, hat heute auf diesem pädagogisch-fürsorglichen Gebiet gegenüber dem Ausland — zumindest auf organisatorischem Gebiet — beträchtlich aufzuholen.

Anschrift des Verfassers: Dr. Siegfried Thume, Nürtingen/N., Achalmstr. 26

Bücher und Zeitschriften

Dr. E. Schönhärl, Erlangen, Abt. f. Stimm- und Sprachstörungen der Uni.-HNO-Klinik: Das sog. physiologische Stottern vornehmlich beim Kleinkind in „Deutsches Medizinisches Journal“, Bln 12/VIII vom 15. 12. 1957 S. 618—620.

Nach einem allgemeinen Überblick über das Stottern in seinen Erscheinungsformen kommt Schönhärl zur Darstellung der Ursachen. Mit Schilling gibt er bei 80—85% der Fälle eine erbliche Belastung an, die auch Luchsinger durch seine Zwillingsforschung erwiesen hat. Es wird nicht der Fehler, wohl aber die Disposition vererbt. EEG-Untersuchungen von Bente und Schönhärl haben dieses erhärtet. Das Leiden wird durch äußere Einflüsse ausgelöst. Bei der Therapie hat sich medikamentöse Unterstützung der Sprachheilbehandlung als günstig erwiesen. Sehr gute Erfahrungen hat man in Erlangen mit dem Präparat „Esanin“ der Fa. Deutsche Hoffmann-La Roche AG in Grenzach-Baden (17b) gemacht.

Esanin stellt eine Kombination aus dem Spasmolyticum (1) Pimetremid-hydrobromid mit dem Sympathicotonicum und leichten Analepticum (2) Xylopropamin-Sulfat und dem milden Sedativum (3) Dihyprilon dar.

Ein Dragée enthält von (1) 40 mg, von (2) 2,5 mg und von (3) 60 mg.

Esanin ist bei neuro-vegetativen Dystonien angezeigt. Es ist reinen Beruhigungsmitteln vorzuziehen, weil es keine Schläfrigkeit verursacht. Im Gegensatz zu Barbituraten ruft es keine Kumulation hervor. Bis jetzt wurde das Präparat in Erlangen in 46 Fällen angewandt. Je nach Alter des Kindes wurden täglich 2—3 Dragées 4—8 Wochen lang verabreicht. Gegebenenfalls wurde die Kur nach 4 Wochen wiederholt.

Borhardt

Siebs: Deutsche Hochsprache, Bühnenaussprache. Hsgg. v. Helmut de Boor und Paul Diels. 16., völlig Neubearb. Aufl. Berlin 1957. Verlag Walter de Gruyter & Co., 353 S., 18,— DM.

Nach 28jähriger Pause endlich erscheint wieder eine völlig neubearbeitete Auflage der Ausspracheregulierung der deutschen Sprache, des guten alten Siebs, ein Name, der genau wie Duden zu einem Begriff geworden ist. Auf ihn kann das Zeitalter der öffentlichen Rede und des Rundfunks genauso wenig verzichten wie das „tintenklecksende Säkulum“ auf den Duden, wenn nicht Willkür und persönliche Geschmackrichtungen ein gar wunderliches Bild der deutschen Sprache bieten sollen. Mancherlei Erwartungen wurden an diese 16. Auflage geknüpft, manche Hoffnungen wurden erfüllt, andere sicher wieder der Problematik nähergerückt, die ein solches

Unterfangen birgt. Herausgebern und Verlag gebührt Dank dafür, daß der fast in Vergessenheit geratene Tatbestand einer amtlichen Ausspracheregelung wieder ins Licht gerückt wird, daß allen fachlich Interessierten wieder Material an die Hand gegeben wird, das eigene Überlegungen und Forschungen zu befruchten vermag. Es war doch recht schwierig, in den letzten Jahren an den Siebs von 1930 heranzukommen.

