

Die Sprachheilarbeit

Aus dem Inhalt

Dr. med. Otto Brankel, Hamburg

Fehlatmung bei Sprachstörungen, im besonderen bei Stottern

Karl-Heinz Rölke, Berlin

Ein Beitrag zur logopädischen Betreuung zerebral gelähmter Kinder

Erwin Richter, Calau

Zur Verwendung des Films in der Therapie bei Stottern
(Fortsetzung und Schluß)

Lona Kirchner, Thallwitz

Die Mitarbeit der Mütter bei der Sprachheilbehandlung operierter Spaltträger im Vorschulalter

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

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

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e. V.

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

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

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

Fachzeitschrift: „Die Sprachheilarbeit“

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

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

Landesgruppen

Berlin:	Paul Lüking, Berlin-Neukölln, Roseggerstr. 34
Bayern:	Ludwig Hacker, München 2, Theresienstr. 43
Hamburg:	Heinrich Staps, Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Dr. Heinrich Krumb, 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, Marcusallee 38
Rheinland-Pfalz:	Erich Zürneck, Neuwied, Gehörlosenschule

Die Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

4. Jahrgang

1959

Heft 3

Dr. med. Otto Brankel, Hamburg

FEHLATMUNG BEI SPRACHSTÖRUNGEN, IM BESONDEREN BEI STOTTERN

Man findet selten eine zusammenfassende Übersicht über sämtliche Fehlleistungen der Atmung von Sprachgestörten. So gehen die meisten Bücher über Atmung nur auf die Funktion und Fehlfunktion des Atemapparates bei chronischen Erkrankungen ein, bzw. sie behandeln die Fehlform der Körperhaltung. Andere Schriften befassen sich immerhin auch mit der Atmung bei Störungen der Stimme. Über die große Gruppe von Sprachstörungen findet man in dieser Literatur verhältnismäßig wenig. Auf der anderen Seite gibt es zwar in den Lehrbüchern der Phoniatrie allgemeine Hinweise auf Physiologie und Pathophysiologie des Atmens, kaum jedoch auf die Atemtechnik, die dort nur kurz unter den jeweiligen Krankheiten aufgeführt wird. Eine Verbindung zwischen Atemtherapie und Phoniatrie ist in zusammenfassender Form bisher kaum unternommen worden. Ich will nun versuchen, diese Verbindung zwischen den beiden Fachgebieten herzustellen und speziell die Atmung bei Sprachgestörten ansprechen.

Die Fehlattung bei Sprachgestörten kann nicht ohne weiteres den chronischen Fehlhaltungen des erkrankten Atemapparates gleichgestellt werden. Bei den Sprachgestörten ist die Atmung im allgemeinen normal, die Normalfunktion wird jedoch bei Änderung der Raum-Zeit-Situation plötzlich durch eine Fehlfunktion abgelöst. Diese Fehlfunktion der Atmung kann aber sofort wieder zurücktreten z. B. in dem Falle, daß der Patient nicht spricht, oder daß eine Änderung der jeweiligen Situation eintritt. Ein solcher Wechsel zwischen Normal- und Fehlfunktion der Atmung ereignet sich vor allem bei funktionellen Sprachstörungen, die uns hier besonders interessieren.

Daneben sollen auch Fehlsprechen und die Fehl-atmung bei chronischen zentralnervösen Erkrankungen erwähnt werden. Ferner soll noch auf die Sprech- und Atemstörung bei Mißbildungen und nach operativem Umbau des Funktionsapparates hingewiesen werden. Die Fehlleistungen in der Atmung lassen sich also in drei verschiedene Arten aufgliedern:

1. Fehlsprechen und Fehl-atmen als chronische Fehlleistung bei zentralnervösen Erkrankungen.
2. Fehlsprechen und Fehl-atmen als Fehlfunktion bei einer Mißbildung und bei Status nach Operationen z. B. Laryngektomie.
3. Funktionelles Fehlsprechen und Fehl-atmen, wechselnd im Auftreten und Verschwinden bei normalem Funktionsapparat.

Im Rahmen dieser Aufgliederung sollen jetzt die besonderen Probleme der Atmung behandelt werden.

Die Störungen des Atmens und des Sprechens halten bei zentralnervösen Erkrankungen während der ganzen Dauer der Krankheit an. So weist die multiple Sklerose z. B. neben einer skandierten Sprache und einer verlangsamten, schnell ermüdbaren Artikulation auch eine gedehnte Atembewegung auf. Eines der charakteristischen Merkmale der multiplen Sklerose ist bekanntlich der Intensionstremor, der auch die Funktion der Stimmbänder beeinflusst und in der Form eines Intensionszitterns die sakkadierte Atmung auslöst; In- und Expiration sind verlängert und abgeflacht.

Auch das Krankheitsbild des Parkinsonismus schließt eine besondere Atem- und Sprechstörung ein. In der Ruhe fällt die vermehrte Zahl der Tiefatmungen auf, an die sich häufig ein expiratorischer Atemstillstand anschließt. Der physiologische Asynchronismus zwischen Ein- und Ausatmung fehlt vollständig. Die Ursache liegt in der Störung der Atemimpulsfolgen. Neben einer Hypokinese der Lippen- und Kieferbewegungen tritt auch manchmal eine Rigidität der Zungenbewegungen auf, die der Sprache eine gewisse Eintönigkeit verleiht und den Stimmumfang einschränkt.

Paralytische und spastische Formen der Pseudobulbärparalyse und der cerebralen Lähmungen zeigen ebenfalls erhebliche Dysarthrien mit schlecht koordinierter Ein- und Ausatmung.

Um das Bild der zentralnervösen Erkrankungen mit ihren chronischen Sprech- und Atemfehlleistungen abzurunden, wären noch die Erkrankungen des Muskel- und Nervensystems, die Chorea und die verschiedenen Myotonien zu nennen.

Da nun in all den Fällen der chronischen Fehlleistungen des Sprech- und Atemapparates bei zentralnervösen Erkrankungen die Atemstörungen leider nur mit der eventuellen Heilung der Krankheit selbst zurückgehen können, ist über die Atemtherapie allein nicht viel zu sagen. Meines Erachtens wird aber die Arbeit des Atemtherapeuten viel zu selten bei der Behandlung mit in Anspruch genommen. Kann sie bei dieser Art von Erkrankungen auch nicht entscheidend wirksam sein, so kann sie doch Lin-

derung verschaffen, und das muß eine Ganzheitstherapie unbedingt mit berücksichtigen. Wenn der Atemtherapeut in solchen Fällen mitwirkt, muß er allerdings auch in der Lage sein, sehr weit auf den psychologischen Faktor einzugehen, um die Atemtherapie ganz individuell zu dosieren.

