

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

A u s d e m I n h a l t

H. Freund, Milwaukee, USA und M. Klemm, Berlin

Vergleichende Betrachtungen zur Pathologie der Phonasthenie und des Stotterns.

Hannes Aschenbrenner, Wien

Aus der Praxis der Rhotazismusbehandlung.

Lona Kirchner, Thallwitz

Die Mitarbeit der Mütter bei der Behandlung operierter Spaltträger im Vorschulalter.

(Fortsetzung und Schluß)

Martha Friedländer, Bremen

Die Betreuung hör- und sprachgeschädigten Kleinkinder und der Sonderkindergarten in Wien.

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

Postverlagsort Berlin

4. Jahrgang

1959

Heft 4

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

Schriftführerin: H. Jürgensen, Hamburg-Altona, Thadenstr. 147

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

Mitgliederabteilung: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35

(Aufnahme und Austritt über die zuständige Landesgruppe durch den Bundesvorstand.)

Anschriftenänderung bitte sofort der Mitgliederabteilung und der Redaktion mitteilen!

Zum erweiterten Vorstand gehören die Vorsitzenden der Landesgruppen und ein Mitglied der Schriftleitung unserer Fachzeitschrift.

Die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (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, Darmstadt, Lichtenbergstr. 71
Niedersachsen:	Fritz Schöpker, Hannover, Voßstr. 34
Schleswig-Holstein:	Dr. Dr. Hermann Wegener, Kiel, Wilhelmshavener Str. 23
Rheinland:	Willi Körber, Essen-Steele, Am Stadtgarten 6
Westfalen:	Friedrich Wallrabenstein, Münster i. W., Landeshaus

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

Baden-Württemberg: Dr. Helmuth Schuhmann, Karlsruhe, Erzbergerstr. 22

Bremen: Ernst Lehmann, Bremen, Marcusaallee 38

Rheinland-Pfalz: Erich Zürneck, Neuwied, Gehörlosenschule

Die Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

4. Jahrgang

1959

Heft 4

Dr. Henry Freund, Milwaukee, USA und Martin Klemm, Berlin

VERGLEICHENDE BETRACHTUNGEN ZUR PATHOLOGIE DER PHONASTHENIE UND DES STOTTERNS

Vorbemerkung: Die Ausführungen stützen sich hauptsächlich auf den in den USA lebenden Senior-Autor, den Psychiater und Logopäden Dr. med. Henry Freund. Sein für den „Internationalen Gesangskongreß, Paris 1937“, geschriebener Aufsatz „Stottern und Singen“ bildet die Grundlage dieser Arbeit, in die der größte Teil seiner Ausführungen übernommen, aber von mir ergänzt wurde durch Ausführungen im Sinne unserer zeitgemäßen Ansichten über das Singen und die Phonasthenie. Herr Dr. Freund hat sich freundlicherweise mit der Neubearbeitung seiner noch heute aufschlußreichen Arbeit einverstanden erklärt.

M. Klemm

Sowohl auf dem Gebiete der Sprach- als auch auf dem Gebiete der Stimmheilkunde spielen die sogenannten funktionellen, ohne organischen Befund einhergehenden Störungen, eine wichtige Rolle und stehen zahlenmäßig an erster Stelle. Unter diesen funktionellen Störungen des Sprechens und Singens interessieren uns hier in erster Linie jene, die nicht einfach Folgen falscher Gewöhnung oder fehlerhafter Schulung sind, sondern irgendwie in den neuropathischen Anlagen des Individuums wurzeln. Hier stehen an erster Stelle für unser Sprachheilwesen das Stottern, und die sogenannte Stimmchwäche der Berufssänger und Redner, die Phonasthenie und Resasthenie, für die Stimmheilkunde.

Daß zwischen Stottern und manchen Formen der Phonasthenie nicht nur eine äußere Analogie besteht, sondern daß es sich hier um eine innere Wesensverwandtschaft handelt, wird heute von den meisten Forschern anerkannt. Besonders gilt dies für jene Störungen bei Sängern und Rednern,

die sich im Anschluß an besondere Erregungen, Mißerfolge oder Lampenfieber dauernd herausbilden können, in Analogie mit dem Stottern infolge seelischer Erschütterungen.

Ehe jedoch auf die psychopathologischen Gemeinsamkeiten dieser beiden Störungen eingegangen wird, ist zur Klinik und Symptomatologie der Stimmschwäche kurz etwas zu sagen. Das größte Verdienst in der Phonastheniefrage erwarb sich der damals bekannte Berliner Stimmarzt Flatau, der in einer richtungweisenden Schrift die Grundlage für alle weiteren Forschungen auf diesem Gebiet legte. Ferner erschien in Berlin Hermann Gutzmann sen. mit zahlreichen wichtigen Arbeiten. Weitere Veröffentlichungen auf diesem Gebiet liegen uns von Imhofer, Barth, Fröschels, Gutzmann jun., Nadoleczny, Seemann und Zumsteeg vor. Die Begriffsbestimmung zur Phonasthenie gab Flatau wie folgt:

„Die Phonasthenie, die funktionelle Stimmschwäche, umfaßt diejenigen Formen der Funktionsherabsetzung oder des Funktionsverlustes, bei denen keine mechanische Schädigung als erste oder fortwirkende Ursache der Störung nachweisbar ist“. (1)

Hugo Stern und andere Autoren haben Flataus Definition angegriffen. Doch würde es zu weit führen, dem weiter nachzugehen. Es seien noch einige subjektive und objektive Symptome der Phonasthenie genannt: Unlust und Unbehaglichkeitsgefühl beim Singen, Kitzeln, Drücken und Brennen im Halse bis zum phonasthenischen Schmerz. Imhofer führt noch den chronischen Ermüdungskatarrh an. Bei der Sprechstimmchwäche, der Resasthenie, hebt Hugo Stern den Kieferschmerz hervor. Bei Sängern kommt es zu Intonationsstörungen. Flatau verweist besonders auf die Mitbewegungen wie: Lippenzucken, Grimassieren, Schiefhalten des Mundes, Hüsteln, Räuspern, Leerschlucken und Zwangsschlucken. (2) Im Befund findet man nach Hugo Stern häufig einen relativ kleinen Kehlräum oder Überkreuzung der Aryknorpel, schlecht entwickelte kleine Morgagni'sche Räume, einen unvollkommenen Epiglottis-Mechanismus, allgemeine Asymmetrien im Larynx usw. (1) Auch Luchsinger zitiert vorwiegend Flatau, Imhofer, Hugo Stern; außerdem Tarneaud, Husson, Gutzmann und Zumsteeg.

Während der Berufstätigkeit als Redner (Lehrer!) oder Sänger bilden sich leider oft genug Formen der Phonasthenie heraus. Sie haben in psychopathologischer Sicht manche Ähnlichkeit mit dem Stottern. Die oben aufgeführten Mitbewegungen des Phonasthenikers, wie sie Flatau uns schildert, ließen bereits aufhören. Oft schon während des Studiums stellen sich die ersten Schwierigkeiten ein.

Der Gesangsunterricht ist ja besonders geeignet, die Aufmerksamkeit des Schülers in übertriebener Weise auf Einzelheiten der Stimmbildung zu richten, die dadurch in übermäßiger Weise verstärkt werden und die Harmonie des Ganzen stören. Die wahrgenommene Fehlerhaftigkeit des Stimm-

klänge führt relativ zu Steigerung der Spannungen, die Stimme klingt gepreßt, es entstehen Unlust- und Insuffizienzgefühle, die diese Spannungen noch weiter steigern, und so bildet sich ein verhängnisvoller *circulus vitiosus* heraus zwischen der wahrgenommenen Fehlerhaftigkeit des Stimmklangs und der inneren Bereitschaft. Alle diese Erscheinungen sind uns ja beim Stotterer seit langem bekannt. Sie fallen alle unter den Freund'schen Begriff der „negativen Eigeninduktion“. Den Begriff der „positiven und negativen Eigeninduktion“ hat der Senior-Autor in die Stotterforschung eingeführt und auf seine grundlegende Wichtigkeit für das Verständnis nicht nur der Psychophysiologie und der Therapie des Stotterns, sondern auch eines großen Kreises verwandter Störungen und psychopathologischer Vorgänge schon im Jahre 1932 hingewiesen. (3 u. 4) Auch beim Stotterer haben wir es vielfach mit einer pathologischen Aufmerksamkeitszulenkung auf „Schwierigkeiten“ zu tun, die eigentlich erst dadurch geschaffen werden.

Nur das Objekt dieser Aufmerksamkeit ist ein anderes: sie betrifft das prompte Gelingen der phonischen Artikulation, die für die Rede dieselbe Bedeutung hat wie der ästhetisch-schöne Stimmklang für den Gesang. Auch beim Stotterer haben wir es mit einer raschen Automatisierung störender Schutz- und Abwehrbewegungen und einem Prozesse sich „induktiv“ steigender Wechselwirkungen zu tun zwischen äußerlich wahrgenommener Störung und innerem seelischen Störungszustand.

Hoepfner und Gumpertz nennen diesen Vorgang „die psychologische Entwertung des Wortes“ und meinen damit die bewußte Abwendung von dem nur Ausdrucks- oder Klangempfinden des normal Sprechenden bei gleichzeitiger Hinwendung zum bewußten Bewegungsempfinden des Sprechvorganges beim Stotterer. Diese „negative Eigeninduktion“ (nach Freund) oder „die psychologische Entwertung des Wortes“ (nach Gumpertz [5]), die uns beim Stotterer ja bekannt sind, ist beim phonasthenischen Sänger besonders deutlich, wie jeder wird bestätigen können, der mit Berufssängern oder Rednern zu tun hatte.

Das instinktive Bestreben, die erlebten Schwierigkeiten des Singens resp. Sprechens zu überwinden, ihnen vorzubeugen oder sie vor den Blicken der anderen zu verbergen, führt nicht nur beim Stotterer, sondern auch beim Phonastheniker zu den bekannten Mitbewegungen. Verfolgen die Mitbewegungen des Phonasthenikers hauptsächlich den Zweck, den Kehlkopf vor unangenehmen, peinlichen Sensationen zu befreien, zum Beispiel durch Schlucken, Räuspern, Hüsteln, so sind die Mitbewegungen des Stotterers hauptsächlich darauf gerichtet, die Sprachorgane in ihrem Kampf gegen vermeintliche Hindernisse zu unterstützen. (Fäusteballen, Fußstampfen, Augenzwinkern usw.) Das nach jahrelanger Gewöhnung oft zwanghaft gewordene Räuspern und Hüsteln birgt für den Sänger und Redner mancherlei Gefahren. Die Intaktheit der Schleimhäute wird allmählich beeinträchtigt. Weil diese sich nun meist in einem gereizten oder leistungsschwachen Zustand befinden, wird die Stimme durch eine pathologisch vermehrte Schleimmenge gebremst, — oder die Kehle wird durch Ein-

trocknen des Sekrets empfindlich trocken. Es sind Fälle von Sängern bekannt, bei denen dieser neurophatische Zustand so weit ging, daß eine Posticus-Lähmung eintrat, die außer der stimmlichen Katastrophe auch schwere Persönlichkeitsstörungen nach sich zog. Wir sehen also, was dauernde Mitbewegungen des Räusperns und Hüstelns beim Phonastheniker für Folgen haben können, — nicht müssen.

Der Phonastheniker ebenso wie der Stotterer versuchen demnach, eine durch psychische Faktoren bedingte scheinbare Unfähigkeit durch ein Übermaß an physischer Kraft und Anstrengung zu kompensieren, was natürlich eine Unmöglichkeit ist. Infolge übermäßiger Anstrengung im Kehlkopf beim Phonastheniker kann dieses zarte Organ mit der Zeit tatsächlich Schaden erleiden und schließlich organische, sichtbare Veränderungen aufweisen, wie sie eben geschildert wurden. Beim Stotterer dagegen, sofern es sich nicht um einen halb. laryngealis handelt, bleibt die Kehlkopfschleimhaut völlig unverändert, da sich die krampfartigen Anstrengungen in erster Linie gegen die größeren Artikulationsstellen der Lippen, sowie der Vorder- und Hinterzungengegend richten, die beim Sprechen eine Art Ersatzglottis bilden, wie bei der bekannten Oesophagusprache.

Die Ähnlichkeit zwischen Stottern und der Sing- oder Redestörung kann aber noch weitgehender sein. Man kann in den Gesangstudios häufig Beobachtungen machen, die uns sagen, daß es zahlreiche Störungen bei Sängern gibt, die, ohne dem Formenkreis der Phonasthenie anzugehören, in allen Einzelheiten mit den Erscheinungen des Stotterns übereinstimmen. Ebenso wie sich die Furcht des Stotterers auf bestimmte Laute, Silben oder Wörter richtet, deren Artikulation ihm schwierig oder unmöglich erscheint, und weshalb er vor ihnen ausweicht, gibt es zahlreiche von ähnlicher Erwartungsangst geplagte Sänger, die sich vor bestimmten Tonhöhen fürchten und vor ihnen zurückschrecken. Meist sind es die extrem hohen Töne. Wie der Stotterer beim Alleinsein oder in „ungefährlicher Situation“ — (im sprachlichen Sinne) — alle seine schwierigen Wörter fast immer tadellos aussprechen kann, so sind diese Sänger, wenn sie allein oder mit dem Lehrer üben, ebenfalls imstande, ihre schwierigen Tonhöhen oder Tonfolgen in befriedigender Weise zu bewältigen. Vor dem Publikum wagen sie sich innerhalb eines Vortagsstückes an diese Stellen aber nicht heran.