Während der Untertitel korrekt das sagt, was gemeint ist, nämlich die Aussprache (Lautung) der Bühne, erscheint der Haupttitel „Hochsprache“ für „Aussprache des Hochdeutschen“ (S. 4) zumindest in dieser Gegenüberstellung auffällig. Daß „Hochlautung“ ungewohnt sein soll (S. 4), kann bezweifelt werden und wäre kein Grund, ihn zu vermeiden. Wäre z. B. nicht auch, parallel zu „Deutsche Rechtschreibung“ einfach „Deutsche Aussprache“ zu vertreten gewesen? „Deutsche Hochsprache“ jedenfalls ist m. E. Fehldeutungen ausgesetzt in dem Sinne, daß auch grammatisch-stilistische Richtlinien erwartet werden.

Getreu der Siebsschen Konzeption ist man auch jetzt nicht von der Lautungsform des gehobenen sprachlichen Umgangs, sondern der der Bühne ausgegangen. Abgesehen davon, daß damit doch nur die Bühne des klassischen Versdramas gemeint sein kann (und die Verallgemeinerung „Bühne“ durchaus kein Hochbild zu liefern vermag), möchte man meinen, daß im Zeitalter des Rundfunks die gepflegte Umgangssprechweise das Ziel abgeben kann für das, was es anzustreben gilt. Es gibt eben Stufen der Umgangslautung, von denen sich die oberste der klassischen Bühnenaussprache nähert, weitere dann absinken bis zur landschaftlich gefärbten Sprechweise. Für die Aussprache des Deutschen schlechthin jedoch möchte man die der Bühne (klassisches Drama), welche ja in bestimmter Weise ausgesteuert sein muß, als zu hoch gegriffen bezeichnen, wohingegen die nächste Stufe, die des Rundfunks (Nachrichtensprecher) als durchaus angemessen gelten könnte.

Die Ausführungen über Hochlautung und Schule (S. 7–10) können nur unterstrichen werden: „Das Gefühl für die Verantwortung gegenüber der Sprache sollte bei dem künftigen Lehrer weit mehr, als es heute geschieht, geweckt werden, und die Schulung im richtigen Sprechen sollte daher bei seiner Ausbildung eine wichtige Rolle spielen“ (S. 9).

Die dem Verhältnis von Aussprache und Rundfunk gewidmeten Darlegungen (S. 12–15) unterstreichen z. T. den obigen Hinweis, daß hier die Grundlage gesucht werden sollte, „denn der Sender ist nicht nur für einen örtlich beschränkten Kreis da, sondern für die . . . gesamte völkische Gemeinschaft“ (S. 13), und der Rundfunksprecher „überbrückt alles Landschaftliche, und er muß sich bewußt sein, daß er mehr als andere Deutsche vor ausländischen Ohren spricht, die ihn verstehen wollen, und die an ihm ihre deutsche Sprache bilden“ (S. 14). Im Vergleich wird erwähnt, daß der englische Rundfunk (BBC) eine größere sprecherzieherische Bedeutung für seinen Sprachbereich besitze.

Der historische Überblick (S. 16–25) bringt u. a. auch die Zusammensetzung des „Erweiterten Siebs-Ausschusses“, der im Oktober 1953 die Neuauflage in der jetzigen Form beriet. In erfreulicher Breite versammelt er Bühne, Gesangspädagogik, Rundfunk, Schule (Höhere Schule und Volksschule), Sprachwissenschaft und Sprechkunde. Vielleicht könnte auch der Logopäde, der durch den Umgang mit dem Pathologischen dem Physiologischen und Normgerechten „auf den Fersen“ sitzt, mancherlei beitragen.

Die Lautphysiologen berücksichtigen nicht durchgehend den Fortschritt der letzten Dezennien. Daß z. B. bei den Vokalen nur die Mundhöhle als Resonator wirken soll, und das Gaumensegel den Nasenraum absperrt, dürfte seit etwa 150 Jahren (Dzondi 1813) als überwunden gelten und ist durch neuere Forschungsergebnisse (Krech/Halle, Wängler/Hamburg) widerlegt. Jeder Vokal soll mit einem gesunden Maß an Nasalität gebildet werden!

Einige terminologische Widersprüche finden sich in der Fassung „Verzicht auf die alleinige Forderung des harten Vokaleinsatzes (Glottisschlag)“ (S. 24) und in der Bezeichnung „festen“ Vokaleinsatz (S. 22), der auch in der letzten 15. Auflage verwendet wird. Seit Schilling (1938) kennen wird doch den physiologischen und den pathologischen Glottisschlag. Ersterer kann aus der deutschen Sprache nicht eliminiert werden, wenn diese nicht ein charakteristisches Merkmal ihrer Lautungsform aufgeben will.