Der zweite und größere Aufgabenbereich für den Atemtherapeuten ist die Atem-Umerziehung für die Sprecherziehung der Gaumenspaltenpatienten und der Laryngektomierten. Die schwere Sprachstörung der Gaumenspaltenpatienten ist zwar nicht mit einer Fehlfunktion des Atemapparates verbunden, aber die Sprecherziehung muß nach erfolgter Operation eine Umstellung der Atemführung fordern. Anfangs wird bei der Sprecherziehung in der Regel eine vollkommen normale Atmung überbelastet, damit sie eine besondere Kraft für die Tongebung gewinnt, um dem Üben das Gefühl für die richtige Leitung des Sprechlufstromes zu geben. Auch die Behebung der motorischen Ungeschicklichkeit des muskulären Artikulationsapparates erfordert zu Beginn einen erheblichen Mehrverbrauch an Atemluft, was wiederum Überventilation, Müdigkeit und nach längerer Zeit oberflächliche Atmung mit sich bringt. Bei der Atemschulung ist es überaus wichtig, auf den Konstitutionstyp des Patienten Rücksicht zu nehmen, vor allem in Bezug auf die Abwägung der Forcierung oder Nichtforcierung der Atemmuskeln und auf die Dosierung des Atemstromes in den Artikulationsbereich. Atemtherapeut und Phoniater werden in guter Zusammenarbeit, wenn auch mit viel Mühe und Geduld, befriedigende Erfolge erzielen.

Ein interessantes Gebiet für den Atemtherapeuten ist auch die bei Laryngektomierten notwendige Umerziehung der Atmung an sich und der Sprechatmung im besonderen. Bei diesen Patienten ist ja für die normale Stimmgebung die Atemluft durch die Operation völlig ausgeschaltet worden, da das Mund-Rachen-Gebiet direkt an die Speiseröhre angeschlossen wurde, und die gesamte Atemluft durch die Trachealöffnung oberhalb des Brustbeines ein- und austritt. Die Glottis mußte in den meisten Fällen restlos entfernt werden, und als Ersatz dient eine Pseudoglottis in Form einer Faltenbildung im unteren Rachenraum oder im oberen Oesophagusanteil. Bei günstigen muskulären Verhältnissen entwickelt sich darunter ein Luftsäckchen, das als Kraftspender für die Sprechatmung dient. Wird nun aus dem oberen Oesophagus- oder dem unteren Hypopharynxanteil Luft nach oben gedrückt, dann kann diese Luft die Pseudoglottis ertönen lassen. Wesentlich hierbei ist, daß jedes forcierte Atmen nach Möglichkeit unterbleibt. Die verstärkte Ausatmung erzeugt leider Tracheal- oder Kanülengeräusche, die dazu die noch schwache und sich erst ausbildende Pseudosprache in ihrer Verständlichkeit mindern.

Spirometrische Lungenfunktionsprüfungen bei Laryngektomierten zeigen in der Regel eine etwas herabgesetzte Vitalkapazität. Das Atemminutenvolumen ist durchschnittlich etwas erhöht. Als Ursache sind vielleicht eine emotionelle Hyperventilation und verstärkte Sprechübungsversuche anzusehen. Das Volumen der Residualluft liegt nicht wesentlich über der Norm. Störungen der Luftverteilung, wie sie meistens nach Spasmen der Luftwege

auftreten, sind bei Laryngektomierten im allgemeinen nicht häufiger als bei Gesunden.

Bronchspirometrische Untersuchungen ergeben mitunter Einzelfälle, bei denen eine geringe Sauerstoffaufnahme, verbunden mit einem verminderten Atemminutenvolumen der linken Lunge festzustellen ist. Ursache ist wahrscheinlich ein linksseitiger Zwerchfellhochstand, der durch Druck der luftgefüllten Magenblase zustandekommt. Da es sich in solchen Fällen um eine Verminderung der Atemreserve in der linken Lunge handelt, muß dieser Zustand bei Atemübungen immer Berücksichtigung finden.

Zur Erlernung einer verständlichen Pseudosprache ist es wesentlich, daß der Patient die verschluckte oder injizierte Luft geschickt hochkommen läßt, wobei ein subjektives Empfinden der richtigen Druckverteilung der hochgerülpten Luft aus dem Brustkorb in das Halsgebiet von großer Wichtigkeit ist. Dieses Empfinden muß der Therapeut mit entwickeln helfen. Er hat dabei besonders darauf zu achten, daß er eine forcierte Atmung nicht zuläßt, sondern die neue Form der Atmung vom Rülpsen und späterem Sprechvorgang aus der alten physiologischen Bindung: Ausatmen und Sprechen zu trennen versucht. Die Trennung ist sehr schwierig wegen der physiologischen Haftung an alte muskuläre Schablonen. Sie ist aber dringend notwendig, weil der Patient den Expirationsstoß gleichzeitig zum Ausdrücken der Luftsäcke im Oesophagus- bzw. Pharynxanteil benutzen muß. Hier ist eine Kontrolle durch ein Pneumometer nach Hildebrand¹⁾, einmal oral und einmal tracheal, angebracht. Atemtherapeut und Phoniater müssen dem Patienten in gut abgestimmter Zusammenarbeit Helfer und Lehrer sein.

Wir kommen jetzt zu dem wichtigsten Punkt unserer Gliederung, nämlich: funktionelles Fehlsprechen und Fehlatmen bei an sich normalem Funktionsapparat. Hierunter fallen hauptsächlich spastische Dysphonie und spastische Aphonie und vor allem das Stottern. Bei der spastischen Dysphonie und der spastischen Aphonie — das sind also Störungen hauptsächlich der Stimmgebung — ist die Atmung in Ruhestellung normal. Die Atmung entzieht sich aber sofort der richtigen Führung gleich bei Beginn des Sprechwollens und zwar um so mehr, je stärker sich der Kranke um die Stimmgebung bemüht. Je mehr der Patient versucht, einen Ton herauszubringen, desto weniger wird es ihm gelingen, und desto schlechter wird die Stimme werden. Es handelt sich um einen rezidivierenden Laryngospasmus beim Sprechvorgang. Pneumographische Aufzeichnungen zeigen hier eindeutig ein fast normales Verhalten der Ruheatmung im Vergleich zu den wechselnden Störungsbildern während des Stimm-Sprech-Vorganges. Vereinzelt werden auch Spasmen der Zwerchfell- und Bauchmuskulatur beobachtet, die ein ähnliches Verhalten wie beim Stottern zeigen.