Der Junior-Autor erinnert sich an eine bekannte Altistin, die sich vor dem Publikum fürchtete, den Vokal „a“ in bestimmter Tonhöhe zu singen, während es im Studio stets ausgezeichnet ging. Man könnte diesen Fall vielleicht als eine Kombination von stimmlicher und sprachlicher Erwartungsangst bezeichnen. Diese Erwartungsangst geht manchmal so weit, daß sich an den Tagen vor dem Auftritt eines Sängers oder Schauspielers jedesmal eine so starke stimmliche Indisposition einstellt, daß ein Auftreten fast unmöglich wird. Der Halsarzt kann keinen Befund feststellen; am nächsten Tage, wenn alles vorbei ist, ist die Stimme wieder ganz klar,

elastisch und jeder Beanspruchung gewachsen. Eine langjährige, sehr verdiente Souffleuse der Berliner Staatsoper ist an dieser Erscheinung als Schauspielerin gescheitert, während sie in der Geborgenheit ihres Souffleurkastens, alle Rollen auswendig beherrschend, eine unentbehrliche Stütze der berühmtesten Sänger und Dirigenten war.

Wie beim Stotterer, der infolge seines Fehlers vor dem Umgange mit Menschen zurückscheut, kann sich bei solchen Sängern oder Rednern ein starkes Angst- und Minderwertigkeitsgefühl herausbilden, ein Gefühl der Ohnmacht und Insuffizienz, das ihnen schließlich jedes öffentliche Auftreten unmöglich macht und ihnen die ganze Karriere zerstören kann. Die Ursache hierfür kann sein eine falsche Gesangsmethode, übertriebene Selbstbeobachtung oder tatsächliche Unfähigkeit, Singen in einer zu hohen Tonlage usw. An solchen Störungen leiden jedoch mehr mittelmäßige oder im Abstieg befindliche Sänger, weniger solche mit großer und starker Begabung. Auch darin muß eine weitere Analogie mit dem Stottern gesehen werden! Denn dieses Leiden setzt bekanntlich in der Mehrzahl der Fälle um das 4. bis 5. Lebensjahr ein, also zu einer Zeit, wo die sprachliche Geschicklichkeit noch keinen hohen Grad erreicht hat. Zudem wissen wir, was sehr wichtig ist, daß Stotterer überhaupt Menschen sind, deren Rede unbeherrscht und mangelhaft ist. Viele Autoren drücken das so aus, indem sie sagen: „Stotterer sind Menschen mit mangelhafter sprachlicher Konstitution“. Und so befinden wir uns wieder im Einklang mit Adler's Lehre, wonach sich die Neurose am leichtesten dort festsetzt, wo schon konstitutionell eine gewisse Minderwertigkeit vorliegt. (Organ-Wahl!) Die Rolle konstitutioneller Sprachmängel bei der Entstehung des Poltern-Stotterns wurde neuerdings besonders vom Senior-Autor und D. Weiss studiert.

Oft kommen Klagen aus Kollegenkreisen, daß nach jahrzehntelanger starker Beanspruchung der Stimme nun eine berufshindernde Müdigkeit und eine sich immer mehr steigende Heiserkeit der Stimme eintreten. Gerade im Schulmusikunterricht wirken sich diese Störungen besonders unangenehm aus. Es darf aus einer Zuschrift zitiert werden:

„. . . Der Halsarzt stellte fest, daß die Stimmbänder infolge eines winzigen Knötchens nicht schließen und verordnete mir Ruhe. Hierzu muß ich noch bemerken, daß ein jahrelanges Räuspern mir fast zu einer neurotischen Gewohnheit geworden ist.“

Der Schreiber schildert weiter seine Odyssee von einem Arzt zum anderen, und da die berufshindernde, starke Indisposition nach völliger Ausheilung des Halses nicht weichen wollte, fragt er zum Schluß:

„Wenn die Ärzte die Heiserkeit mit Nervosität erklären, — ich bin gerade der gegenteiligen Meinung, nämlich, daß die Heiserkeit mich erst nervös macht, — warum wurde aber gerade die Stimme zum locus minore resistentiae und nicht ein anderes Organ?“

Die Antwort liegt bereits in der Frage. Es steht eben immer noch das alte Problem auf der Tagesordnung, ob nicht eine konstitutionelle Labilität, vielleicht verbunden mit einer Funktionsschwäche im Sprachbereich, oder ein Mißverhältnis zwischen Sprechtrieb und Sprechfähigkeit eine Rolle bei der Lokalisierung der Neurose spielen können. Falls das zutrifft, und wir sind dieser Meinung, haben wir ein wichtiges Beispiel einer funktionellen Minderwertigkeit, die im Sinne Adler's einer organischen Minderwertigkeit gleichzusetzen ist, die zu einer fehlerhaften Überkompensierung und neurotischen Entwicklung führt.

Sowohl bei Sängern und Rednern als auch bei Stotterern treten die Störungen am häufigsten an jenen Stellen auf, die, physiologisch gesehen, als die schwierigsten bezeichnet werden müssen. Bei Sängern sind es die Registerbruchstellen sowie die extrem hohen und leisen Töne, bei Stotterern die Stellen mit Konsonantenhäufungen und -verdoppelungen, besonders wo nach einem harten Explosivlaut noch mehrere konsonantische Unterbrechungen folgen. (6)

Die Forderung, die Nadoleczny für die genaue Diagnose der Phonasthenie erhebt, nämlich die genaue psychiatrische Untersuchung des „Kranken“ und seiner Seelenzustände, erinnert uns wieder an unsere Stotterer-Anamnese. Und wenn Nadoleczny einen Teil der Phonastheniker der Gruppe der sogenannten Erwartungs-Neurotiker zuzählt, so hat er diese Störungen der Sänger und Redner im klinischen Sinne geradezu mit dem Stottern, der sprachlichen Erwartungsneurose, identifiziert. (7)

Während bisher die Frage der Beziehungen zwischen funktionellen Störungen der Stimme und Stottern vom Standpunkt des seelisch gehemmten Redners und Sängers gestreift wurde, soll nun diesen Zusammenhängen vom Standpunkt des sprachlich Gehemmten, des Stotterers nachgegangen werden. Vom Stotterer und der Stottertherapie aus gesehen, gewinnt jetzt die Frage freilich ein ganz anderes Gesicht. Denn für den Stotterer und die Stottertherapie bedeutet das stimmliche und gesangliche Element einen wichtigen, fast unentbehrlichen **H e i l f a k t o r**! Die günstige, erleichternde Wirkung des Gesanges auf die Sprache Stotternder wird schon von altersher für die Therapie nutzbar gemacht. Man kann sogar sagen, wenn man das Wesen des Gesanglichen auf das ganze Musische erweitert und diesen Begriff nur genügend weit faßt, daß fast alle äußeren Stotterheilmethoden darauf hinauslaufen, die Sprache des Stotternden in einer oder mehreren Beziehungen dem Gesange anzunähern, ihr einen gesanglichen Charakter zu verleihen. Es darf an Merkel erinnert werden, der da sagte, daß die Sprache als mündlicher Vortrag, nach musikalischen Gesetzen behandelt, Gesang heiße. Die Wege hat uns die Natur selbst gewiesen: es gehört doch zu den seit je bekannten Tatsachen, daß die große Mehrzahl der Stotterer einwandfrei singt. Es sind dies über 90 % (nach Schilling, Witt u. a.). Spracherleichternd wirkt nach alter Erfahrung ebenso alles, was die Sprache des Stotterers dem Gesange annähert. Wir erinnern an das rhythmische

Sprechen, das Sprechen im Chor, das Reihensprechen, das ausgedehnte und monotone Sprechen usw. Alle diese uns bekannten Umstände haben zur Bildung der verschiedenen äußeren, sprechtechnischen Therapiemethoden Anlaß gegeben, deren wirksames Prinzip jedoch immer das gleiche ist.

Wenn wir A. Pick folgen, unterscheiden wir am komplexen Phänomen „Sprechen“ den intellektuellen Oberbau, — das ist die Artikulation, — vom musischen Unterbau, der mehr Ausdruck des Emotionellen, der Strebungen und Triebe des Seelischen ist. Diesen musischen Unterbau sehen wir als das eigentliche Fundament und den Ursprung des Sprachlichen an. Er umfaßt alles, was nicht Artikulation ist, also die melodischen, dynamischen und rhythmischen Akzente, in weiterem Sinne auch Mimik und Gebärde. Das Wesen der rein physiologischen Stottertherapie besteht also in nichts anderem, als in dem bewußten Hervorheben eines oder mehrerer dieser schon sprachlich impliziten musischen Faktoren. Es sei an die Verwendung des Rhythmus erinnert, den vor mehr als hundert Jahren bereits Colombat D'Isere in Paris anwandte, und der heute in keiner Sprachheilarbeit mehr fehlt. (8)

Eine noch weitere Annäherung an den Gesang bilden die Methoden jener Forscher, die wie Hausdörfer/Breslau aufforderten, beim Sprechen bewußt Töne zu bilden, während das Konsonantische sich selbst überlassen bleiben sollte. Nach Hausdörfer ist Tönenwollen, also Singen, geradezu identisch mit gutem Sprechen, — Buchstaben-bilden-wollen dagegen identisch mit Stottern. Direkt durch Gesang heilen wollte bekanntlich Merkel/Leipzig, selbst Dirigent, Sänger und Stotterer. Er empfahl dem Stotterer, in einem höheren Tone als gewöhnlich zu sprechen und immer daran zu denken, daß er singe. Abgesehen von Merkels rein physiologisch-mechanischen Erklärungen zum Stottern, die ja für seine Zeit charakteristisch sind, hat aber seine angeführte Anweisung für unsere Stottertherapie sicher großen Wert. Und wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir in dieser Anweisung ein Mittel erblicken, dessen er sich selber, leider Zeit seines Lebens, zu bedienen gezwungen sah.

Zuletzt möchten wir in dieser Reihe noch Elders/Krefeld, erwähnen, der die Stottertherapie geradezu mit künstlerischer Stimmbildung identifizierte. Nach seiner äußerst extremen Richtung kann sich die Therapie nur (!) auf die Gesetze des Kunstgesanges stützen. Die Heilung des Stotterns ist nach ihm gleichbedeutend mit Erziehung zur richtigen Stimmtechnik und zum reinen Klang. Der Junior-Autor hat sich mit Elders in einer Arbeit beschäftigt und seine Richtung als zu einseitig und für unsere Gruppentherapie mit Kindern als nicht immer geeignet bezeichnet.

In der Therapie des Stotterns gehen wir heute viel mehr individuell und nicht so schablonenhaft vor wie früher. Wir setzen aber alle diese Hilfsmittel bewußt für eine verdeckte kleine Psychotherapie ein, wogegen sie bei der Stimmbildung Selbstzweck sind. Vor allem bezwecken sie Aufmerk-

samkeitsablenkung von den „gefährlichen“ Anteilen der Rede, der Artikulation, hin zu jenen Anteilen, die für das Bewußtsein des Stotterers den Charakter des Ungefährlichen, Beruhigenden, Ermutigenden haben, und das sind eben die sogenannten musischen Elemente der Sprache.

Es ist an dieser Stelle nicht beabsichtigt, mehr über Stottertherapie zu sagen, deren verschiedene Theorien uns ja geläufig sind. Je schwerer aber ein Fall von Stottern ist, um so mehr treten die kleinen Mittel der larvierten Psychotherapie vor der Notwendigkeit direkter psychotherapeutischer Behandlung der ganzen Persönlichkeit in den Hintergrund.

Die sprechtechnische Seite der Stottertherapie hat nun, bei aller prinzipiellen Verschiedenheit, dennoch manche Ähnlichkeit mit den bei funktionellen Stimmstörungen geübten Verfahren. Der weiche Ansatz hat für den Stotterer ebenso wie für den phonasthenischen Sänger oder Redner seine Bedeutung. In beiden Fällen wird Entspannung angestrebt, Lösung der Verkrampfung und der Hyperfunktion. Ebenso entsprechen den eben erwähnten verschiedenartigen Kompensationshilfen in der Stottertherapie die verschiedenen „phonischen Ausgleichverfahren“ nach Flatau und Gutzmann bei der Behandlung von Phonasthenikern. Ferner wird die Ähnlichkeit der Behandlungsarten um so größer, je ausgeprägter der erwartungsneurotische Charakter der Sing- oder Redestörung ist.

Wir sehen also, daß für beide Gebiete gewisse psychologisch-phonetische Gesichtspunkte bedeutsam sind. Auf beiden Gebieten macht sich die verhängnisvolle Auswirkung überspannter und dabei ängstlicher Aufmerksamkeit zu lenkung auf Einzelheiten sonst normal automatisch ablaufender Funktionen bemerkbar, — nämlich als Störung der notwendigen Harmonie der Teilfunktionen: das ist bei Sängern die Harmonie zwischen Atem, Stimmgebung und Resonanz, bei Stotterern die gestörte Harmonie der artikulatorischen Funktionen mit ihren konsonantischen und vokalisierenden Elementen. Für beide Gebiete von Wichtigkeit ist das Gesetz von der funktionellen Einheit des Sprech- oder Singapparates, die ja identisch sind. Diese funktionelle Einheit, wie sie von allen Autoren hervorgehoben wird, bewirkt, daß sich Hemmungen und Anstrengungen von einer Stelle auf den ganzen Apparat übertragen. Es sei nur auf die bereits erwähnten expiratorischen Anstrengungen der Stotterer verwiesen, die sich alsbald den Artikulationsstellen mitteilen und so den schon vorhandenen artikulatorischen Verschuß krampfhaft verstärken. Abgesehen von Typen, die von vornherein spastisch disponiert sind, und die wir nach Luchsinger (9) dem Formenkreis der „Spastischen Dysphonie“ zuordnen, finden wir den krampfartigen Verschuß bisweilen ebenso bei der funktionellen Störung der Stimmchwäche. Auch ist die Atemtechnik beim Stotterer und Phonastheniker durch seelische Einflüsse sehr leicht reizbar. Der Senior-Autor nennt diese Patienten Atem-Neurotiker. Wir haben in den Studios immer wieder beobachtet, daß neurotisch-phonasthenische Sänger in psychischen Belastungssituationen nicht in der Lage sind, eine längere Gesangsphase, die ihnen sonst einwandfrei gelingt, mit einem Atem durchzustützen.