Eine einheitliche Terminologie wäre auch — besonders für Ausländer — bei den Lautbeschreibungen vorteilhafter: mal sind deutsche Bezeichnungen (z. B. Engen- oder Reibelaute S. 25, Reibelaute S. 64 ff.), mal deutsche und lateinische gemischt (z. B. Verschluss- oder Explosivlaute S. 25), mal nur lateinische (z. B. Sonanten S. 61 ff.) verwendet. Einmal gilt die Einteilung „Stimmlaute, stimmlose Geräuschlaute, stimmhafte Geräuschlaute“ (S. 26), dann wieder (wenn auch begründet mit „praktischen Rücksichten“) Vokale und Konsonanten (S. 30 f.). Auch Behauptungen wie die, daß der Atemweg durch die Lippen „völlig verschlossen“ (beim p) werde, (S. 25), sollte in einer Neuauflage korrigiert werden. Das überkommene Vokaleinteilungsschema „offene und geschlossene Vokale“ (wobei die langen geschlossener, die kurzen Vokale offener zu bilden sind) sollte eingehend auf seine Stichhaltigkeit überprüft werden. Ist ein Vokal nicht stets offen?

Die Physiologie des s-Lautes ist in vielen sprechkundlich-pädagogischen Werken anders zu finden. Ein Neudruck sollte im Kapitel „Die Aussprache der einzelnen Vokale“ (S. 36 ff.) (wobei ein Parallelkapitel für die Konsonanten fehlt) die unein-

heitliche Druckanordnung auf den beiden Seitenhälften berücksichtigen. Sehr zu begrüßen ist die Forderung nach möglichstem Gebrauch des Zungenspitzen-R, weil der Vokal „nach vorne verlegt“ wird, und dieses R auch „stimmhygienisch den Vorzug verdient“ (S. 61).

Am problematischsten bieten sich jedoch die Ausführungen über die Behauchung der stimmlosen Verschlusslaute (p, t, k). „Alle p, t, k sind kräftig und behaucht zu sprechen“ (S. 77) mit folgenden Einschränkungen: 1. Zusammenstoß zweier stl. Verschl.-Laute (abputzen, er ist tot) oder eines stl. mit einem sth. Verschlusslaut (abbitten, bist du). 2. In festen Verbindungen pf, ts, ks, ps. Ob z. B. beim Zusammenstoß von zwei stl. Verschlusslauten innerhalb einer Silbe doppelte Behauchung anzuwenden ist, erscheint sehr zweifelhaft: Akt = ak't, ' = Behauchungszeichen. Schon Schmitt (1948) hat hiergegen Stellung bezogen und die Stellung des Lautes im Wortzusammenhang berücksichtigt. Umfangreiche Abhörversuche mit Unterstützung durch ein Repetierzusatzgerät, durchgeführt an der Universität Halle (Krech, Lotzmann) haben ergeben, daß der These von der grundsätzlichen Behauchung (abgesehen von den erlaubten Ausnahmen) zu widersprechen ist. Diese Abhörversuche erfolgten von Hörspieltonbändern des Rundfunks in einer Besetzung mit vorbildlichen Schauspielern. Vielleicht geht man nicht fehl in der Annahme, daß die alte Siebssche Konzeption der höchsten Form der Bühnenlautung mit ihren besonderen Aussteuerungsrücksichten zu einem Leitbild führte, das angesichts der Sprechwirksamkeit z. T. als Fiktion bezeichnet werden kann. Erfreulich wirkt daher die zunehmende Einsicht bei besonders überspitzten Forderungen, so daß z. B. b im Auslaut (Grab) nach bisheriger Regelung als „schwach eingesetztes, aber stark abgesetztes p“, nunmehr jedoch einfach wie p gesprochen wird.

Das Wörter- und Namenverzeichnis weist manche durch die Zeit bedingte Änderung auf. Vielleicht sollte man beide Verzeichnisse vereinen, denn ob ich die Aussprache eines Namens oder eines anderen Wortes suche, bleibt die gleiche Aufgabe, die bisweilen vorher schwer zu differenzieren ist (Tommy im Namen- oder Wörterverzeichnis? Es steht im Wörterverzeichnis).