¹⁾ Das Pneumometer nach Hildebrand, das die Stärke der Atemstöße erfaßt, wurde mir dankenswerterweise von der Firma Bosch & Speidel, Jungingen (Hohenz.) zur Verfügung gestellt.

Nun möchte ich ganz besonders von der Fehl- atmung bei Stottern sprechen, wobei ich natürlich nicht auf alle Symptomenbilder dieser Koordinations- störung zwischen Atmung, Stimmgebung und Artikulation eingehen kann. Die Ursachen des Stotterns und der meistens damit verbundenen Fehl- atmung sind so mannigfaltig, daß es wohl selten zwei Stotterfälle gibt, deren Symptomatik sich völlig gleicht. Wie bei jeder Sprachstörung muß auch beim Stottern der schnelle Ablauf der Funktionen bei Atmung, Stimm- gebung und Artikulation genau beobachtet werden, um den jeweiligen Sitz der Verspannungen zu finden. Die verschiedenen somatischen, funktionellen und psychischen Sektoren werden außer von den konstitutionellen Faktoren gleichzeitig auch von der Einwirkung endokriner Drüsen und Hormone be- einträchtigt. Die Atmung des Stotterers weicht nicht generell von der Normalatmung ab. Beim Nichtsprechen, ja sogar oft bei längerem Sprechen verläuft die Atmung zunächst normal, aber schon geringe psychische Be- lastungen oder Veränderungen in der Umwelt des Stotterers, gleichgültig ob akustischer, optischer oder sensorischer Art, können Störungen der At- mung verursachen. Ein plötzlicher Verschuß im Larynx — ein sogenann- ter Laryngospasmus — oder Verspannungen im Trachealbereich erschweren oder unterbrechen die Atmung derart, daß Zwerchfellspasmen, Verspan- nungen im Interkostalbereich und Propulsionen des Oberkörpers eintreten können. Bei einigen Stotterern tritt schon vor dem Sprechen ein ab- schnürendes Gefühl im oberen Teil des Brustkorbes auf, das sich während des Sprechens löst oder in wechselnder Stärke an- und abklingt. Grund hierfür kann eine psychische Komponente sein, die bei anderen Patienten erst wäh- rend des Sprechens wirksam wird. Andere Stotterer gehen plötzlich zu einer inspiratorischen, singultusartigen Sprechweise über. Diese hat ihre Ursache in einem Zwerchfellklonus oder auch in einem kurz dauern- den Tonus, denen aber nicht das ganze Zwerchfell unterliegen muß, sondern oft nur ein Teilgebiet, entweder der Lumbal- oder Sternalbereich.

Diese Zwerchfellverspannungen können im Flächenkymogramm genau er- faßt werden. Während des Pneumogramms — sei es die mechanische Mes- sung durch den Oscillographen nach Gesenius & Keller, oder die elektrische Messung durch ein EKG-Gerät mit der elektrischen Brücke nach Glaser — ein zeitliches Nacheinander der Atembewegungen zeigen, wird im Kymo- gramm ein räumliches Nebeneinander aufgestellt^{*)}. Im Kymogramm des Zwerchfelles sind die Bewegungen aller röntgenographisch erfaßbaren An- teile an der Umwandlung der Randlinien zu besonderen Randkurven erkennbar. So zeigt sich im Kymogramm die Expiration als der aufstei- gende Schenkel der Bewegungslinien und die Inspiration als der absteigende Schenkel. Die Linie der Expiration ist im ersten Teil sehr steil, im zweiten etwas bogenförmig, die der Inspiration gleichmäßig steil. Die Ausatmung ist etwas länger als die Einatmung und wird terminal abgebremst, wahr-

^{*)} Der Oscillograph nach Gesenius & Keller von der Herstellerfirma Bosch & Speidel ist sehr handlich und für die Dokumentation praktisch.
Herrn Dr. Glaser, Freudenstadt, danke ich für die leihweise Überlassung des elek- trischen Brückengerätes.

scheinlich durch Erhöhung des Stromwiderstandes bei abnehmender Dehnungslage der Lunge. Deutlich sind im Kymogramm die Rippen- und Zwerchfellbewegungen zu erkennen. Sie beginnen gleichzeitig, sind aber in ihrer Richtung gegensätzlich. Die Bewegungsamplitude des Zwerchfells und der oberen Rippen nimmt lateral zu, die der unteren Rippen lateral ab. Sehr groß ist die Exkursionsdifferenz zwischen den ventralen und dorsalen Zwerchfellabschnitten. Betrachtet man die Zwerchfelltics genauer, dann lassen sich zwei Arten unterscheiden: den häufiger auftretenden klonischen Zwerchfellkrampf, den Singultus, und den ganz selten vorkommenden tonischen Krampf, wie er auch als Folge von Tetanus oder Strychninvergiftung auftritt. Diese beiden Tics sind als funktionell ähnliche Störungen auch beim Stottern zu beobachten. Das Kymogramm von Zwerchfellbewegungen bei Stotterern mit inspiratorischer Sprechweise zeigt ganz feine Inspirationszacken in den letzten Phasen der Expiration. Diese Zacken entsprechen dem ruckartigen Aufsaugen von Luft während der Expiration. Die Amplituden sind in der Wiedergabe im Kymogramm nur als ganz kleine Zacken in kammartiger Anordnung zu erkennen. Mehrere Inspirationsstöße in der Expirationsphase lassen das Kymogramm dem normalen Schnupfkymogramm ähnlich werden. Diese Art der Verspannungen in der Expirations- oder Inspirationsphase beobachtet man bei Stotterern mit tonischem Zwerchfellkrampf. Neben diesem Krampf tritt oft ein Laryngospasmus mit plötzlicher Phonationssperre auf. Eine mitunter gleichzeitig zu beobachtenden Propulsion des Oberkörpers oder eine Vertiefung des Brustkorbes zur Lende hin enden Sekunden später mit einer plötzlichen Phonation.

Die Bedeutung des Kymogramms bei der Behandlung der Atemfehlfunktionen liegt darin, daß erstens die Bewegungshemmung des Zwerchfells in seiner ganzen Exkursion erkennbar ist, und zweitens, daß genau festzustellen ist, ob die Hemmung mehr während der *I n s p i r a t i o n* oder mehr während der *E x s p i r a t i o n* auftritt. Die Zwerchfellspasmen lassen sich nicht immer ohne kymographische Aufzeichnungen erfassen, trotz guter Beobachtung, trotz gewissenhafter allgemeiner Röntgendurchleuchtung³⁾ und trotz Erfahrung des Therapeuten.