Letztlich sei als gemeinsames Prinzip bei beiden Störungen das der falschen Kompensation durch Kraft und Anstrengung erwähnt. Wir finden es bei funktionellen Stimmstörungen und beim Stotterer. Dieses Prinzip gesteigerter Kraftanwendung, das überall dort physiologisch ist, wo es sich um die Bewältigung eines physischen, wirklichen Hindernisses handelt, gewinnt hier pathogene Bedeutung, wo es sich gegen die Auswirkungen innerer, seelischer Hemmungen richtet.

Wir dürfen zum Schluß zusammenfassen:

Es muß erkannt werden, daß es zwischen Sprech- und Singstörungen zahlreiche Beziehungen gibt, die oft ihre Zusammenfassung unter gemeinsame Gesichtspunkte erlauben. Auf folgenden Gebieten werden die Zusammenhänge besonders deutlich:

1. Wir sehen die Verwandtschaft zwischen den erwartungsneurotischen und nervösen Störungen der Sing- und Rednerstimme und den erwartungsneurotischen Hemmungen beim Stotterer.
2. Zur Therapie der Sprach- und Stimmstörungen sei besonders auf die Bedeutung der musischen Akzente der Sprache für die Stottertherapie, ferner auf die Verfahren der Aufmerksamkeitsablenkung und Entspannung hingewiesen, die für beide Gebiete von Wichtigkeit sind.
3. Es ergab sich, daß bestimmte physiologische und phonetische Gesetzmäßigkeiten für beide Störungen von Bedeutung sind: so das Gesetz von der funktionellen Einheit des Sing- oder Sprechapparates, das psychologische Prinzip der Störung automatisierter Funktionen durch abnorme Aufmerksamkeitszulenkung, ferner die leichte Affizierbarkeit der Stimme und der Atemtechnik durch seelisch-affektive Einflüsse — und letztlich das Prinzip der falschen Kompensation durch Kraft und Anstrengung.

Ein kurzes Nachwort sei noch zur Therapie der Phonasthenie gegeben. Ihre rechtzeitige Erkennung ist ein Hauptfordernis für den Erfolg der Behandlung. Die Behandlung der Phonasthenie und Resasthenie ist die gleiche; nur ist letztere gewöhnlich hartnäckig und deshalb schwerer anzugehen. Bekannt ist das „phonische Ausgleichverfahren“ durch tonfrequente Vibration, wie es Flatau seinerzeit zu entwickeln begann. Wichtig ist die Behandlung von Begleiterkrankungen, die der Arzt oft nur akustisch diagnostizieren kann, die aber gut auf lokale Behandlung reagieren. Stimmknötchen werden nach Möglichkeit phonetisch behandelt; selten wird ein Eingriff erforderlich, dem eine postoperative methodische Übungsbehandlung folgen muß. Ferner kommen in Betracht: Atemtherapie, medikamentöse Behandlung objektiver Reizerscheinungen und wie Stern, Fröschels, Nadoleczny immer wieder fordern, ein rechtzeitiges Erkennen und eine rechtzeitige Prophylaxe.

In ähnlicher Weise ist frühzeitiges Erkennen und vorbeugendes Verfahren beim stotternden Kleinkinde von größter prophylaktischer Bedeutung.

Literatur-Verzeichnis:

1. Stern, Hugo: Die funktionellen Störungen der Singstimme. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1930, Nr. 35.
2. Flatau, Th. S.: Die Behandlung der Singstimmstörungen. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1930, Nr. 35.
3. Freund, H.: Der induktive Vorgang im Stottern und seine therapeutische Verwertung. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Springer/Berlin, 1932, Band 141, Heft 1/2.
4. Freund, H.: Psychopathological Aspects of Stuttering. American Journal of Psychotherapy, Vol. III, Nr. 4, 1953.
5. Gumpertz, F.: Über den gegenwärtigen Stand der Stotterforschung. Medizinische Klinik, Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1925, Nr. 13.
6. Freund, H.: Stottern und Silbenkoordination. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1933, Nr. 38.
7. Nadoleczny, N.: Die Untersuchung und Behandlung von Stimmstörungen der Redner und Sänger. Klinische Wochenschrift, 1922, Nr. 22.
8. Klemm, M.: Sprechrhythmik. Vorträge der 3. Arbeitstagung der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“, 1958.
9. Luchsinger, R.: „Die Stimme und ihre Störungen.“ Wien, 1949.

*Anschrift der Verfasser: H. Freund, Milwaukee/Wis., Astor-Hotel, USA,
und M. Klemm, Berlin-Neukölln, Briesestr. 51 (Sprachheilschule)*

An unsere Leser

Aus technischen Gründen können wir zum Abschluß dieses Jahrganges unserer Zeitschrift kein Inhaltsverzeichnis bringen. Da sich auch zwei Jahrgänge (8 Hefte) besser zu einem Band vereinigen lassen, werden wir erst dem Heft 4/1960 eine ausführliche Inhaltsangabe beilegen. Wir bitten um Verständnis für diese Maßnahme. Zum Weihnachtsfest 1959 und zum Jahreswechsel wünschen wir unseren Lesern alles Gute!

Redaktion und Geschäftsführung

AUS DER PRAXIS DER RHOTAZISMUSBEHANDLUNG

Über die Notwendigkeit des Zungenspitzen-R für die Verständlichkeit, den Wohlklang und die Kraft der deutschen Sprache ist in den Fachwerken ausführlich geschrieben worden. Ebenso ist eine Vielzahl von Methoden bekannt, mit deren Hilfe der richtige R-Laut gelehrt werden kann. Die meisten derselben können zu den Ableitungsmethoden gezählt werden. Hier soll nun ein neuer Weg zur Gewinnung des Zungenspitzen-R erläutert werden. Einige praktische Winke zur Behandlung der R-Stammer seien vorausgestellt.

Eine Statistik, die Kinder aus vier verschiedenen Wiener Gemeindebezirken erfaßt, zeigt, daß die Anzahl der Kinder, die ein Zungenspitzen-R, ein Zäpfchen- oder Gaumen-R oder keinen brauchbaren R-Laut sprechen, in den einzelnen Klassen erheblich differiert. Die Schwankungsbreite beträgt bis zu 30 %. Als Durchschnittswerte können für das Zungenspitzen-R etwa 50 % und für das Zäpfchen- und Gaumen-R etwa 30 % angegeben werden. Die Zuwachsrate an Zungenspitzen-R ist nach dem ersten Schuljahr sehr gering, so daß sie außer Betracht bleiben kann¹⁾.

Hier darf eingeflochten werden, daß in jenen Elementarklassen, deren Lehrkräfte selbst kein Zungenspitzen-R sprechen, der allgemeine Durchschnitt an brauchbaren R-Lauten wider Erwarten nicht unterschritten wird. Die Erklärung liegt darin, daß sich diese Lehrkräfte meistens des Mangels bewußt sind und durch besonders sorgfältige Lautschulung ausgleichend wirken.

Die Häufigkeit der Rhotazismen zwingt zu erheblicher Breitenarbeit, die gute Qualität in kürzester Behandlungszeit ergeben soll. Dazu ist wesentlich

1. die Auswahl der voraussichtlich am besten geeigneten Methode und
2. ein gutorganisierter Gruppenunterricht.

Am Beginn der Behandlung steht eine gezielte Untersuchung. Ihr Ergebnis bestimmt die Methode und auch die Zusammensetzung der Unterrichtsgruppen. Es erscheint günstig, nur wenige oder nur eine Methode anzuwenden (Gruppenunterricht!) und die Sonderfälle (Makro- und Mikroglossie, Zungenverletzungen, verkürztes frenulum linguae...) in Einzelunterweisungen zu unterrichten. Die Untersuchung bezieht sich auf Art und Bildung des Ersatz- oder Gleitlautes, auf Form und Funktion der Lippen, des Gaumens und des Zäpfchens, der Gaumenbögen und der Kiefer. Besonderes Augenmerk ist der Zunge zuzuwenden. Form, Ausmaße und Beweglichkeit sind besonders interessant. Weitere Beachtung finden Zungen- und

¹⁾ Abgesehen wurde hier von jenen Kindern, die das Zungenspitzen-R im Sprachheilkurs erlernt hatten.

Lippenbändchen, Zähne und Zahnstellung, Anomalien, Narben (Tonsillektomie) und die Atmung. Wird die Methode den anatomischen und funktionellen Gegebenheiten nicht angepaßt, so ist eine erhebliche Verlängerung der Behandlungszeit die Folge. Einige Beispiele mögen diese erläutern.

Häufig wird der R-Laut vom Lippen-R (Brummlippen) her zu lehren versucht. Hat der Schüler einen recht kleinen Mund mit einem kräftigen Ringmuskel, so bedeutet es meist schon erheblichen Zeitaufwand, das Lippen-R allein, als notwendige Vorstufe zu erzeugen. Andere Schüler weisen erheblich verkürzte Lippenbändchen auf (oft nur das der Oberlippe). Die Motilität der Lippe ist dadurch manchmal stark eingeschränkt. Auch hier ist der Weg über die Brummlippen nicht die Methode der Wahl.

Eine ähnliche Situation finden wir bei Kindern vor, die in einem prognathen Oberkiefer retrundierte kräftige Schneidezähne besitzen. Hier ist meist die Oberlippe erheblich gespannt und dadurch schon das Lippen-R beschwerlich zu erreichen. Das gleiche gilt häufig für Fälle mit größeren Narben im Lippenbereich (operierte Lippenspalte, Unfälle). Besteht ein Deckbiß oder Deckbiß kombiniert mit Prognathie, so ist selbst bei gutem Schwingen der Zunge in interdentaler Lage (Brummlippen) das Zurückziehen bei erhaltener Vibration in die Phonationsstellung des Zungenspitzen-R sehr schwierig. Auch bei erheblich geöffneten Kiefern wird in solchen Fällen kein genügender Abstand der Beißkanten in vertikaler Richtung erzielt, um die schwingende Zunge ohne Abstoppen durchziehen zu können. Bei der Methode der R-Bildung über die Brummlippen liegt der kritische Punkt für die Erhaltung der Vibration der Zunge beim Zurückziehen in die Mundhöhle kurz nach deren Passieren der Beißkanten der Schneidezähne. Die von den schwingenden Lippen dem vorderen Zungenrand mitgeteilte Bewegung ist zu gering und vor allem zu feinschlägig, um nun den ganzen Vorder- bis Mittelzungenbereich — nach Wegfall der Zungenteilung durch die Schneidezähne in interdentaler Lage — in Vibration zu versetzen. Auch erscheint es unmöglich, von einem Lernenden zu gleicher Zeit die für den R-Laut notwendige Festigkeit der Zungenränder und der Hinterzunge zu erreichen. Hierin liegt wohl die Problematik dieser Methode, die bei leichten Fällen oft zu raschen Erfolgen führt.

Ebenso wird die Methode nach M. Führung²⁾ nicht unbedingt bei einem Deckbiß Anwendung finden, während sie sich bei einem offenen Biß oder während des Schneidezahnwechsels geradezu anbietet.

In manchen Fällen finden wir ein so stark verkürztes Zungenbändchen vor, daß die Erzeugung eines normalen Zungenspitzen-R von vornherein unmöglich erscheint. Hier kann mit Hilfe eines seitlichen Zungenrandes ein unilaterales Zungenspitzen-R zustande gebracht werden, das akustisch voll-

²⁾ Führung-Lettmayer: „Die Sprachfehler des Kindes“, Österreich. Bundesverlag, Wien, S. 44.

wertig ist. Diese einseitigen Zungenspitzen-R sind auch bei normalen Zungen nicht selten anzutreffen.

Entschließt man sich, ein Gaumen-R zu erzeugen, ist es vorteilhaft, nachzusehen, ob der Gaumen funktionell in der Lage ist, die gewünschten Bewegungen überhaupt auszuführen. Es ist bekannt, daß nach Tonsillektomien Narben zurückbleiben, die von Fall zu Fall verschieden stark ausgedehnt sind. Es gibt Fälle, wo die Uvula bei der Operation versehentlich entfernt wurde, und die Gaumenbögen in einen narbigen Strang umgewandelt wurden. Daß es in einem solchen Fall unrentabel, ja aussichtslos ist, ein Gaumen- oder Zäpfchen-R erzeugen zu wollen, liegt auf der Hand. Daß auch auf Paresen und Lähmungen zu achten ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Die meisten derzeit geübten Methoden zur Entwicklung des R-Lautes sind Ableitungsmethoden. Im folgenden soll ein Verfahren zur Entwicklung des Zungenspitzen-R beschrieben werden, das den Laut systematisch von seinen phonetischen Grundlagen her aufbaut. Es eignet sich gut für den Gruppenunterricht und wird mit Vorteil im allgemeinen nicht vor dem Schulalter angewendet. Im Erwachsenenunterricht ist die Möglichkeit der präzisen punktweisen Anleitung günstig.