Die Umschrift in die internationale Lautschrift an Stelle der bisherigen Siebs-Lautschrift wurde von Walter Kuhlmann besorgt.

Trotz der (für eine Darstellung der lebendigen Sprechweise beinahe unvermeidlichen!) problematischen Fragen, die sich zwingend auftun, ist die vorliegende Neuauflage zu begrüßen. Wir können wieder auf eine Grundlage verweisen, die der Willkür steuert und das Verantwortungsbewußtsein gegenüber der gesprochenen Sprache wachhält. Und gerade in unseren Tagen sollte diese Verantwortung in all denen wachbleiben, die erzieherisch durch das gesprochene Wort die deutsche Welt von morgen vorbereiten helfen.

H. J. Tessenow: Stotterer-Fibel. Ein Wegweiser für die Behandlung sprachgestörter Kinder. 64 Seiten. 10 Abb., Georg Thieme-Verlag Stuttgart, 1958.

Die umfangreiche Stotterer-Literatur wird durch diesen Titel um einen wenig anspruchsvollen Beitrag bereichert. Die unterlassenen Literaturangaben können nicht als Bekräftigung der Ansicht der Verf. gewertet werden, daß „Mangel an fachwissenschaftlicher Literatur“ herrsche. Das Stotterer-Phänomen ist zu ernst und zu kompliziert, als daß man glauben machen darf, es handle sich hier um ein erstes bahnbrechendes Werk. Ist schon der Titel „Stotterer-Fibel“ höchst irreführend — möchte man doch annehmen, daß es sich um einen Lehrgang zur Erlernung des Stotterns handelt —, so sollte unter der gleichen Anpreisung nicht vom Poltern und Stammeln gesprochen werden, und wenn, dann nur bei exakter Aufzeichnung der Übergangs- und Verwandtschafterscheinungen. Ganz unverständlich ist es ferner, daß das „Lispeln“ vom Stammeln abgesondert wird, ohne daß auch nur ein Hinweis auf die Gleichartigkeit der Sprachstörung erfolgt.

Die „Fibel“ soll vor allem den Eltern und Pädagogen Aufklärung verschaffen. Diese Absicht ist zu begrüßen, dürfte sich aber der hohen Anschaffungskosten wegen, kaum realisieren lassen. Eine bescheidenere Aufmachung wäre der Sache einträglicher gewesen.

Erfreulich sind die zahlreichen Hinweise auf die Umweltbedingtheit der Sprachstörung, wie die Beispiele aus der praktischen Tätigkeit des Verf., aus der Sicht einer populärwissenschaftlichen Darstellung gesehen, eine Reihe verwertbarer Anregungen bieten. Störend zieht sich durch das ganze Werk eine terminologische Unsicherheit und ein bewußtes Verharren bei Benennungen, wie sie uns durch die Philologie geläufig sind: es wird von Buchstaben statt von Lauten gesprochen; unlogisch ausgetauscht und verwechselt werden Sprachgestörte und Sprechgestörte, Sprachunfähigkeit und Sprechunfähigkeit, Sprachorgane und Sprechorgane, Sprach-erziehung und Sprech-erziehung usw.; der sprechwissenschaftlich umstrittene Forchhammer — nicht Forchheimer — wird zur Definition des Artikulationsvorganges herangezogen; auch kann nach den Menzerathschen Untersuchungen von 1938 der Artikulationsablauf nicht mehr als ein Vorgang „aneinandergereihter Vokale und Konsonanten“ beschrieben werden. Den Diphthong -eu-, der von Verf. als „Zweiklanglaut“ definiert wird, ist hier als O-ö umschrieben, wie sie in Unkenntnis der neueren Lautphysiologen bei der Bildung des -e- und -i- (auch später bei -s-) Lippenbreitzug verlangt. Mit „Zungen-R“ ist sicherlich das Zungenspitzen-r gemeint. Veraltet ist die „Vibration der Stimmbänder“ und physikalisch-akustisch unhaltbar der „stimmliche Klang“. Unklar formuliert ist ferner die „Stellung des Gaumens“,