Ich versuche nun, dem Atemproblem von mehreren Seiten nahezukommen und habe mir aus den Erfahrungen heraus vier verschiedene Behandlungsarten der Fehlathmung bei Sprachstörungen vor allem bei Stotterern erarbeitet. So lasse ich erstens durch das autogene Training nach dem Leitsatz von I. H. Schultz: „Es atmet mich“ ein Selbsteinpandeln der Atmung herbeiführen. Die zweite Methode ist eine der üblichen therapeutischen Übungen, die dem Patienten eine bewußte ruhige Ein- und Ausatmung mit Ertönenlassen der Stimme beim Ausatmen, im Angleich an Koflers Gedankengänge der Einspurung ins Unbewußte, beibringen sollen. Auch lasse ich kurze Sätze vorlesen, die bei Beginn der Einatmung — wenn auch nicht

³⁾ Röntgeninstitut Prof. Knothe.

sinngemäß — unterbrochen werden, um nur beim Ausatmen fortgesetzt zu werden. Dieses gezielte Ein- und Ausatmen mit Sprechstimmführung läßt sich beim Lesen durchaus erreichen, da zwischendurch Ermahnungen erteilt werden können. Anders ist es beim Frage- und Antwortspiel, bei dem die Ermahnungen diese Übungen mehr stören als nützen können. Ich wende darum eine dritte Form der Atemführung an, die sich speziell auf die Einatmung bzw. speziell auf die Ausatmung bezieht. Ich versuche bei dem Patienten, durch einen schwachen galvanischen Schwellstrom des Phrenotons⁴⁾ über eine leichte Kontraktion der Bauch- und Rückenmuskeln eine gezielte Ausatmung nach der Expirationsmethode von Kowarschik oder eine gezielte Einatmung durch Reizung des N.phrenicus nach der Inspirationsmethode von Sarnoff zu erreichen. Damit will ich selbstverständlich dem Patienten nicht irgendeine Ein- oder Ausatemungsart aufzwingen, sondern lediglich die physiologischen Gegebenheiten ausnutzen bzw. unterstützen. Der Patient reguliert selbst das Verhältnis zwischen In- und Expiration, sowie die jeweilige Dauer, allerdings anfänglich unter meiner Einführung, wie es auch von Stampa für notwendig erachtet wird. Eine Überprüfung der physiologischen Eigenart der Ruheatmung, Zähl- und Spontansprech- atmung des Stotterers nehme ich oscillographisch vor. Weiterhin lasse ich auch den Schwellstrom durch Milli-Ampèremeter graphisch erfassen, um den subjektiven Atmungsverhältnissen gerecht zu werden⁵⁾. Treten bei elektrischen Impulsen, selbst bei schwachen Schwellströmen, Mißempfindungen im Zwerchfellbereich auf, so sind es Hinweise auf eventuelle Verspannungen. Es ist wichtig, diese Stellen genau zu kennen, um richtige Anweisungen für das autogene Training, für Atemtechnik, z. B. für die Flankenatmung nach Pfister, für die Atemgymnastik geben zu können und um Anhaltspunkte für eine eventuelle Neuraltherapie, z. B. mit Impletol oder Akupunktur, zu gewinnen.

Die vierte Behandlungsmethode ist die Akupunktur, die ich nach dem Elektrodermatogramm des Patienten ausrichte. Aus diesen Aufzeichnungen, die mir segmental die sympathikotonen oder parasympathikotonen Anschlüsse im cervicalen oder thorakalen Bereich anzeigen, konnte ich feststellen, daß es zwei Typen von Stotterern gibt: der eine mit mehr parasympathikotonen Anschlüssen im cervicalen und im thorakalen Bereich, der andere Typ mit mehr sympathikotonen Anschlüssen vor allem im thorakalen Gebiet. Bei beiden Typen wende ich die Akupunktur wie gegen Asthma an, beim erstgenannten Typ im Sinne von Inn, beim zweiten im Sinne von Yang. Außerdem richte ich die Behandlung nach Möglichkeit auch nach der Anamnese zurückliegender Krankheiten, wie Keuchhusten usw., aus. Leidet der Stotterer z. B. an sogenannter trachealer Verspannung als Folge eines schon vor Jahren überstandenen Keuchhustens, so kann die Akupunktur diese Spannung lösen. Bemerkenswert ist, daß von manchen Stotterern, obwohl

⁴⁾ Das Phrenoton ist ein Reizstromgerät zur Durchführung der elektrischen Beatmung und wird von den Siemens-Reiniger-Werken, Erlangen, hergestellt.

⁵⁾ Für den Zusatzbau des Milli-Ampèremeters und für technische Hinweise bin ich Herrn Ing. Rapcke der Siemens-Reiniger-Werke, Hamburg, zu Dank verpflichtet.

sie häufig den Sinn der Akupunktur nicht kennen, diese als Hilfe verlangt wird. Leider verblaßt oft mit der Zeit die Wirkung der Akupunktur selbst nach mehrfacher Wiederholung.

Ob es sich hier um konstitutionelle Probleme hinsichtlich der Ansprechbarkeit für diese Therapie handelt, läßt sich heute noch nicht sagen. Nach schriftlicher Mitteilung von Isobe, Japan, sollen die Meridiane zeitweise wandern, wie er mit einem von ihm erfundenen Reaktometer nachweisen kann. Hier gibt uns die Leitwerklehre Scheidts über die wandelbaren Leitfadenringe immerhin Erklärungsmöglichkeiten.

Mein Bestreben liegt darin, aus subjektiven Erkenntnissen, z. B. durch Ektoskopie oder durch Fehlleistungshören, sowie aus physiologischen, patho-physiologischen und röntgenologischen Erkenntnissen therapeutische Wege zu zeigen und in die Phoniatrie einzubauen.

Mit Absicht bin ich gerade in diesem Kreise auf das Atemproblem des Stotterns eingegangen, da das funktionelle Wechselspiel zwischen Normal- und Fehlathmung, wie in keinem anderem Krankheitsgeschehen im Somatischen so sichtbar ist, und ebenso schnell, wie es in Erscheinung tritt, auch wieder verschwindet. Die aufgezeigten Therapiemöglichkeiten der Fehlathmungen zeigen dem Atemtherapeuten die Notwendigkeit, sich dem Wechsel rasch anzupassen, sich nicht einseitig an eine Behandlungsart oder nur eine Atemschule zu halten, sondern je nach Fall individuell unter ihnen zu wählen.