Begonnen wird mit allgemeinen Bewegungsübungen innerhalb der Mundhöhle. Wesentlich erscheint dabei, die Mitnahme der Zunge durch den bewegten Unterkiefer zu mildern. Dazu dient die folgende Übung. Die Zungenspitze wird hinter den Alveolen der oberen Schneidezähne fixiert und hat bei kräftiger Unterkieferbewegung in möglicher Ruhe zu verharren. Die Übung gilt als gekonnt, wenn die Zungenspitze bei gesenktem Unterkiefer nicht mehr vom Gaumen abgezogen wird und sich im großen und ganzen nur unmerklich während der Kieferbewegung verändert. Eine zweite Übung: Die Seitenränder der Zunge werden um die Längsachse hochgestellt. In dieser Lage wird die Zunge nach vorn und zurück bewegt. Die nach oben gedrehten Seitenränder der Zunge werden nun unter „Kaudruck“ genommen und leicht „gehärtet“. Übungen, bei denen die Zunge außerhalb der Mundhöhle bewegt wird, sind sicher entbehrlich (Herausstrecken zur Nase, zum Kinn usw.), da sie im wesentlichen die Funktion des M. genioglossus fördern, die aber für die Erziehung der Vibration nicht interessant ist. Gelingt ohne Zeitaufwand das Lippenbrummen bei leicht interdentaler Zungenlage, so wird man es eine Zeitlang üben, weil es dem vordersten Zungenrand das Gefühl der Vibration vermittelt.

Der Zungenkörper wird nun derart breitgezogen, daß der vordere Zungensaum fast eine Gerade bildet. Dabei ist zu beachten, daß die Zunge weder eingerollt und in L-Stellung gebracht werden darf, noch daß der Zungengrund hochgestellt wird. Der linke und der rechte Zungenrand wird nun erheblich zwischen die Backenzähne gedrückt. Dadurch wird notwendigerweise der Unterkiefer gesenkt. Dies ist für die spätere Entwicklung

bedeutend, weil Raum für die Vibration der Vorderzunge geschaffen wird. Eine breite Lagerung der Zunge im Mundboden innerhalb und in gleicher Höhe mit den unteren Backenzähnen ist nicht zweckmäßig. Nicht selten scheint das Breitziehen der Zunge am Anfang schwierig. Man geht am besten von einer leicht interdentalen Zungenlage aus, zieht die Zunge langsam über den Gaumen zurück, daß das Kontaktgefühl der seitlichen Zungenränder zu den Seitenzähnen bestehen bleibt. Die Spiegelkontrolle erscheint hier unerlässlich. Die breite Zungenlage ist aus mehreren Gründen wichtig. Einmal verhindert sie die oft lästige interdental oder addentale Lage der Zunge, die ein Schwingen von vornherein stark erschwert und schafft ausreichend Raum hinter dem Zahngehege, zum anderen erleichtert sie wesentlich die Vibration. Es ist wichtig, daß das Breitziehen der Zunge gut beherrscht wird, ehe zu den anderen Übungen weitergegangen wird.

Nun erfolgt ein mäßiges „Kauen“ der Seitenränder der Zunge durch die Backenzähne. Dadurch wird die notwendige Festigkeit erreicht. Zu beachten ist, daß die Zunge nicht nach vorn in den Mundboden rutscht.

Das „Kauen“ wird einige Zeit hindurch geübt. In der nun erreichten Kiefer- und Zungenstellung (leicht geöffneter Kiefer — breitgezogene Zunge — zwischen den Backenzähnen festgeklemmte Seitenränder der Zunge) wird kräftig durch den Mund aus- und eingeatmet. Der austretende Luftstrom soll einigermaßen konzentriert sein.

Die Zunge wird nun wiederholt mit ihrem mittleren, vorderen Rand zum harten Gaumen erst in langsamer, dann in schneller Folge, angehoben und wieder gesenkt, wobei zu beachten ist, daß die Seitenränder der Zunge unter dem Kaudruck der Backenzähne verbleiben, also nicht vor zu den Schneidezähnen gleiten. Anfangs wird in dieser Übungsphase nicht geatmet. Ist die Bewegung einigermaßen trainiert, das heißt schnell, wird dabei ein- und ausgeatmet, wobei ein „D“ ähnlicher stimmloser Laut dadurch entsteht, daß die Zunge an Mundboden und Gaumen anschlägt.

Sind die Übungen bis hierher weitgehendst mechanisiert, kann man zur „Ernte“ schreiten. Die Zunge wird — wie geübt — breitgezogen und festgeklemmt, der vordere mittlere Zungenrand an den Gaumen gedrückt und so die Mundhöhle nach vorne abgeschlossen. Nach kräftiger Einatmung durch die Nase, wird die Ausatemluft hinter dem Abschluß gestaut und schließlich dieser gesprengt: damit ist die Vibration erreicht. Eine Variante zur Erreichung der Vibration besteht darin, daß der vordere Zungenrand bei festgeklemmten Seitenrändern nach oben in einen konzentrierten Ausatemstrom geschleudert wird und so zum Schwingen kommt.

Selbstverständlich wird der Therapeut elastisch sein und die einzelnen Übungen den jeweiligen Gegebenheiten anpassen. So wird man z. B. bei kleiner Zunge und großer Mundhöhle oder stark gotischem Gaumen die breitgezogene Zunge nicht zu weit rückwärts ansetzen. Eine Schwierigkeit anderer Art findet sich manchmal bei Kindern mit breitem, flachen

Gaumen. Sie saugen das schon breitgezogene Zungenblatt an den harten Gaumen an. Hier ist meist die Bewegung des vorderen Zungenrandes — wie oben beschrieben — noch nicht genug geübt. Zu früh wurde auch mit den letzten Übungen begonnen, wenn beim Anstauen der Ausatemluft die Zunge aus ihrer breiten Lage in eine addentale oder gar interdentale Situation gebracht wird. Nicht selten wird auch der am Gaumen angepreßte Zungenrand unter dem Druck der angestauten Luft halbkreisförmig nach unten durchgebogen, und die Sprechluft entweicht mit einem kräftigen Hauchlaut ohne den gewünschten Effekt. Andere Schüler wieder ziehen im Augenblick der Phonation den Zungenrand überhaupt vom Gaumen ab und setzen mit einem Schnarchlaut ein. Hier hilft die Anweisung zu flüstern und der Auftrag, die Zunge, wie geübt, anzupressen und unter Druck ein klein wenig Sprechluft verstreichen zu lassen.

Es ist vorteilhaft, gleich zu Beginn der Übungen darauf zu achten, daß keine verkrampfte Gesamthaltung auftritt. Vor allem in den Extremitäten gibt es Verkrampfungen. Ebenso ungut sind „Verbeugungen“ und Mitbewegungen vor allem im Gesicht (Augen!)

Ist der neue Laut stimmlos gesichert, wird er mit Stimme eingeübt, und zuerst in Konsonantenverbindungen eingebaut. Die Reihenfolge Tr...Dr...Kr...Gr..., dann Wörter mit R am Anfang und erst dann Pr...Fr...SCHr... usw. ist wichtig. Soll der Laut in der Spontansprache aber auch wirklich angewendet werden, ist weiteres intensives Einüben unbedingt erforderlich.

Nun zum Gruppenunterricht! Es ist günstig, 5 bis 7 Kinder — womöglich aus der gleichen Klasse — in eine Gruppe zu nehmen. Besteht ein Bedarf für mehrere R-Gruppen, so läßt man die zweite Gruppe der ersten erst dann folgen, wenn man mit dieser etwa 5 bis 8 Unterrichtseinheiten absolviert hat. Mit allen weiteren Gruppen verfährt man ebenso. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, einzelne Kinder ihren Fortschritten entsprechend umzureihen. Innerhalb der einzelnen Gruppen besteht dann annähernd gleiches Leistungsniveau, als Voraussetzung für rationelles Arbeiten. Sicher ist das Fehlen oder die fehlerhafte Bildung des R-Lautes im Vergleich zu anderen Störungen der Sprache meistens nicht übermäßig auffällig. Dem Therapeuten gebricht es häufig an der Zeit, sich auch noch dieser, von Außenstehenden oft als Bagatelle angesehenen Störung zu widmen. Es ist darum verständlich, wenn nach Arbeitsweisen gesucht wird, die eine bessere Ausnutzung der zur Verfügung stehenden Zeit erlauben. Diesem Ziel sollen die vorstehenden Anregungen dienen.

Anschrift des Verfassers: Hannes Aschenbrenner, Wien 17., Anderg. 14/4

Lona Kirchner, Thallwitz

DIE MITARBEIT DER MÜTTER
BEI DER SPRACHHEILBEHANDLUNG OPERierterter
SPALTTRÄGER IM VORSCHULALTER

(Fortsetzung und Schluß)

4. Lippenübungen

- a) Massage mit den Fingern (bei operierter Lippenspalte)
- b) Gegensätzliche Vokalbewegungen: e — ö, i — ü, ei — eu im Wechsel vor dem Spiegel üben, den 2. Laut stets länger aushalten.
- c) Unterlippe über Oberlippe und Oberlippe über Unterlippe ziehen.
- d) Pferd nachahmen („Pferd freut sich“): bw
- e) Lippen abwechselnd spitzen und breit ziehen
- f) Pfeifen

5. Zunge kräftig und beweglich machen

- a) Zunge kräftig herausstrecken und zurückziehen
- b) Zunge bei leicht geöffnetem Mund von einem Mundwinkel zum anderen führen
- c) Zunge abwechselnd zum Kinn und zur Nase führen
(„Kinn anlecken“)
(„Nase anlecken“)
- d) Zunge bei geschlossenem Mund über obere und untere Schneidezähne von rechts nach links und wieder zurück führen („Staub wischen“)
- e) Lippen spitzen, Zunge zusammengerollt herausstrecken („Rollmops“)
- f) Zunge abwechselnd hinter die oberen und unteren Schneidezähne führen. Damit wird zugleich die Zungenlage für d — t — l — n und s bewußt gemacht.

6. Kräftigung des Gaumensegels

ist die wichtigste und vordringlichste Aufgabe bei der Näslerberhandlung nach Spaltoperationen, damit es funktionstüchtig wird und in der Lage ist, sich genügend zu heben und damit den Mundraum vom Nasenraum abzuschließen.

- a) Übung mit den Explosivlauten p — t — k, b — d — g, auch mit dem Hauchlaut h, in Silben, Wörtern und Sätzen im An-, In- und Auslaut.

Beispiel für Silbenübung mit dem Laut p:

p im Anlaut			p im Inlaut			p im Auslaut		
pa	pa	<i>pa</i>	apa	apa	<i>apa</i>	ap	ap	ap
po	po	<i>po</i>	apo	apo	<i>apo</i>	op	op	op
pu	pu	<i>pu</i>	apu	apu	<i>apu</i>	up	up	up
pe	pe	<i>pe</i>	ape	ape	<i>ape</i>	ep	ep	ep
pi	pi	<i>pi</i>	api	api	<i>api</i>	ip	ip	ip
pau	pau	<i>pau</i>	apau	apau	<i>apau</i>	aup	aup	aup
pei	pei	<i>pei</i>	apei	apei	<i>apei</i>	eip	eip	eip
peu	peu	<i>peu</i>	apeu	apeu	<i>apeu</i>	eup	eup	eup

Den kursiv gedruckten Laut stets betonen, höher im Ton („Stimme klettert in die Höhe“), länger aushalten!

Es empfiehlt sich, bei diesen Übungen die Arme mit geballten Fäusten nach unten stoßen zu lassen, damit der Laut, auf den es ankommt (p, t, k, b, d, g, h) so kräftig wie möglich gebildet wird. Die Stoßbewegung erfasst den ganzen Körper, „alles macht mit“, auch das Gaumensegel.

- b) Stets straff und genau artikulieren (präzise, genaue Lautbildung)
- c) Hell und hoch sprechen
- d) Gähnübungen mit Seufzen

7. Bekämpfung des Nasalklangles

- a) Sprehton weit nach vorn im Mundraum verlegen.
Hilfe: Mit Handbewegung sprechen. Gekrümmte Hand mit Schwung vom Munde weg schräg nach unten führen und damit gewissermaßen das Wort „aus dem Munde herausholen“ und nach vorn bringen. Innerlich mit der Bewegung mitgehen. Dabei Mund gut öffnen.
- b) Text ohne Nasenlaute (m — n — ng), z. B.
Tatü, tata, die Post ist da.
Türe auf, Türe klapp —
jetzt geht's ab!

mit zugehaltener Nase sprechen. Vibration an der Nase abfühlen. Ist Vibration vorhanden, dann ist der Luftstrom falsch gelenkt und geht in die Nase. Das darf nur bei den Nasenlauten m — n — ng der Fall sein. Solange üben, bis die Vibration verschwunden ist.

- c) Ohne Zuhalten der Nase sprechen (Text ohne Nasenlaute!). Dabei Spiegel unter die Nase halten. Wenn er beschlägt, entweicht Luft durch die Nase (das darf nur bei m — n — ng der Fall sein!). So lange üben, bis der Spiegel nicht mehr beschlägt.

8. Konzentriert und bewußt üben

Das muß in einem Raume geschehen, in dem das Kind nicht durch störende Umweltfaktoren (dritte Personen, Rundfunk oder dgl.) abgelenkt wird; denn der Näsler muß lernen, auf alle seine Sprechbewegungen sowie auf den Klang seiner Sprache zu achten. Er muß vor allem dazu erzogen werden, seine eigene, gestörte Sprache mit der Sprache des Normalsprechenden hörend zu vergleichen, damit er sich selbst jederzeit korrigieren kann. Das Gesicht darf beim Sprechen nicht verzogen werden.