wenn nicht ausdrücklich auf die Bewegung des Velums hingewiesen wird. Verf. übt nach einem „Artikulationsalphabet“, wobei es unklar bleibt, welches —ch— gelautet werden soll. Kurios sind die Auslassungen über den r-Laut. Auf S. 23 heißt es: „Es werden oft beide R-Laute angewendet, sowohl das Rachen- als auch das Zäpfchen-R.“ Rachen und Zäpfchen-r mit einer Qualität zu bezeichnen, ist mehr als ein Rückfall in das Zeitalter der Sprechtechnik. Verf. spricht tatsächlich auch von „sprachtechnischen Darlegungen“, wobei die Kombination von Sprache und Technik ohnehin die Sache auf den Kopf stellt. Das Rachen-r ist sprecherzieherisch und vor allem sprechhygienisch geradezu gefährlich. Die Provozierung einer Artikulationsverlagerung ist ungescheinlich. Deshalb muß die Anweisung zur Erlernung des Rachen-r ganz energisch abgelehnt werden.

Die Prognose erscheint uns generell zu optimistisch. Was über die Disposition gesagt wird, sind bekannte Dinge, die Luchsinger-Arnold vor einem Jahrzehnt in ihrem Handbuch hervorragend zusammengestellt haben. Einige Bedenken sind Elternauskünften gegenüber anzumelden, wenn die Absicht besteht, sie in eine Diagnose einzubauen.

Die Therapie der Verf. bezieht Massagen in der „Zwerchfellgegend“ ein. Solche „Eingriffe“ gehören in den Kompetenzbereich des Arztes. Es ist überhaupt zu bedauern, daß an keiner Stelle auf die unabdingbare Zusammenarbeit von Spracharzt, Sprachtherapeut und Sprecherzieher hingewiesen wird. Zu erwähnen ist noch, daß sich die passive Drucktherapie (Druck auf Mundboden und Kieferhalswinkel) durch eine physiologisch richtige Beschreibung und vorbildliche Demonstration ersetzen läßt. Außerordentlich zu unterstützen ist die Ansicht der Verf., daß auch der Stotterer exakt artikulieren und damit korrekt sprechen soll. Entscheidend dabei ist aber immer, daß nach kurzer Übungszeit an einzelnen Lauten bzw. Silben der Ganztext in den Vordergrund gerückt wird. Silben sind nicht „scheinbar“ sinnlos, sie sind es.

Ob die Senkung der Stimme („Stimmverlagerung“) immer den überzeugenden Erfolg hat, scheint uns zweifelhaft. Ist die tiefere Stimmlage zur zweiten Natur geworden, kann die „Ablenkung“ bei der Wort- und Satzbildung aufgehoben sein. Überzeugender erreicht man die nichtabzulehnende Stimmensenkung mit Fröschels „Chewing approach“, die von W. Orthmann für die Therapie hyperkinetischer Stimmstörungen abgehandelt wurde (Die sprechkundliche Behandlung funktioneller Stimmstörungen). Zusammenfassend betrachten wir es als sehr positiv, daß Verf. der Übungstherapie, die vor allem auf Stimm- und Artikulationsübungen aufbaut, den Vorzug gibt. Bedauerlich ist die Ignorierung des bisher Erkannten, was zu gehäuften falschen Darstellungen und Formulierungen führen muß.

Dem Titel entsprechend haben wir nur das Stottern betrachtet. Die Sigmatismen wurden in aller Ausführlichkeit von H. Krech (Sprechkundliche Beiträge zur Therapie der Sigmatismen) beschrieben. Lotzmann

Herbert Weinert: Die Bekämpfung von Sprechfehlern. VEB Carl Marhold Verlag, Halle/S. 3. Aufl. 1959. 143 S., 13,30 DM.

Der Autor bezeichnet sein in Fachkreisen bestens eingeführtes Buch als einen Handwerkskasten, aus dem sich der Praktiker das für den einzelnen Fall passende Werkzeug herausuchen könne. Ein wohlsortierter Handwerkskasten ist Weinerts Buch in der Tat, und wer sich bei der Stammerbehandlung, bei der Artikulationskorrektur Schwerhöriger und beim Sprechunterricht der Gehörlosen helfen lassen will, findet hier, was er dazu braucht.