Literaturangaben:

1. Bauer, E.: Beiträge zur Erfassung der sondererzieherischen Aufgabe am sprachleidenden Kinde. Juris-Verlag, Leipzig, 1957.
2. Berendes, J.: Einführung in die Sprachheilkunde. J. A. Barth-Verlag, Leipzig, 1957.
3. Block, W.: Hilfe für Stotterer, Z. f. Fürsorgewesen 9, 13, 1957.
4. Brankel, O.: Versuch einer patho-physiologischen Gesamtschau des Stotterns. Fol. phoniatr. 7, 153, 1955.
5. Brankel, O.: Patho-Physiologie der Sprache und Stimme Kehlkopflöser. Neue Bl. für Taubstummenbildg. 7, 319, 1953.
6. Brankel, O.: Patho-Physiologie der Pseudosprache Laryngektomierter. Arch. Ohr- usw. Heilk. u. Z. Hals- usw. Heilk. 195, Kongr. Bericht 1954.
7. Brankel, O.: Die Bedeutung des Elektrodermatogramms bei der Behandlung des Stotterns. Arch. Ohr- usw. Heilk. u. Z. Hals- usw. Heilk. 169, Kongr. Bericht. 1956.
8. Brankel, O.: Formung und Gestalt der Pseudoglottis Laryngektomierter im stroboskopischen Röntgenbild. Fol. phoniatr. 9, 18, 1957.
9. Brankel, O.: Die Neuraltherapie bei der Behandlung des Stotterns. Therapeut. Berichte 29, 122, 1957.
10. Brankel, O.: Sinn und Grenzen des autogenen Trainings im Rahmen der Stotterbehandlung. Fol. phoniatr. 10, 112, 1958.
11. Brankel, O.: Sprachstörungen und ihre Behandlung durch den Arzt im Team. Vortrag auf der Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer, Berlin, im Oktober 1958.
12. Bretschneider, F.: Atmungskorrektur und Thoraxmassage beim Asthma bronchiale. Ärztl. Praxis VI, 35, 1954.
13. Bretschneider, F.: Atmungselektrogramm bei verschiedenen Atmungsformen zur Klärung der Pathophysiologie. Z. Aerosol-Forsch. 2, 147, 1957.
14. Bucher, K.: Reflektorische Beeinflußbarkeit der Lungenatmung. Springer-Verlag, Wien, 1952.

15. Clauser, G.: Die Bedeutung des Atemtyps für die differential-diagnostische Trennung einiger interner Krankheitsbilder von den entsprechenden sogenannten Organneurosen. *Med. Klin.* 13, 402, 1951.
16. Curry: Bioklimatik. American. Bioklimatik, Researche, Inst. Riederau, Ammersee, 1946.
17. Dahm, M.: Rippen- und Zwerchfellbewegung im Röntgenbild. *Fortschr. a. d. Geb. d. Rö.Str.* 46, 484, 1932.
18. Dirnagl, K.: Zur fortlaufenden Messung des Atemwiderstandes. *Z. Aerosol-Forschg.* 2, 475, 1953.
19. Dirnagl, K.: Zur Messung des Strömungswiderstandes in den Atemwegen. *Z. Aerosol-Forschg.* 6, 11, 1957.
20. Doubek, F.: Die Prüfung der Sprechfunktion bei Gaumenspaltenoperationen. *Fortschr. d. Kiefer- u. Gesichtschirurg.* Thieme-Verlag, Stuttgart, 1, 104, 1955.
21. Egenolf: Wunder des Atmens. Paracelsus-Verlag, Stuttgart.
22. Engelhardt, A.: Über den Antagonismus von Zwerchfellkontraktionen und Rippenhebung. *Z. f. Biol.* 105, 170, 1952.
23. Farhad, A.: Über die Röntgenologie des Zwerchfells. *Rö.Praxis* 1, 582, 1929.
24. Fernau-Horn, H.: *Med. Wschr.* 5, 323, 1952.
25. Fleisch, A.: Propriozeptive Atmungsreflexe. *Pflüger's Arch.* 1923.
26. Freund, H.: Der induktive Vorgang im Stottern und seine therapeutische Verwertung. *Z. f. d. ges. Neurolog. u. Psycholog.* 141, 180, 1932.
27. Friesewinkel, H.: Sinn und Grenzen psychologischer Testverfahren. *Die Therapie d. Monats*, 2, 49, 1956.
28. Geisler, E.: Die lokalisierten und generalisierten Tics und ihre Behandlung. *Arch. f. Kinderheilk.* 7, 155, 1957.
29. Glaser, V.: Der Ablauf der Atembewegungen als psychosomatisches Diagnostikum, Vortrag, Kongr. d. Ges. f. Psychotherapie, Freudenstadt, 1956.
30. Glaser, V.: Sinnvolles Atmen. Dr. G. Lüttge Verlag, Berlin, 1957.
31. Ha'nish, O. Z. A.: Das bewußte Atmen. Mazdaznan-Verlag, Genf.
32. Harries, Larres, M. E.: Die Vorteile des glossopharyngealen Atmens. *Brit. Med. J.* 5055, 1957.
33. Hasselwander: Über die Gestalt des Zwerchfells und die Lage des Herzens. *Z. f. Anat.* 114, 375, 1949.
34. Haubrich, R.: Zwerchfellpathologie im Röntgenbild. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1956.
35. Hauswirth, O.: Vegetative Konstitutionstherapie. Springer-Verlag, Wien, 1953.
36. Heekmann: Das Röntgenbild der mediastinalen Zwerchfelladhaesionen. *Fortschr. a. d. ges. Geb. f. Rö.Str.* 59, 551, 1939.
37. v. Herzog: Die partielle Lähmung des Zwerchfelles. *Fortschr. a. d. ges. Geb. f. Rö.Str.* 38, 518, 1928.
38. Heyer-Grote: Atemtherapie. *Die Heilkunst* 12, 1954.
39. Hitzberger, K.: Das Zwerchfell. Springer-Verlag 1927.
40. Hitzberger, K.: Bewegungsstörungen des Zwerchfelles. *Klin. Wschr.* 7, I, 1928.
41. Hofbauer: Paradoxe Zwerchfellkontraktion. *Zbl. f. Inn. Med.* 26, 641, 1905.
42. Hofmarksrichter, K.: Sprachkranke Kinder in unseren Schulen. *Schule u. Psycholog.* 4, 33, 1957.
43. Jeker, K.: Die Bestimmung des Strömungswiderstandes im Bronchialsystem der Menschen. *Diss. med.* Bern 1953.
44. Kofler, L.: Die Kunst des Atmens. Bärenreiter-Verlag Kassel, Basel, 21. Aufl.
45. Lambek, A.: *Vox* 6, 25, 1025.
46. Leser-Lesario, B. M.: Lehrbuch der Original-Vokal-Gebärdenatmung. Lebensweiser-Verlag, Bidingen Gettenbach.
47. Loebell und Brahm: Lungenfunktion Kehlkopflöser. *Fol. phoniatr.* 2, 67, 1950.
48. Luchsinger, R.: *Fol. phoniatr.* 1, 314, 1948.
49. Luchsinger, R. und G. Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachstörungen. Springer-Verlag 1949.
50. Matzker, J. und P. O. Thelen: Über die Funktion der Bauchpresse bei fehlendem Glottisverschluß. *Z. Laryng.* 34, 775, 1955.
51. Nadoleczny, M.: Lehrbuch der Sprache und Stimme.
52. Orthmann, W.: Distanzierende Objektivierung und Personifizierung der Stotterbehandlung. *Wissenschaftl. Z. d. Martin-Luther-Universität, Halle*, 3, 495, 1954.