9. Die Umgebung

muß gut sprechen und stets sprachliches Vorbild sein, weil vor allem Kinder jegliches Vorbild nachahmen. Spricht die Umgebung schlecht, so ist dem Näsler entweder der Weg zur Normalsprache erschwert, oder er sinkt bei bereits erzielttem besseren Sprechen in seiner Leistung wieder ab. Die das Kind betreuenden Personen müssen also in Bezug auf klangschönes und lautreines Sprechen unerbittlich streng nicht nur gegenüber dem Kinde, sondern auch vor allem gegenüber sich selbst sein. Das ist ein wichtiger Heilfaktor.

10. Sprechlust anregen

Das geschieht zweckmäßig durch die Betrachtung von Bildern (Bilderbücher, bunte Zeichnungen usw.), zu denen das Kind spricht. Es können dabei sehr gut einzelne Laute geübt werden (z. B. sch bei dem Bilde eines Schafes: „Das Schaf hat ein weiches Fell, . . . ein Glöckchen um den Hals, . . . einen Schwanz, . . . zwei Ohren, . . . frißt Gras“ usw.). Durch die Bildbetrachtung wird die Aufmerksamkeit des Kindes gefesselt und irrt nicht ab; außerdem wird eine fröhliche, beschwingte Atmosphäre geschaffen, die nicht den strengen Charakter einer Übungsstunde trägt. Das Kind ist dann mit viel mehr Lust und Liebe bei der Sache. Das ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

11. Lob

Jeder noch so kleine Erfolg im Sprechen muß anerkannt und gelobt werden. Das stärkt das Zutrauen zum eigenen Können. Das Kind hat Freude am Sprechen, arbeitet gern und eifrig mit und wird zu immer besserer Leistung angespornt. Das sind wichtige Momente.

Die Mütter nehmen dieses Merkblatt stets gern entgegen. Es enthält in Kurzform alles das, was in den Tagen der Unterweisung durchgesprochen

und geübt wurde und stellt auch die Zungenlage bei der Bildung der Lippen-, Lippenzahn-, Zahn- und Gaumenlaute und des Hauchlautes in einfachsten schematischen Zeichnungen dar, damit den Müttern die bestmögliche Hilfe gegeben wird. Das ist sehr wichtig und eine für den Sprachheilpädagogen nicht ernst genug zu nehmende Aufgabe, weil ja die Mutter bei der Arbeit am sprachgestörten Kind sein bester Verbündeter ist. Sie erleichtert, wenn sie am Kinde therapeutisch gut arbeitet, die spätere Arbeit des Lehrers in der Sprachheilschule oder kann das Kind im günstigsten Falle sprachlich sogar so weit fördern, daß es die Normalschule besuchen kann. Dazu ist sie aber nur in der Lage, wenn sie die richtige Anleitung und Unterstützung erhält. Dann jedoch kann sie in besonderem Maße dazu beitragen, daß das Ziel erreicht wird, das jegliche sprachtherapeutische Arbeit anstrebt: eine gute, verkehrsfähige Umgangssprache.

Literatur:

Waltraud Dau: Aus meiner sprachtherapeutischen Arbeit mit operierten Spaltträgern. Das Deutsche Gesundheitswesen, Berlin, Jahrgang 12/1957.

Den Herren **Karl Grundmann, Leipzig**, und **Johannes Wulff, Hamburg**, danke ich für wertvolle Hinweise, die bei der Zusammenstellung des Merkblattes Verwendung fanden.

Anschrift des Verfassers: Lona Kirchner, Kieferchirurgisch-orthopädische Heilstätte, Thallwitz

Umschau und Diskussion

Martha Friedländer, Bremen

DIE BETREUUNG HÖR- UND SPRACHGESCHÄDIGTER KLEINKINDER UND DER SONDERKINDERGARTEN IN WIEN

Schon in den 20er Jahren, zur Zeit von Fröschels und K. C. Rothe, war Wien in Fachkreisen bekannt als ein Ort, in dem besonders fortschrittliche Sprachheilarbeit geleistet wurde. Nach 1945 gehörten die Wiener Veröffentlichungen von Lettmayer und Führung zu den ersten deutschen auf dem Gebiet der Sprachheilkunde.

Einer Statistik, bekanntgegeben auf der Tagung der österreichischen Logopädinnen für Kleinkinder in Wien im Juni 1959 von Herrn Oberschulrat Lettmayer, ist zu entnehmen, daß die Stadt Wien gegenwärtig elf Sonderklassen und achtzehn Kurse für sprachgeschädigte Kinder unterhält.

Besonders wertvoll, in Anbetracht der Wichtigkeit der Früherziehung geschädigter Kinder, ist die Entwicklung der Fürsorge für sprachgestörte Kleinkinder, die von einer „Österreichischen Gesellschaft für die Fürsorge und Erziehung des Kleinkindes“ gefördert wird. Vier Logopädinnen sind von der Stadt Wien hauptamtlich allein für diesen Arbeitsbereich angestellt; daneben arbeiten auch mit solchen Kleinkindern Logopädinnen in Hospitälern und eine im Dienste der „Caritas“, in deren eigenen Kindergärten und ihrer Sozialarbeit. Diese Sprachheiltherapeutinnen sind auf die verschiedenen Stadtteile Wiens verteilt und arbeiten in den Kindergärten ihres Bezirkes. Einmal im Jahre untersuchen sie dort alle Kinder auf Sprachstörungen. Nach eingehender Beratung mit der Kindergärtnerin über die einzelnen Kinder werden bestimmte Tage festgesetzt, an denen die Logopädin im Kindergarten arbeitet. Bestimmte Hausaufgaben und regelmäßige Elternabende fördern die Zusammenarbeit. Im Juni 1959 fand eine Tagung der Kleinkind-Logopädinnen aus ganz Österreich statt, auf der dem Besucher verschiedene aufschlußreiche Tatsachen bekannt wurden. Z. B. berichtete eine der Damen ausführlich von der Teilnahme an einer Pädologisch-Audiologischen Tagung der österreichischen Taubstummlehrer, an der sie teilgenommen hatte. Das Interesse an dem Arbeitsgebiet für hörbehinderte Kinder hatte z. T. seinen Grund in folgenden Forschungsergebnissen: Beim Audiometrieren von Kindern mit Sigmatismus wurde in einer großen Zahl von Fällen festgestellt, daß diese Kinder bei c⁵ eine Hörlücke haben. Bei vielen Kindern mit anderen Sprachstörungen oder -rückständen wurde festgestellt, daß die Gesundheitsbogen eine oder mehrere überstandene Otitis enthielten, oder daß die Kinder auf die Frage, ob sie schon Ohrenschmerzen gehabt hatten, bejahten. Diese Tatsachen veranlaßten die Logopädinnen zu dem Antrag an ihre Behörde, für sie einen Kursus in Audiometrie zu veranstalten.

Besonders interessant waren auf dieser Tagung Diapositive und ein von der Kleinkinder-Logopädin Frau Fritsch selber hergestellter Tonfilm (8 mm mit synchronisiertem Tonband) über die Behandlung des Sigmatismus. Kindgemäße Atmosphäre in der Arbeit, verbunden mit großem Phantasie-reichtum der Logopädin, hatten zu einer erstaunlichen Reichhaltigkeit des Arbeitsmaterials und einer systematisch aufgebauten Methode des Unterrichts geführt. Erwähnt werden müssen sodann einige gute Veröffentlichungen. Herausgegeben von der Österreichischen Gesellschaft für die Fürsorge und Erziehung des Kleinkindes besteht eine „Kleine Reihe für den Erzieher“, aus der folgende Hefte im Zusammenhang mit unserem Thema stehen: Dr. L. Schenk-Danziger: „Die seelischen Grundbedürfnisse des Kindes“ und Nora Wandl: „Sprachstörungen im Kindergartenalter“ (Preis je etwa 0,50 DM). Außerdem erschien gerade ein „Phonetisches

Bilder- und Wörterbuch“, zusammengestellt von Maria Cerwenka, Logopädin im Sonderkindergarten der Stadt Wien (Preis etwa 3,35 DM). Eine einzigartige Einrichtung ist der Sonderkindergarten in Wien. Über dem Eingang des schlichten Gebäudes steht folgendes Motto für seine Arbeit:

„Den Kindern zu helfen, der Wissenschaft zu dienen, ein Denkmal der Menschlichkeit.“

Das langgezogene Haus beherbergt je einen Kindergarten für debile, für sehgestörte, für taube, für körperbehinderte, für neurotische Kinder, dazu einen für ganz gesunde Kinder des Wohnbezirks. In jeder Gruppe verbringen 18 bis 20 Kinder von 3—6 Jahren unter der Leitung von zwei speziell ausgebildeten Kindergärtnerinnen den Tag. Jede Gruppe hat ihr großes Spielzimmer, in dem die Kinder wie in jedem modernen Kindergarten freie Wahl unter dem reichlichen Spiel- und Beschäftigungsmaterial haben; denn hier wie an jeder guten heilpädagogischen Stätte gilt: das geschädigte Kind ist in erster Linie ein Kind mit denselben Bedürfnissen wie jedes andere Kind. Daneben finden in jeder Gruppe in angrenzenden Räumen bestimmte Übungen und Behandlungen für das besondere Leiden statt, sowohl am einzelnen Kind wie auch in kleinen Gruppen. Eine Ärztin, eine Psychologin und die schon erwähnte Logopädin stehen allen Gruppen für Untersuchungen und Behandlungen zur Verfügung. Außerdem haben die Gruppen natürlich mit einer fachärztlichen Klinik regelmäßige Verbindung, die hör- und sprachgestörten Kinder z. B. mit der HNO-Abteilung der städtischen Poliklinik Mariannengasse unter Leitung von Dozent Dr. Majer.

Die Gruppe der tauben Kinder mit einer wöchentlichen Beratungsstunde für Kinder unter drei Jahren steht unter der Leitung von Frau Giovannini und überrascht durch ihr erfolgreiches Hörtraining der bei fast allen tauben Kindern vorhandenen Hörreste. Zu Beginn reagieren die Kinder auf keinerlei akustische Eindrücke und sind stumm und ohne Begriffe und jedes Wortverständnis. Durch vielfältige Übungen mit Hilfe von Musikinstrumenten (Ziehharmonika, Glocken, Trommel und andere Schlaginstrumente) werden die Hörreste, die schon fast verschüttet waren, zu neuem Leben erweckt. Bald werden auch mechanische Verstärker angewandt; später — nach eingehenden Messungen des Gehörs — üben die Kinder an einem elektrischen Gruppenverstärker mit mehreren Anschlüssen. Einzelne Kinder bekommen auch Hörgeräte, wie sie Erwachsene tragen.

Durch diese Übungen werden die Kinder befähigt, den Rhythmus und sogar gewisse Höhenunterschiede und Lautheitsgrade von Tönen zu erkennen. Um unsere akustische Umwelt zu erfassen, ermöglicht man ihnen ein bewußtes Klang-Erleben unterschiedlicher Stimmen und vieler anderer akustischer Eindrücke, zum Teil mit Verstärkung. Solche Übun-

eine Bereicherung des Erlebens zum Ziel, sondern dienen auch als Vorübungen zum Auffassen und Verstehen der Lautsprache, die für das hörgeschädigte Kind die größte Schwierigkeit bedeutet.

Um zu verhindern, daß die Kinder sich bei der Verständigung auf Gesten verlassen, wird streng darauf geachtet, daß alle Erwachsenen, die mit den Kindern umgehen, keine hinweisenden Gebärden gebrauchen. Sie sollen zwar langsam und deutlich, aber sonst laut und klangvoll wie zu jedem anderen Kind zu ihnen sprechen. Bei Kindern mit geringen Hörresten spielt das Absehen vom Munde eine Hauptrolle. Diese Kleinen so früh wie möglich daran zu gewöhnen, auf den Mund zu sehen, ist eine sehr mühsame Aufgabe, die liebevolles Eingehen auf die Tätigkeiten der Kinder erfordert. Ist es erreicht, so ist der Weg geebnet für den Aufbau des Verständigungsmittels, das die umgebende Welt benutzt, die zunächst sichtbare Form der Lautsprache. Das Kind kann aus seiner geistigen Isolierung befreit werden. Es nimmt ja nicht wie das vollsinnige täglich hundert Mal die lautlichen Symbole der Gegenstände seiner Umgebung wahr und bildet die Assoziation zwischen den Dingen und ihren Namen. Es muß diese Beziehung erst mühsam und bewußt lernen. Bei Kindern unter drei Jahren, die zur Beratung gebracht werden, muß Frau Giovannini die Eltern in ihre Aufgabe der ersten Spracherziehung einweihen und ihnen fortlaufend Rat und Hilfe über die weiteren Schritte geben. Sie versteht es, auf vielseitige kindertümliche Weise die Beziehung zur Sprache, selbst beim Säugling, schon lustvoll zu gestalten. In späteren Stadien gibt sie immer neue sprachliche Anregungen durch selbstgefertigte, dem Alter entsprechende Lichtbilder, Schattenspiele und Kaspervorfürungen. Eine große Hilfe bei der Entwicklung der Fähigkeit, in zusammenhängenden Sätzen zu sprechen, gewann Frau G. durch die Mitarbeit von Professor Freunthaler. Mit großer Verehrung und Dankbarkeit spricht sie davon, wie er sie in die Kunst des Sprachaufbaus beim tauben Kind einführte. Freunthalers System, das Wortarten in bestimmte Teile durch bestimmte Formen und Farben bezeichnet, erleichtert auf eine ganz anderen Weise diese Arbeit und wird im Sonderkindergarten

zu sehen, wie die 5—6jährigen Kinder dieser
haft, sich sprachlich zu verständigen, gute Fortschritte
pflichtig werden, haben sie einen ganz anderen
taubstumme Kinder, die ohne solche Früh-
Elementen der Stimmgebung, des Sprach-
che zu kämpfen haben. Sie können nun
ehen.

und sprachgestörten Kleinkinder eine
itten einer hörenden und sprechen-
nbedingt nötig von ihr isoliert
Fachkräften auf den Gebieten
nach kinderpsychologischen

117
... haben nicht nur
... anderer akust-
... das be-
... enen.