In der dritten Auflage hat der Verfasser wieder manches hinzugefügt und weiter vervollständigt. (Neue Abschnitte: Artikulationsbasis, psychische Einwirkungen auf die Artikulation, Artikulation und Stimme). Heese

Susanne Müller-Firgau: Benjamins Bilderbuch, 2. Aufl. 1957, Verlag Herder, Freiburg, Preis 5,20 DM.

Ein Bilderbuch voller seltsamer und den kleinen Betrachtern verständlichen Geschichten, die ohne Worte und ohne helfende Bemerkungen Erwachsener von Kindern gelesen, erzählt und geliebt werden können. Die Kinderwelt mit allem, was zu ihr gehört, spricht in kindertümlicher Art die Herzen der Kleinen an, daß ein selbständiges, freies Erzählen und ein Verlangen nach dieser schönen, bunten Welt Selbstverständlichkeit wird. Aber nicht nur für Kinder, die noch nicht lesen können, ist dieses herrliche Bilderbuch wie selten eines geeignet, sondern es bietet für den gesamten Bereich, mit dem der Sprachheillehrer bei Kindern ungefähr bis zu zehn Jahren zu arbeiten hat, eine wirklich gute Hilfe, zu der er gerne greifen wird. Böckelmann

Schriftleitung: Arno Schulze und Martin Klemm, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87.
Geschäftsstelle: K.-H. Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Allee 162. Tel.: 60 98 49.
Druck: Makowski u. Wilde, Berlin-Neukölln, Hermannstr. 48. Tel.: 62 06 52.
(Preis pro Heft 1,80 DM, erscheint 4× p. a.)

Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

1. „Die Sprachheilarbeit“, Fachzeitschrift unserer Arbeitsgemeinschaft —
Bezugspreis pro Nr. 1,80 DM
2. **Übungsblätter zur Sprachbehandlung**
 1. Folge: Für Lispler; Folge 1—3
 2. Folge: Für Sch-Stammler pro Stück:
 3. Folge: Für K- und G-Stammler 0,40 DM
 4. Folge: Für R-Stammler
 5. Folge: Für leicht und schwer stammelnde Kinder Folge 4—8
 6. Folge: Für Heisere und Stimmschwache pro Stück:
 7. Folge: Für geschlossene Näsler 0,45 DM
 8. Folge: Für offene Näsler und Gaumenspaltler
3. „Hilf dem Stotterer“ v. M. Friedländer (Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes) 0,20 DM
4. **Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke** 0,50 DM
5. **Tagungsberichte**
 - a) Theorie und Praxis der Stotterertherapie, Hbg. 1955 5,00 DM
 - b) Stimme und Sprache, Hbg. 1956 5,00 DM
6. **Lautstreifen v. P. Lüking** 0,05 DM
Merkblatt z. Lautstreifen v. P. Lüking (im Neudruck) 0,75 DM
B-Streifen v. P. Lüking 0,05 DM
Sonderdruck: P. Lüking: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung. (Der B-Streifen) 1,50 DM
Tabelle der Randsymptome 0,20 DM

In der Reihe unserer bekannten Übungsblätter zur Sprachbehandlung ist die 9. Folge mit dem Titel „Spiele und Übungen zur Sprachbildung“ (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps erschienen.
Preis für das 48 Seiten starke Einzelheft 2,— DM.

Alle Schriften (außer 1.) sind zu beziehen durch: Hannah Jürgensen, Hamburg-Altona, Thadenstr. 147.
Rechnungsüberweisungen nur Postscheckamt Hamburg 9740

„Die Sprachheilarbeit“ ist zu beziehen durch: Karl-Heinz Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Allee 162

Bitte alle Überweisungen für die Zeitschrift auf Postscheckkonto Berlin West: Nr. 1056 68.

Zur Vereinfachung der Zahlungen für die Zeitschrift empfiehlt die Geschäftsstelle für das Jahr 1959 jährliche Bezahlung des Bezugspreises (Jetzt 7,20 DM p. a.)

Anschriftenänderungen sofort dem Kassenwart der AG. und der Redaktion mitteilen.