53. Panconcelli-Calzia, G.: Die Stimmatmung. Das Neue — das Alte. Nova Acta Leopoldina Nr. 123, Bd. 18, Barth-Verlag Leipzig 1956; dort w. Lit.
54. Parow, J.: Funktionelle Atmungstherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1953.
55. Pfau, W.: Die Tiefatmung als Grundlage der Behandlung funktioneller Stimmstörungen. Z. Laryng. 7, 1955.
56. Pfister, H.: So sollt ihr atmen. Eigen-Verlag.
57. Pfuhl: Zur Mechanik der Zwerchfellbewegung. Z. Konstitutionsforschg. 12, 158, 1926.
58. Ranke, F. O. und H. Lullies: Gehör, Stimme, Sprache, Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1953.
59. Regelsberger, H.: Der bedingte Reflex und die vegetative Rhythmik des Menschen. Acta neuralgica Suppl. Springer-Verlag Wien 1952.
60. Riemkasten, F.: Das Atembuch. Lebensweiser-Verlag, Büdingen-Gettenbach.
61. Roemer G. A.: Bericht VI. Allg. ärztl. Kongr. Psychotherapie Dresden 1931.
62. Saube: Beitrag zur Deutung der Zwerchfellzacken. Rö.Praxis 4, 440, 1932.
63. Schilling, R.: Mschr. Ohrenheilk. 59, 1—6, 1925.
64. Schlafhorst, C. und H. Andersen: Die Atmung der Kinder beim Sprechen und Singen. Atmung und Stimme, Wolfenbüttel 1928.
65. Schliephake und Beckmann: Pneumotherapie. München. med. Wschr. 11, 331, 1953.
66. Schmidt-Hackenberg: Die Weite der Nase bei richtiger Atmung. Arch. Ohrenheilk. 169, 451, 1958, Kongr.Bericht.
67. Schmitt, L. J.: Atemheilkunst. H. G. Müller-Verlag, München, Berlin, und Humata-Verlag, Bern, Salzburg 1956.
68. Schmitz, F.: Atemessen bei Trockenheitsempfindung organischen und psychogenen Ursprungs. Mschr. Ohrenheilk. 71, 1401, 1937.
69. Schmitz, K.: Das Wunder des Atmens. Lebensweiser-Verlag, Büdingen-Gettenbach.
70. Schönhärl, E.: Die medikamentöse Therapie bei Sprachstörungen, besonders bei Stottern. Med. Klin. 24, 1055, 1958.
71. Schultz, I. H.: Bionome Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1951.
72. Schwab, W.: Über morphologische und funktionelle Veränderungen am Atmungstrakt nach Laryngektomie. Arch. Ohr- usw. Heilk. u. Z. Hals usw. Heilk. 166, 444, 1955.
73. Schwab, W., W. Ey u. W. Ulmer: Die Lungenfunktion bei Kehlkopflösen. Dr. Alfred-Hüthig-Verlag, Heidelberg, Frankfurt a. M.
74. Seemann, M.: Über somatische Befunde beim Stottern. Mschr. f. Ohrenheilk. 68, 895, 1934.
75. Stampa, A.: Atem, Sprache u. Gesang. Bärenreiter-Verlag, Kassel 1956.
76. Stettner-Grabenhofen, H.: Normalwerte der Atemwiderstandsmessungen und deren Schwankungsbereich. München. Diss. med. 1955.
77. Tirala, L.: Heilatmung. Reclam-Verlag 1943.
78. Trieglaff, E.: Neuere Wege und Erkenntnisse auf dem Gebiete der Theorie und Therapie des Stotterns. Arbeitshilfe f. d. Lehrer, Reihe Sonderschulen, H. 1.
79. Trojan, F.: Sprachrhythmus und vegetatives Nervensystem. Verlag A. Sxsl, Wien 1951.
80. Weiss, H.: Der Einfluß benachbarter Bewegungssysteme auf die Hervorbringung der Oesophagussprache. Arch. Ohren usw. Heilkd. Bd. 173 H. 2 1958.
81. Wulff, J.: Erfahrungen bei der Sprecherziehung von Gaumenspaltpatienten. Fortschr. d. Kiefer- u. Gesichtschirurg. 1, 1951. Thieme-Verlag.
82. Zöllner, N.: Die Diagnostik häufiger Formen der Ateminsuffizienz mit einfachen spirometrischen Methoden. Dtsch. Med. Wschr. 833, 1815, 1958.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Otto Brankel, Hamburg 36, Dammtorstraße 14

EIN BEITRAG ZUR LOGOPÄDISCHEN BETREUUNG
ZEREBRAL GELÄHMTER KINDER

Angeregt durch die an gleicher Stelle veröffentlichte Arbeit von Hubert Wolks, möchte auch ich einen Beitrag zu dem bisher etwas stiefmütterlich behandelten Problem leisten. Es scheint mir noch insofern nötig, damit wir einmal zu einem fachlichen Gespräch kommen, zu dem die Schriftleitung wiederholt aufgefordert hat.

Meine Tätigkeit in der logopädischen Behandlung körperbehinderter Kinder ist zwar wesentlich kürzer als die von Wolks, doch soll mich das nicht entmutigen, einiges anders zu sehen und zu beurteilen. Meine Erfahrung, über die ich bereits auf einer Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins im Februar 1959 berichtete, habe ich in fast 1½ Jahren sammeln können. Seit dieser Zeit bin ich mit der Sprachtherapie in der Tagesstätte für körperbehinderte Kinder, Berlin-Neukölln, Mariendorfer Weg 8, beauftragt. Es ist dies die erste Fürsorgeeinrichtung dieser Art in Berlin, die vom Amt für Jugend und Sport des Bezirksamtes Neukölln von Berlin erstellt worden ist. In einem 1956 fertiggestellten Flachbau werden hier 60 Kinder im Alter von 4—16 Jahren versorgt. Die schulische Betreuung der gehunfähigen Kinder erfolgt in einer z. Z. noch einklassigen Heimschule durch einen Körperbehinderten-Lehrer. Der Heimbetrieb erstreckt sich auf die Zeit von 8—17.30 Uhr. Für die An- und Abfahrt der Kinder steht ein Bus zur Verfügung. Über die Organisation des Heimbetriebes, über den personellen und räumlichen Aufbau kann an dieser Stelle aus Platzgründen nichts weiter gesagt werden.