Grundsätzen eingerichtet sind, in enger Zusammenarbeit mit den Eltern, den wichtigsten Erziehern im vorschulpflichtigen Alter. Ein Vorbild für alle Einrichtungen, die jetzt in vielen Ländern für die hör- und sprachbehinderten Kleinkinder entstehen!

Anschrift des Verfassers: Martha Friedländer, Bremen, Ellhornstr. 17

EINE UNTERSUCHUNG VON LOTTE SCHENK-DANZINGER AN 64 SPRECHVERWEIGERERN IN DER SCHULE

Auf der ersten deutschen schulpsychologischen Arbeitstagung in Hamburg vom 11.—15. Mai 1959, die von der Sektion Schulpsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen zusammen mit der Schulbehörde der Hansestadt organisiert worden war und unter dem Rahmenthema „Kontaktgestörte Kinder in Schule und Heim“ stand, wurde auch ein Referat logopädischer Relevanz vorgetragen. Frau Dr. Lotte Schenk-Danzinger, Leiterin des Schulpsychologischen Dienstes der Gemeinde Wien, gab einen „Ersten Bericht über eine Untersuchung an 64 Sprechverweigerern in der Schule“. Der Beitrag erfreute sich eines großen Beifalls. Darum soll im Folgenden eine Zusammenfassung geboten werden, die sich eng an den Originaltext hält.

Im Verlaufe von zehn Jahren wurden dem Schulpsychologischen Dienst der Stadt Wien 64 Kinder zugeführt, die zwar sprechen konnten, sich aber weigerten, in der Schule auf Anreden zu reagieren und auch spontan keine sprachliche Äußerung von sich gaben. Es handelte sich durchwegs um Kinder, die zu Beginn ihrer Schulzeit zwischen sechs Monaten und zwei Jahren das Sprechen vollkommen verweigert hatten. Alle sprachen in der Familie. Es handelte sich in allen Fällen um elektiven Mutismus.

Von den 64 Kindern waren 30 (= 47 %) Knaben, 34 (= 53 %) Mädchen. Zehn Kinder konnten bei ihrem ersten Besuch im Schulpsychologischen Dienst nicht getestet werden, da sie auch in dieser Situation vorerst nicht sprechen wollten. Davon verweigerten fünf jede Mitarbeit, während die anderen fünf bereit waren, wenigstens alle nichtsprachlichen Aufgaben durchzuführen. Die Testung gelang bei diesen erst während des zweiten oder dritten Besuches, in einigen Fällen nur mit Hilfe der Mutter.

Die Entwicklungsquotienten verteilten sich auf Grund der Testuntersuchung in folgender Weise:

EQ	76— 78	: 2 Kinder (= 3,0 ‰)
	80— 89	: 30 Kinder (= 47,0 ‰)
	90— 99	: 20 Kinder (= 31,2 ‰)
	100—109	: 8 Kinder (= 12,5 ‰)
	110—115	: 4 Kinder (= 6,2 ‰)

Die Hälfte der Kinder war somit grenzdebil oder debil, ein Drittel lag begabungsmäßig im unteren Normalbereich, nur etwa 19 ‰ waren gut durchschnittlich oder überdurchschnittlich befähigt. Was die Schulstufen betrifft, so besuchte die überwiegende Mehrzahl, nämlich 51 Kinder, die erste Schulklasse, 5 davon mit Altersdispens, 6 nach Rückstellung, 5 gingen in die zweite Klasse. Nur 8 waren bei der ersten Untersuchung älter als acht Jahre.

Zur Zeit der Untersuchung, nachdem also bereits alle mindestens ein halbes Jahr in der Schule gewesen waren, sprachen noch 28 Kinder kein Wort, weder zur Lehrkraft noch zu den Schulkindern. 10 sprachen zu Kindern, aber überhaupt nicht zur Lehrkraft. 13 gaben der Lehrkraft nach anfänglicher völliger Sprechverweigerung bereits flüsternd oder mit leiser Stimme Antwort, sprachen aber nichts zu Kindern. 10 weitere hatten von Anfang an mit den Kameraden gesprochen und antworteten zur Zeit der Prüfung bereits auf Anrede der Lehrkraft. Kein Kind aber sprach im Unterricht spontan. Die meisten wurden als völlig unbeteiligt am Unterrichtsgeschehen geschildert. 7 verweigerten jede Beteiligung. Die anderen 57 taten im Schreiben und Zeichnen mit, so gut sie konnten. Nur insgesamt 20, also etwa ein Drittel, redeten mit den Kameraden spontan. Viele brachten ihre Abwehr auch durch Haltung und Gebärden zum Ausdruck. (Vergraben des Gesichtes in den Händen, Verstecken unter der Bank, starre Haltung auf dem Sitzplatz u. a. m.)

Die Schilderung des häuslichen Verhaltens solcher mutistischer Kinder durch die Eltern zeigte ganz außerordentliche Übereinstimmung. So ist allen mutistischen Kindern gemeinsam die Angst vor dem Alleinsein, vor Tieren, und vor allem Neuen. Sie werden als weinerlich, trotzig, unselbständig, als schlechte Esser und als besonders eifersüchtig gegen ihre Geschwister geschildert. Besonders hervorzuheben ist die orale Symptomatik (Nägelbeissen, Lutschen, Bleistiftkauen). Mit wenigen Ausnahmen waren sie von allem Anfang an scheu gegen Fremde. Motorische Unruhe, Trotz, Überempfindlichkeit und Neigung zu Zornausbrüchen sowie Aggressivität gegen Geschwister werden übereinstimmend von allen Müttern dieser Kinder berichtet. Alle mutistischen Kinder bieten ein infantiles Verhaltensbild, ähnlich dem von wesentlich jüngeren Kindern, am besten vergleichbar mit der seelischen Labilität des ersten Trotzalters. Dabei steht jedoch die Angst ganz besonders im Vordergrund.

Bei der Analyse der familiären Situation fiel eine Tatsache besonders auf, nämlich die außerordentlich hohe Zahl von ungewollten Kindern unter den Mutisten. In 38 (= 52 %) Fällen wurde die Frage, ob das Kind erwünscht und gewollt war, unumwunden und oft mit Emphase verneint. Dazu kamen noch 10 (= 15,6 %) Kinder, die zwar angeblich gewollt waren, aber so schlecht behandelt wurden, daß sie sich selbst als ungeliebt empfinden mußten. 12 der ungewollten Kinder wurden von ihren Vätern, 8 von anderen Familienmitgliedern brutal mißhandelt. 4 der ungewollten Kinder und 1 der als gewollt bezeichneten Kinder verbrachten die ersten Lebensjahre in Anstalten; 1 wurde schon mit sieben Monaten in Pflege gegeben. Unter den Mutisten war die Zahl der unehelichen Kinder, die ja zumeist als unerwünscht bezeichnet werden, eher niedriger, als es dem sonstigen Durchschnitt entspricht. Auch Ehescheidungen (neunmal) und Trinkermilieu (viermal) dürften nicht viel höher sein als in einer Kontrollgruppe. Hingegen konnte festgestellt werden, daß sich bei 14 Fällen in der Familie Personen befanden, die ebenfalls in der Kindheit mutistisch gewesen waren. In 17 Fällen waren ein oder beide Elternteile debil oder psychotisch.

Die familiäre Situation des mutistischen Kindes ist somit fast ausnahmslos sehr ungünstig. Die Erziehungssituation des sonst normal befähigten Kindes ist insofern differenzierter als die des grenzdebilen Kindes, weil es neben roh behandelten, abgelehnten auch gewollte Kinder gibt, die schwer überfordert werden oder unter dem Einfluß einer überängstlichen Erziehung stehen.

Was die endogenen Handicaps betrifft, so standen an erster Stelle solche der Sprache. 24 Kinder fingen erst im 4. Lebensjahr zu sprechen an; 20 hatten außerdem meist schwerere Sprachfehler; 13 waren Legastheniker. Bei weiteren 12 Kindern waren im Testergebnis sprachliche Entwicklungsrückstände festzustellen. In 49 Fällen war die Sprache somit ein „Ort des geringsten Widerstandes“. Bei 25 Kindern wurde Linkshändigkeit festgestellt, bei 18 Zerebralschäden.

Schwere Verbrennungen im Kleinkindalter, die ja relativ selten sind, kamen unter den 64 Kindern fünfmal vor und haben nach Angabe der Mütter die mutistische Störung ausgelöst. Schockerlebnisse spielten bei den normalbefähigten Kindern eine größere Rolle als bei den grenzdebilen. Verbrennungen und Angefallenwerden von Hunden wurden am häufigsten genannt; daneben aber auch der Anblick einer Feuersbrunst und die plötzliche Trennung von der Mutter.

In zwei Fällen bildete der sprachliche Kontakt selbst Gegenstand eines Schockerlebnisses. Das eine Mal handelte es sich um ein begabtes jüdisches Kind, das nach dem Krieg mit Vater und Großmutter aus Polen zuwanderte, nachdem es lange Zeit ein Anne-Frank-Dasein geführt und seine Mutter verloren hatte. Dieses Kind wurde im ersten Schuljahr wegen seiner Aussprache verspottet und schwieg von da ab bis zu seinem 14. Lebensjahr,

da es durch die enge menschliche Bindung zu einer Schulpsychologin zu reaktivem Sprechen gebracht werden konnte.

Das andere Mal handelte es sich um einen 6jährigen und ebenfalls recht begabten Knaben, dem von zu Hause der Umgang mit der Großmutter, die er sehr liebte, verboten worden war. Daß sie ihn täglich nach der Schule traf, mußte strengstes Geheimnis zwischen ihm und der Großmutter bleiben. Diese Situation war eine solche Belastung für das Kind, daß es allen weiblichen Personen gegenüber das Sprechen verweigerte — einschließlich Mutter und Lehrerin —, während es zu Männern sprach.

Was die Schulsituation betrifft, so waren in der Gruppe der Grenzdebilen zur Zeit der Untersuchung alle schulisch überfordert und mit einer Ausnahme im Verlaufe ihrer Schulzeit an die Hilfsschule überwiesen worden. Auch in der Gruppe der Normalbegabten fanden sich 15 Fälle von schulischer Überforderung. Sie waren zum Teil begründet durch die für die Normalschule nur knapp ausreichende Begabung, zum Teil durch sprachliche Insuffizienz oder Legasthenie, zum Teil durch den übermäßigen Ehrgeiz der Eltern, die eine Schulbahn anstrebten, der das Kind begabungsmäßig nicht gewachsen war.

Zusammenfassend darf gesagt werden: Mutismus entsteht vielleicht auf der Basis einer schizoid-regressiven Charakterstruktur, sicher aber in den meisten Fällen aus dem Zusammenwirken früher emotionaler Frustrationen, einer stark retardierten Persönlichkeitsreifung, einer Insuffizienz auf dem Sprachsektor, zusätzlichen endogenen und exogenen Belastungen und einer Überforderungssituation, wobei die letzte von den Grenzdebilen besonders deutlich empfunden wird. Nur in zwei Fällen entpuppte sich der Mutismus als Symptom eines präpsychotischen Zustandes, da später bei beiden eine Schizophrenie zum Ausbruch kam.

Wie bald ein mutistisches Kind seine völlige Sprechverweigerung aufgibt, hängt auch von der Behandlung ab, die ihm in der Schule zuteil wird. In der Regel wird Sprechverweigerung als Trotz interpretiert und sehr oft vom Lehrer als persönliche Beleidigung empfunden. Das Verhalten des mutistischen Kindes löst im Lehrer starke Aggressionen aus. Aus der Einstellung: „Es muß mir doch gelingen, dieses Kind zum Sprechen zu bringen!“ wird der Sprechverweigerer immer gedrängt, aufgerufen, ermahnt, gescholten, oft auch verspottet. Mitunter glauben auch die Eltern, dem Zustand durch körperliche Züchtigung abhelfen zu können. Die wenigsten Lehrer erkennen, daß dem Verhalten des Kindes eine tiefliegende Angst zugrunde liegt.

Das beste Mittel, die völlige Sprechverweigerung in der Schule zu überwinden, besteht darin, das Kind nicht zum Sprechen zu zwingen, es aber auch nicht links liegen zu lassen, sondern es zu Ämtern und Gemeinschaftsspielen heranzuziehen und ihm gegenüber eine gleichmäßige freundliche Haltung einzunehmen, ohne seine Auffälligkeit zu erwähnen. Chorsprechen und Sin-

gen in immer kleiner werdenden Gruppen hat sich als ein zweckmäßiges Mittel erwiesen. Aber auch vorsichtige und liebevolle Behandlung in der Schulklasse kann die Kontaktstörung nur bis zu einem gewissen Grad beheben. Psychotherapeutische Behandlung dürfte zumindest in einzelnen Fällen erfolgversprechend sein und müßte in jedem Fall versucht werden.

Bernhard Pietrowicz

FÜRSORGE FÜR HÖRGESCHÄDIGTE

Seit dem 1. März 1959 besteht in West-Berlin eine Schulgesundheitsfürsorge für Hörbehinderte. Sie wurde vom Gesundheitsamt Neukölln eingerichtet und ist untergebracht in den Räumen der Hals-Nasen-Ohren-Klinik des Städtischen Krankenhauses Neukölln in Berlin-Buckow II, Rudower Straße 56.

Diese Beratungsstelle steht Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen kostenlos zur Verfügung. Hier arbeiten eng miteinander Facharzt, Fachpädagoge, Sozialpädagoge und ein Spezialkindergarten des Jugendamtes (in unmittelbarer Nachbarschaft) mit fachlich ausgebildeten Sonderkinderärztinnen.