Zu Beginn meiner Tätigkeit (wöchentlich 4 Therapiestunden) wurden mir von der Heimleiterin 15 Kinder mit Sprachstörungen vorgestellt. Sehr bald schon konnte ich feststellen, daß dies nur die Kinder mit den auffälligsten logopädischen Befunden waren. Dank der Aufgeschlossenheit der zuständigen Dienststelle wurde im April d. J. der Kollege E. Trieglaff mit weiteren 4 Wochenstunden für die Therapie gewonnen. Wir haben dann sofort alle 60 Kinder auf logopädische Befunde getestet. Das Ergebnis war erschreckend: 29 Kinder bedurften unbedingt einer Sprachtherapie (das sind fast 50 %)! Die Befunde reichten vom Sigmatismus und anderen Stammelfehlern bis zur Seelentaubheit.

Es ist nicht das Anliegen dieser Aufzeichnungen, über die bei körperbehinderten Kindern im allgemeinen vorgefundenen Sprachstörungen und deren Behandlung im einzelnen zu berichten. Vielmehr soll versucht werden, das bisher wenig beachtete Feld der Sprachstörungen bei Spastikern erneut zu durchpflügen. Es erscheint jedoch ratsam, den Krankheitsbegriff zu erweitern und nach seiner Ursache von „Sprachstörungen bei Little'scher Krankheit“ zu sprechen. Für noch besser halte ich den in der angelsächsischen

Literatur gebräuchlichen Begriff der zerebralen Kinderlähmung (ZK) (cerebral palsy). Unter den Begriff der ZK lassen sich nämlich ohne weiteres auch die idiopathische Athetose, frühkindliche Encephalitis oder Meningitis und die Pseudobulbärparalyse einordnen.

Bevor jedoch über die Störungen der Sprache etwas ausgesagt wird, erscheint es mir nötig, einige ursächliche Zusammenhänge und Zustandsbilder der ZK zu skizzieren. Nach dem symptomatischen Bild der Spasmen unterscheidet man nach Hemiplegie, bei der einseitigen Lähmung, Diplegie, bei der Lähmung beider Beine, und Tetraplegie, wenn eine Lähmung aller Extremitäten vorliegt. Als Sonderform wäre noch die Triplegie zu erwähnen, bei der drei Gliedmaßen gelähmt sind.

In der Ätiologie sind nach A. Loeb drei temporale Faktoren zu unterscheiden:

1. Pränatale Schädigungen, bei denen meist der differierende Rh-Faktor verantwortlich ist.
2. In der überwiegenden Mehrzahl Schädigungen während der Geburt (interkraniale Blutungen).
3. Postnatale Schädigungen durch Encephalitis oder Meningitis.

Nach der Lokalisation des Hirnschadens unterscheidet man den spastischen und den athetotischen Typ. Beim spastischen Typ liegt eine Schädigung im Kortex vor, während beim athetotischen Typ subkortikale Regionen geschädigt sind. Symptomatisch unterscheiden sich die athetotischen Typen von den spastischen dadurch, daß sie trotz der Spasmen der Gliedmaßen dauernd unwillkürliche, ausfahrende Bewegungen produzieren, die in der Erregung zunehmen. Bei der Pseudobulbärparalyse findet man bevorzugt eine Lähmung der Gesichts-, Hals- und Artikulationsmuskulatur. Ätiologisch liegt eine Störung der Pyramidenbahnen vor, die die kortikalen und subkortikalen Bereiche miteinander verbinden.

Kommen wir nun zur Beurteilung der vergesellschafteten Sprachstörungen. Es trifft m. E. nicht zu, wenn Wolks sagt, daß weder in der orthopädischen noch in der logopädischen Fachliteratur „Hinweise oder auch nur Andeutungen auf die bei körperbehinderten Kindern bestehenden Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen zu finden waren“. Ich gebe zu, daß in der klassischen Literatur relativ wenig darüber geschrieben steht, und selbst bei Arnold und Luchsinger nur etwa 2 Seiten darüber abgehandelt werden. Doch scheint es, daß Wolks hier seine Orientierung zu speziell auf das Krankheitsbild der Krampfähmung ausgerichtet hat. In der logopädischen Literatur finden wir die Beschreibung der Symptome eingeordnet in ihren ätiologischen Zusammenhang, etwa unter „organische Erkrankungen des Nervensystems, Läsionen der Pyramidenbahnen oder des extrapyramidalen Systems, postencephalische Zustände u. a.“. Eine fast erschöpfende Darstellung finden wir neuerdings bei Seemann (Sprachstörungen bei Kindern. S. 70.

bis 95). Richtig ist dagegen, daß es uns an Hinweisen über die spezielle logopädische Erfassung und Behandlung bei ZK in der deutschsprachigen Literatur mangelt. Wir dürfen Wolks daher dankbar sein, daß er diese Dinge endlich einmal ins Gespräch gebracht hat.

Nach Arnold und Luchsinger haben wir bei diesen Sprachfehlern ätiologisch angeborene und erworbene Hirndefekte zu unterscheiden. „Kongenitale Aphasie der Pyramidenbahn führt zur Atrophie oder Sklerose der Seitensäulen des Rückenmarks. Porencephalie, pränatale Blutungen, intrauterine Hirnerweichung oder konnatale Lues bewirken ähnliche Ausfallserscheinungen.“ Bei den erworbenen Defekten wird bei der organisch bedingten Sprachstörung auf die häufige Vergesellschaftung mit Schwachsinn hingewiesen.

Nadoleczny gibt für die linksseitige Hemiplegie bevorzugt aphasische Störungen, ferner Stammeln, Rhinolalia aperta, aphasisches Stottern, Agrammatismus und Akzentstörungen an.

Die Diplegie, die Nadoleczny als Erkrankungsform der kortikobulbären Pyramidenbahn bezeichnet, äußert sich symptomatisch durch Dysarthrie, Bradylalie (verlangsamte, skandierende Sprache), sowie organisches Stottern. Das organische Stottern ist besonders durch die fehlende subjektive Sprechanst und die „gleichmäßige Ausprägung der Störung bei allen Sprachleistungen“ gekennzeichnet.