Da die Untersuchung der Kinder und die Beratung der Eltern längere Zeit in Anspruch nehmen, müssen für die Besuche bei der Beratungsstelle Termine vereinbart werden (Tel. 60 80 61, App. 187).

Aus der Organisation

Landesgruppe München

Ein Ereignis für die Landesgruppe war der erste Vortragsabend von Frau Dr. Fernau-Horn in München am 24. Februar 1959. Die Referentin sprach vor einer großen Zahl von Kinder- und Nervenärzten, Psychologen und Fachpädagogen über das Thema: „Das Problem des Stotterns in neuer Sicht“. Der Vortrag, unterstützt durch Tonbandaufnahmen und Lichtbilder, wurde mit großem Interesse aufgenommen und in der Fachwelt sehr beachtet.

Der Altmeister des bayerischen Sprachheilwesens, Direktor a. D. Rötzer, Regensburg, konnte für den 3. Juni 1959 gewonnen werden. Er berichtete über die „Entwicklung und Methode des Sprachheilwesens in Regensburg“. Direktor Rötzer gab einen Einblick in seine jahrzehntelange Praxis und stellte ganz besonders die Wichtigkeit der Früherfassung sprachgeschädigter Kinder heraus. Für seine Verdienste um das Sprachheilwesen und die Fürsorge Sprachkranker war Direktor Rötzer im vergangenen Jahr mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. Eine Ehrung im Namen des Bayer. Landesverbandes für die Wohlfahrt Gehör- und Sprachgeschädigter nahm Direktor Karl Engelmann vor. Der Vorsitzende L. Hacker

dankte Direktor Rötzer für sein Kommen und beglückwünschte ihn zugleich zu seinem 83. Geburtstag.

Dr. Ernst Loebell, Leiter der Stimm- und Sprachabteilung der HNO-Klinik der Universität München, berichtete am 19. Oktober 1959 über den 11. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie in London. Er gab in geraffter Form einen interessanten Überblick über die große Zahl der Vorträge. Im zweiten Teil des Abends sprach L. Hacker über die Tagung des erweiterten Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft in Hildesheim. Breiten Raum nahm der Bericht über die stationäre Abteilung für Stotterer an der Landestaubstummenanstalt Hildesheim ein. Hans Strobl

Sitzung des erweiterten Vorstandes

In der Zeit vom 25. bis zum 27. September 1959 tagte der erweiterte Vorstand unserer Arbeitsgemeinschaft in Hildesheim. Anwesend waren der gesamte Bundesvorstand und die Vorsitzenden der Landesgruppen. Für die Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde war Herr Dr. A. Schilling erschienen. Der Geschäftsführer und der Redakteur unserer Fachzeitschrift waren ebenfalls anwesend.

Die Tagung war mit einer Besichtigung der Landestaubstummenanstalt (Dir. W. Block) verbunden, wobei die stationäre Behandlung stotternder Kinder im Vordergrund des Interesses stand.

Einige Vorträge und Vorführungen rundeten das Bild ab (Referenten: Herr Dr. Brankel, Hamburg, und die Herren Huth und Kögel, Hildesheim).

In der Sitzung des erweiterten Vorstandes gab Herr Wiechmann einen Bericht über den Stand der Einrichtungen für Sprachkranke in der Bundesrepublik und in West-Berlin. Herr Wulff sprach über die Vorbereitungen für die Tagung 1960, die vom 3. bis zum 6. Oktober abgehalten werden soll. Herr Leites referierte über die Finanzlage der Arbeitsgemeinschaft und Frau Jürgensen berichtete über Auslandskontakte. Der Referent gab einen Einblick in die Entwicklung unserer Zeitschrift; die finanzielle Lage unseres Fachorgans zeigte Herr Rölke auf.

Herr Wulff nahm dann wieder das Wort zu den Fragen der Ausbildung unseres Nachwuchses und hob noch einmal unsere Forderung nach einer mindestens 4semestrigen Universitätsausbildung (zusätzlich zum pädagogischen Grundstudium) hervor.

Am nächsten Tage wurde die Sitzung mit Vorschlägen zu einer umfassenden Geschäftsordnung für den erweiterten Vorstand und für die Hauptversammlung fortgesetzt.

Die sehr harmonisch verlaufende Tagung, deren wertvolle organisatorische und fachliche Ergebnisse von allen Teilnehmern anerkannt wurde, erhielt ihren Abschluß durch eine Stadtführung und durch eine Nachmittagsfahrt durch den spätsommerlichen Harz. Diese Fahrt brachte uns nicht nur den erwünschten, besonders nahen menschlichen Kontakt zwischen den Teilnehmern, sondern sie wurde auch eifrig zur Diskussion drängender Fachfragen genutzt.

Alle Beteiligten nahmen wertvolle Anregungen für die weitere Arbeit mit in ihre Heimatorte. Arno Schulze

Zur Beachtung!

In der Reihe „Übungsblätter zur Sprachbehandlung“ sind zwei neue Folgen erschienen:

- a) 10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen bei Erwachsenen. (Für stimmkranke und stotternde Erwachsene.)

Zusammengestellt von Johannes Wulff

Diese Broschüre umfaßt 48 Seiten; sie ist steif kartoniert und kostet 1,60 DM

- b) 11. Folge: Stimmensatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte

(auch zur allgemeinen Stimmschulung zu verwenden).

Zusammengestellt und erläutert von Johannes Wulff

Diese Druckschrift ist 11 Seiten stark und kostet 0,45 DM

Zu beziehen durch die Schriftführung der Bundesgeschäftsführung:
Hamburg-Altona, Thadenstr. 147

Bücher und Zeitschriften

R. Egenberger: Heilpädagogik. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin (West), 1959. VIII u. 325 S. Mit zahlreichen Schriftproben. Lex. —8°. Brosch. 25,40 DM. Ganzleinen 27,60 DM.

Paul Dohrmann: Heilpädagogisches Werken. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin (West) 1957. Zweite, Neubearb. Aufl., 120 S., 11 Abb., DIN A 5. Kart. 8,— DM.

Anton Reinartz: Das schwierige Kind in der Sonderschule. Die Differenzierung von Hilfsschülern mit psychodiagnostischen Verfahren. (Reihe „Erziehung und Psychologie“, Nr. 11). Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1959, 112 Seiten. Kart. 9,80 DM.

Nicht nur die Fülle seiner soliden Berufskennntnisse und -erfahrungen läßt den Fachpädagogen sein Tätigkeitsfeld überlegen beherrschen, auch das gut fundierte Wissen von den Rand- und Nachbargebieten seines Arbeitskreises trägt dazu bei. Der Logopäde sollte sich daher nicht nur in den Grund- und Hilfswissenschaften der Sprachheilpädagogik laufend informieren und weiterbilden, sondern er sollte auch in die Aufgaben und Probleme der anderen Sonderschulzweige und der Hilfsschule Einblick haben. Nur so kann er in bestimmten Fällen die ihm anvertrauten Kinder einer anderen, u. U. zweckmäßigeren Betreuung zuführen. Die uns vorliegenden drei Veröffentlichungen sind daher auch für den Fachpädagogen für sprach- und gehörgeschädigte Kinder von großem Wert und sollten gebührende Beachtung finden.

Im ersten Buch, dem umfangreichsten, hat ein alter Praktiker die Ergebnisse seiner jahrzehntelangen Tätigkeit bei der Erziehung und Unterrichtung behinderter Kinder niedergelegt. Wenn sich auch seine Beobachtungen und Erfahrungen mehr auf das hilfsschulbedürftige Kind beziehen, so kommen seine Erkenntnisse der Sprachheilpädagogik ebenfalls zugute. Wir finden doch zuweilen schwer sprachgestörte Kinder in unseren Schulen, die als sog. „Grenzfälle“ äußerst leistungsschwach und wahrscheinlich auch mehr oder weniger intelligenzgeschädigt sind.

Die aus der langen Praxis, aber auch aus heilpädagogischer Forschung resultierenden Forderungen Egenbergers zur Errichtung entsprechender Sonderschulen, heilpädagogischer Zentralschulen, Kindergärten, Horte usw., sowie sein Ruf nach noch besseren, dem bedürftigen Kinde angepaßten Methoden sind ganz in unserem Sinne und geben uns manches Argument zur Unterstützung unserer eigenen Wünsche und Pläne in die Hand.

Der Autor behandelt über diese allgemeinen Fragen hinaus im 1. Teil hauptsächlich die seelisch-geistigen Grundlagen und ihre entsprechenden Störungen und Ausfälle beim geschädigten Kind. Er schildert weiter die Methoden zur Überprüfung der gestörten Sinnestätigkeit, gibt Anregungen zur Führung der Personalbogen und referiert über Erhebungen an behinderten Schülern.

Im 2. Teil geht er theoretisch und praktisch auf die einzelnen Ausfallserscheinungen im Sprachlichen, beim Rechnen, Lesen, Schreiben und Zeichnen ein und weist auf Möglichkeiten zu ihrer Überwindung hin. Besonders wertvoll sind die zahlreichen Schriftproben von vielfältig gestörten Kindern und das ausführliche Literatur-, Namen- und Sachverzeichnis.

Das an zweiter Stelle genannte Büchlein von Dohrmann zeigt deutlich, welche Lücke dieser in der Heilpädagogik hinterlassen hat. Seine unablässigen Bemühungen — besonders um das Hilfsschulkind — kommen auch hier klar zum Ausdruck, und es gibt wohl wenige Schriften, die sich so gründlich und originell mit der Thematik der motorischen Erziehung beschäftigen. Eine bedeutende Stellung in dieser Erziehung nimmt das heilpädagogische Werken ein.

Dohrmann beschreibt zunächst die motorische Minderbegabung als Problem der Hilfsschule und gibt dann ausgezeichnete und eingehende Beispiele zur Praxis des Sonder-Werkunterrichts. In der Art einer „Fließband-Arbeit“ werden jedem Kind, seinem Leistungsstand und seinen Entwicklungsmöglichkeiten und -gegebenheiten gemäß, Einzelaufgaben (Aufzeichnen, Sägen, Bohren, Feilen, Schleifen, Kleben usw.) zugewiesen, die in Zusammenarbeit aller zu einem ganzen Werkstück führen. Dabei wird nach und nach Papier, Pappe, Holz und Blech benutzt. Diese Art der Arbeit hat sich nach Dohrmann für die motorisch Unbegabten als sehr zweckmäßig erwiesen, da die alleinige Herstellung eines Werkstückes für manche

Hilfsschulkinder wegen der vielen Handgriffe verschiedenen Schwierigkeitsgrades nahezu unmöglich ist.

Das Buch kann auch dem Sprachheilpädagogen empfohlen werden, da auch unsere Schülerinnen und Schüler häufig — und die Stotterer fast immer — Störungen in der Motorik aufzuweisen haben, die auch durch einen besonders ausgestalteten Werkunterricht angegangen werden können.

Im letzten in diesem Rahmen zu besprechenden Werk wird der Leser mit drei psychodiagnostischen Verfahren bekannt gemacht, die bei Reinartz zwar zur Differenzierung von Hilfsschülern dienen, aber auch eine hervorragende Bedeutung für die Persönlichkeitserfassung der sprachgestörten Kinder gewinnen könnten. Es sind dies der Fabeltest von L. Düss, der Geschichtenerzähltest von M. Thomas und der Children's Apperceptionstest (CAT) von L. Bellak. Alle drei beruhen größtenteils auf tiefenpsychologischen Grundlagen.

In einer knappen, doch hervorragend gelungenen und erschöpfenden Darstellung werden diese Verfahren beschrieben. Dabei werden die Erfahrungen und Ergebnisse früherer Untersucher mit diesen Tests angeführt und auch kritische Anmerkungen nicht vergessen. Die von Düss benutzten Fabeln und der Text der Geschichten von Thomas sind wortgetreu abgedruckt. Auch die zehn Bildtafeln des CAT sind, wenn auch etwas klein geraten, so doch in einwandfreiem Druck wiedergegeben. Dazu kommen genaue Anleitungen zur Durchführung und Auswertung dieser Untersuchungsverfahren.

Im weiteren Verlauf seiner Ausführungen teilt dann der Autor die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen mit diesen Tests mit. Auch wie diese vorgenommen wurden, wird dem Leser eingehend geschildert. Dabei stellte sich Reinartz auf folgende Arbeitshypothese: Da als „Ursache der Hilfsschulbedürftigkeit für einen hohen Prozentsatz der Schüler eben jene Störungsarten genannt werden, die mit den drei geschilderten Verfahren festgestellt werden“ können, müßten diese Tests „die Differenzierung der Hilfsschüler im Hinblick auf ihre auf Umwelteinflüsse zurückzuführende Schwierigkeiten“ ermöglichen. Das wird in der Zusammenfassung am Schluß des Buches dann auch bestätigt. Das letzte Kapitel hebt noch die Bedeutung der Untersuchungen für die Hilfsschulpraxis hervor.

Wie schon oben angedeutet, wäre es sehr reizvoll und wichtig, wenn ein entsprechend vorgebildeter Untersucher diese Tests auch einmal im sprachheilpädagogischen Bereich ausprobierte. Die Lektüre des Buches von Reinartz könnte einen Logopäden direkt dazu anregen. Zusammenfassend kann der Rezensent von allen drei Büchern sagen, daß sie nicht nur über ein Nachbargebiet unseres sonderpädagogischen Berufes informieren, sondern, wie ausgeführt, darüber hinaus auch der Sprachheilpädagogik dienen können. Sie sollten daher in unseren Büchereien auch vorhanden sein.

Arno Schulze

Maria Hess: Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Band 9 der Arbeiten zur Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik, herausgegeben vom Institut für Pädagogik und angewandte Psychologie der Universität Freiburg in der Schweiz unter Leitung der Professoren Dr. L. Dupraz und Dr. E. Montalta. Universitätsverlag Freiburg, Schweiz 1959, 238 Seiten, Preis: 26,— DM.

Wie auch im Vorwort gesagt wird, bringt das Buch keine neuen fachwissenschaftlichen Erkenntnisse. Vielmehr ist es „das Anliegen, dem Studierenden und dem angehenden Praktiker der Logopädie jene Grundlagen zu vermitteln, die er in der ambulatorischen Tätigkeit ganz besonders und zuerst braucht“.

Diesem Anliegen entspricht Maria Hess auf jeder Seite. In minutiöser Kleinarbeit hat die Verfasserin zusammengetragen, was man — insbesondere in der deutschsprachigen Fachliteratur — über Sprachstörungen und ihre pathologischen Randgebiete finden kann. In sechs Teilen gegliedert und sorgfältig untergliedert finden wir die Fülle des fachlichen Stoffes übersichtlich geordnet. Ätiologie, Symptomatik, pathologische Vergesellschaftungen und Diagnostik werden kurz und doch umfassend mit der Beschränkung auf das Wesentliche abgehandelt. Für die breitere Orientierung in speziellen Fragen erleichtern die häufigen Hinweise auf die Quellenliteratur besonders dem Studierenden die Lektüre.

Aus dem ganzen Entwurf der Arbeit erkennt man in Maria Hess die Praktikerin. Deutlich spürt man, wie es ihr darum geht, auf die Erfassung der Gesamtperson größte Aufmerksamkeit zu verwenden. Aus den Anamnesemustern ist weiter zu ersehen, wie ernst es der Verfasserin mit ihrer in der Einleitung dargestellten anthropologischen Konzeption ist. Psychische, somatische, genetische und soziologische Fakten können für die Beurteilung einer Sprachstörung gleich wichtig werden. Es versteht sich von selbst, daß damit dem Team im weitesten Sinne eine Aufgabe bei der Diagnose und Therapie der Sprachstörungen gestellt wird.

Im Anhang hat die Verfasserin einige der in der Schweiz und in Deutschland üblichen Untersuchungsschemata, Prüfungs- und Anamneseformulare wiedergegeben. Im Schlußteil werden dann noch die Ergebnisse von Reihenuntersuchungen zur

Erfassung der Verbreitung von Sprachstörungen aus verschiedenen örtlichen Bereichen der Schweiz aufgezeigt.

Es schmälert den Wert des Buches keineswegs, doch werden — besonders von einem Berliner — der an Berliner Sprachheilschulen seit Jahrzehnten eingeführte Lautstreifen von Paul Lüking und der vom gleichen Verfasser in den letzten Jahren entworfenen B-Streifen (Balbuties) mit Symptomtabelle vermifft. Der Vollständigkeit halber wäre es zu wünschen, daß bei einer späteren Auflage zumindest der Lüking'sche Lautstreifen, der jetzt auch vielerorts in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt ist, mitaufgenommen würde. Bei der Durchsicht des Literaturverzeichnis fällt auf, daß Max Nadoleczny's „Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde“ fehlt. Dieses 1926 erschienene Buch — heute zwar nur noch in wenigen Exemplaren vorhanden — gehört zweifellos immer noch zu den wichtigsten Werken der deutschsprachigen logopädischen Fachliteratur.

Es bleibt aber offensichtlich: Maria Hess' Vorhaben, Studierenden und jungen Praktikern einen brauchbaren Wegweiser in die Hand zu geben, ist mehr als gelungen. Es dürfte auch dem erfahrenen Logopäden, besonders bei den seltener vorkommenden logopädischen Befunden, ein willkommenes Handbuch sein. Das umfangreiche Sachregister gestattet zudem eine rasche Auslese bei speziellen Fragen. „Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis“ sollte in keiner Fachbibliothek fehlen.
Karl-Heinz Rölke

Wilfried Hennig: Beiträge zur Erforschung des Stotterns. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, in der Reihe „Erziehung und Psychologie“. 63 Seiten, kart. 3,50 DM.

Beiträge zur Stotterforschung gibt es viele, aber wenige, die mit solcher Gründlichkeit und Kenntnis um das Wesen des Stotterns geschrieben sind. Der Autor und seine Mitarbeiter Helmut Bonn und Margarete Geneschen legen in dem kleinen Band die Untersuchungsergebnisse von 96 untersuchten stotternden Kindern und Jugendlichen vor. Nach einigen Hinweisen auf die Exploration zur Anamnese, schildert der Verfasser, daß mit größter Sorgfalt zunächst festgestellt wurde, ob die Kinder neurosefrei sind oder nicht. Nach der Auslese in 25 organisch geschädigte und 71 sogenannte „freie“ Stotterer ergibt sich hinsichtlich einer neurotischen Haltung, daß 51 Prozent der Vpn. neurotisch sind. Hierunter fallen allerdings 31,2 Prozent, die nur möglicherweise neurosebehaftet sind. Da neurotische Verhaltensweisen schon bei Kindern nicht so häufig sind, weil ja die fertige Neurose das Endergebnis einer mehr oder weniger langen Entwicklung ist, sind wir der Meinung, daß diese 31,2 Prozent aus der Zahl der neurotischen Kinder wenigstens zum Teil herausgenommen werden könnte. Wenn man zudem bedenkt, daß das Verhalten der Kinder in Test-Situationen mit größter Vorsicht bewertet werden muß, erscheint uns die Zahl von rund 20 Prozent Neurotikern realistischer. Hennig fragt dann, welche Art von Neurose es denn nun sei, eine Organ-Neurose nach Arnold, eine Konversionshysterie nach Schneider, eine variable Neurose nach Opitz oder „ein bisher noch nicht näher erkanntes biologisches Leiden“ und neigt dann zur Sprachangstneurose und zum „Organneurotiker“, der ein bestimmtes Organ zum locus minoris resistentiae macht, in diesem Fall den Sprechapparat. Diese Theorie der Organ-Wahl (nach Adler) ist nicht neu, und wird bereits seit 1930 von dem bekannten amerikanischen Forscher Henry Freund mit seiner psychophysiologischen Betrachtungsweise einer solchen „sprachlichen Erwartungsneurose“, wie er sie nennt, bis heute immer wieder vertreten.

Der Verfasser kommt dann zu dem wichtigen Ergebnis, daß „bei neurotischen Stotternern das Leiden als solches erst dann heilpädagogisch angegangen werden kann, wenn ein Neuroseabbau erfolgt ist, da sonst die Neurose das in sie eingebaute Stottern nicht frei geben kann“. In den folgenden Abschnitten der immer interessanter werdenden Schrift befaßt sich der Autor mit den Themen Peridiotizität, Entwicklung, Linkshändigkeit, Erregbarkeit, hereditären Faktoren und kommt dann zur Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse. Zu keiner günstigen Prognose kommt er für die Gruppe der organisch gestörten Stotterer, was wir nach allen gemachten Erfahrungen leider nur bestätigen können. Dabei bleibt wissenschaftlich noch immer die Frage offen, ob nicht in vielen Fällen minimale (cerebrale), nicht nachweisbare Störungen vorliegen, die oft im Erscheinungsbild einer eigenartig gestörten Grob- oder Feinmotorik, oder beider, sichtbar werden. (Asperger, Freund, Seemann u. a.)

Bestechend an der Abhandlung ist die komprimierte und klare Darstellung der genannten schwierigen Probleme, der eine Fülle von ergänzenden statistischen Angaben und graphischen Darstellungen beigegeben ist. In vieler Hinsicht ist es schade, daß in der Schlußbemerkung unter den genannten Städten mit jahrzehntelanger Sprachheilarbeit Berlin als ältestes deutsches Sprachheilzentrum fehlt.

Das Büchlein kann jedem Fachmann empfohlen werden, da es in reichem Maße Gelegenheit bietet, vergleichende Betrachtungen zwischen den Auffassungen der heutigen Forscher auf unserem Gebiet anzustellen.
Martin Klemm

Schorer, Wiechmann, Reiss: Lebendige Sprache. Ein Wegweiser in die Muttersprache. 1. Teil, 2. Schuljahr, Verlag Moritz Diesterweg, Frankfurt am Main. Bestell-Nr. 1262, 2,80 DM.

Der Titel des Buches ist in jeder Weise gerechtfertigt. Die Verfasser haben den Erkenntnissen der Sprechkunde und Sprecherziehung, der Kinder- und Sprachpsychologie in glücklicher Weise Rechnung getragen.

Echte, natürliche, lebendige und anregende Übungen in klarem und angenehmem Druck, feinsinnig bebildert und aufgegliedert, in sorgfältiger Auswahl, müssen Sprachgefühl, Sprachkraft und Sprachgeschick entwickeln. Damit erfüllt es seinen Zweck als Sprachbuch und vermeidet, dem heute überbetonten allzu Sachlichen, Formalistischen und Technischen zu verfallen. Leseschwache Kinder werden ermuntert durch Texte in Schreibrift und deutlichem Druck, in schlichter Satzform und kindgemäßem Ausdruck. Das Buch atmet Fröhlichkeit, Leichtigkeit und musische Beschwingtheit, die das Umgehen damit zur Freude macht.

Sprechen und richtiges Schreiben werden durch besondere Übungen für flinke Zungen, feine Ohren und gute Augen gefördert. Die ersten grammatischen Bausteine werden erlebt, Satzformen gesichert, das Ausdrucksvermögen geweckt und durch eigene Versuche, die sich aufdrängen, entwickelt.

Das Buch ist ein guter Wegweiser in der Muttersprache, dem Lehrer eine Hilfe für die sprachliche Entfaltung, seine wichtigste und schönste Aufgabe.

Johannes Wulff

Charles Waldemar: Jung und gesund durch Yoga. Origo-Verlag, Zürich. 2. Aufl. 1955, 198 Seiten, 6,80 DM.

Wenn es uns gelingt, einen jugendlichen oder erwachsenen Stotterer für Yoga zu begeistern, so haben wir eine Ausgangsposition für eine Umerziehung geschaffen, die Körper und Seele mit neuen Kräften ausstattet und uns denkbar günstige Ansatzpunkte für eine Sprachtherapie bietet.

Die obengenannte Schrift ist geeignet, uns in die Yogalehre einzuführen. Sie handelt nicht von hohen Stufen indischer Yogapraxis, sondern gibt eine (homöopathische) Dosierung, wie sie innerhalb unseres Kulturkreises und in unserem Klima angemessen ist. Wo durch Übertreibung oder Verfrühung einer Übung gesundheitliche Schäden entstehen könnten, warnt der Verfasser eindringlich. Er will nicht materialistischem Erfolgstreben den Steigbügel halten, sondern uns zu körperlicher und geistiger Gesundheit verhelfen, zur Vollendung unseres Menschentums. Die Beherrschung des Atems, Entspannung und Konzentration stehen im Mittelpunkt.

Es ist erstaunlich, wieviel uralte Weisheiten (5000jähr. Tradition) mit den Erkenntnissen der modernen Medizin und Tiefenpsychologie übereinstimmen, ja durch sie erst verständlich werden.

Das Buch entbindet uns jedoch nicht von der Verpflichtung, eine Auswahl zu treffen und Einschränkungen zu machen, wo sie uns für unseren Fall geboten erscheinen.

Heinrich Staps

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 4x p. a.)

Für unverlangt eingesandte Manuskripte können wir keine Gewähr übernehmen.
Wenn Rücksendung gewünscht wird, bitte Porto beifügen!
Die in der „Sprachheilarbeit“ abgedruckten und mit den Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Arbeitsgemeinschaft oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

1. „Die Sprachheilarbeit“, Fachzeitschrift unserer Arbeitsgemeinschaft —
 Bezugspreis pro Nr. 1,80 DM
 Jahresbezug (erscheint 4mal im Jahr) 7,20 DM
 Für Mitglieder ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.
2. **Übungsblätter zur Sprachbehandlung**
 1. Folge: Für Lispeler: 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 Stimmchwache pro Stück:
 7. Folge: Für geschlossene Näsler 0,45 DM
 8. Folge: Für offene Näsler und Gaumenspaltler
 9. Folge: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps. 48 Seiten, Einzelheft 2,00 DM
 10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen (Für stimmkranke und stotternde Erwachsene) von J. Wulff. 48 Seiten; steif kartoniert, Einzelheft 1,60 DM
 11. Folge: Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte. Zusammengestellt und erläutert von J. Wulff. 11 Seiten, Einzelheft 0,45 DM
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
 - c) Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen, Berlin 1958 7,50 DM
6. **Lautstreifen v. P. Lükling** 0,05 DM
 Merkblatt z. Lautstreifen v. P. Lükling (im Neudruck) 0,75 DM
 B-Streifen v. P. Lükling 0,05 DM
 Sonderdruck: P. Lükling: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung. (Der B-Streifen) 1,50 DM
 Tabelle der Randsymptome 0,20 DM

Druckschriftenbezug:

1. „Die Sprachheilarbeit“ durch Karl-Heinz Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Allee 162
2. Alle anderen Druckschriften über Frau Hannah Jürgensen, Hamburg-Altona, Thadenstr. 147

Überweisungen bitte wie folgt vornehmen:

1. Zeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ auf Postscheckkonto Berlin-West Nr. 1056 68
2. Beiträge auf Postscheckkonto Hamburg 97 40 (Jahresbeiträge bis 15. Februar eines jeden Jahres).
3. Alle übrigen Rechnungen ebenfalls auf Postscheckkonto Hamburg 97 40
 Vermerken Sie bitte auf jeder Überweisung den Zweck oder die Rechnungsnummer Ihrer Zahlung!