Bei der infantilen Pseudobulbärparalyse wird für die paralytische Form die rasche Ermüdbarkeit der Stimme besonders hervorgehoben. Durch Lähmung der Artikulationsmuskulatur führt die Erkrankung weiterhin zu den verschiedensten Dysarthrien. Bei der spastischen Form stehen dagegen Rhinolalia aperta und dysarthrisches Stottern, durch die athetoiden Spasmen der Artikulationsmuskulatur bedingt, im Vordergrund.

Den eben skizzierten Schädigungen der kortiko-bulbären Pyramidenbahn stehen die extrapyramidalen gegenüber. Diese gleichen in ihren vielfältigen Symptomen den postencephalitischen Krankheitsbildern und werden bei Arnold und Luchsinger gesondert abgehandelt. Insbesondere wird dabei auf die hochgradige Gestörtheit des Singens hingewiesen.

Die, den extrapyramidalen Dysarthrien vergleichbaren, postencephalitischen Sprachstörungen zeigen die Ausfälle des amyostatischen Symptomkomplexes. Es handelt sich hierbei in erster Linie um Koordinationsstörungen der Bewegungsabläufe, die auf eine Störung des Striopallidums hinweisen. Als Symptome werden die iterative Pallilalie und die Tachyphemie erwähnt. Die Sprache wird dabei immer schneller und undeutlicher und endet schließlich in rhythmischem Gemurmel. Ferner wird eine typische Veränderung der Ruhe- und Sprechatmung angegeben, bei der die überhöhte Tiefatmung auffällt. Monotone und leise Stimme mit Silbenwiederholung runden das Bild ab.

In dieses zuletzt beschriebene Krankheitsbild sind nach Nadoleczny die athetotischen Typen einzuordnen. Nadoleczny spricht dann von hyperkinetischer Dysarthrie, besonders wenn Zuckungen der Artikulationsmuskulatur oder benachbarter Regionen, etwa des Halsmuskels, hinzukommen.

Hier sei kritisch eingeflochten, daß Wolks sich bei der Athetose nur mit einer vervollständigenden Erwähnung begnügt. Nach meinen Erfahrungen finden wir aber gerade unter den Athetotikern die schwersten Sprachstörungen. Ich wage sogar zu behaupten, daß bei den athetotischen Typen immer ein logopädischer Befund gegeben sein wird, während unter den reinen Spastikern eine normal entwickelte Sprache vorhanden sein kann. Eine Erklärung könnte die neurologische Herdlokalisation anbieten: Wenn für den reinen Spasmus bevorzugt kortikale Schädigungen vorausgesetzt werden, und diese Schädigungen die für das Sprachverständnis und Sprechen nötigen Rindenfunktionen unberührt lassen, so ist auch keine Sprachstörung zu erwarten. Anders liegt es bei den Athetosen. Hier haben wir es mit einer Schädigung im subkortikalen Bereich, im extrapyramidalen System zu tun, das für die regulativen und koordinierenden Funktionen aller Bewegungsabläufe verantwortlich ist.

Hier finden wir nun einen Anknüpfungspunkt zu Seemann. Er sagt: „Die Störungen der Sprache und der Stimme sind regelmäßige Symptome der Athetosen“. Seemann behandelt auch die Sprachstörungen beim reinen Spastiker in seinem Kapitel: „Das verminderte Sprechvermögen bei extrapyramidalen Störungen“, weil die Symptome verwandt sind. „Eine verzögerte Sprachentwicklung mit dem Syndrom einer extrapyramidalen Sprach- und Stimmstörung beobachten wir bei der Little'schen Krankheit, bei Athetose und nach Encephalitiden, die im frühesten Kindesalter durchgemacht wurden.“ [Syndrom: „ . . . Einem Syndrom können ätiologisch und pathogenetisch verschiedene Mechanismen zugrunde liegen.“ (Thiele)]

Seemann gibt für die hier besprochenen pathologischen Zustandsformen die z. T. schon erwähnten Symptome (s. o.) an: verzögerte Sprachentwicklung, Stammeln, Näseln, Agrammatismus, Störungen der Sprachakzente und des Sprechtempos. Ferner werden Artikulationsstörungen durch Zungenrigidität und organisches Stottern erwähnt. Für die Pseudobulbärparalyse, deren Symptome nach Seemann nur Begleiterscheinungen der spastischen Diplegie sind, wird noch auf möglichen Speichelfluß hingewiesen, und es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Stimme bei willkürlichen Sprachäußerungen versagt, während sie bei affektiver Phonation natürlich klingt. Nicht unerwähnt bleiben dürfen auch die oft vergesellschafteten Hörstörungen. Insbesondere auch bei Athetose lenkt Seemann die Aufmerksamkeit auf die Veränderung der musikalischen Faktoren und Stimmstörungen. Für die letzteren wird die hochgradig gestörte Atmung verantwortlich gemacht, die Wolks z. B. verneint. Auch ich muß Wolks hier widersprechen. Atemstörungen konnte ich besonders bei schweren Dysarthrien zweifellos beobachten. Ich halte daher auch in solchen Fällen spezielle Atem- und

Phonationsübungen für unabdingbar. A. Loeb schlägt in solchen Fällen für die Normalisierung der Atmung vor, in der Rückenlage Blaseübungen durch leichten Druck auf die unteren Rippenbögen bei der Expiration zu unterstützen.

Nicht unwidersprochen bleiben darf m. E. auch Wolks Überzeugung, „daß Stottern, Anarthrie und Dysarthrie einen gleichen Ursprungsherd haben und zwar in den motorischen Zentren und Bahnen des Gehirns“. Wir wissen, daß es mit Ausnahme der Stimm Lippen eine eigentliche Artikulationsmuskulatur nicht gibt. Wenn man aber z. B. eine Störung motorischer Zentren oder Bahnen annimmt, dann müßten etwa beim Stotterer auch Kau- und Schluckstörungen vorliegen. Das aber ist mir als charakteristisches Merkmal beim Stottern nicht bekannt. Seemann sagt dazu: „Das pathologische Symptom des Stotterns ist nicht das eigentliche Stocken, sondern die pathologische affektive Reaktion darauf.“ Er konnte auch in langjährigen Untersuchungen nachweisen, welche Bedeutung das Striopallidum — also der subkortikale Bereich — für das Stottern hat. Und zwar liegen nach Seemann beim Stottern dynamische Abweichungen der Funktion des Striopallidums vor. Bei den Dysarthrien und Anarthrien der ZK dürfen wir mit Sicherheit organische Veränderungen im ZNS voraussetzen. Aber Wolks widerspricht sich selbst, wenn er auf der einen Seite vom „gleichen Ursprungsherd“ schreibt und andererseits die unter der Bezeichnung Stottern zusammengefaßten Sprachstörungen nach ihrer Ursache bzw. nach ihrem Ursprungsherd differenziert wissen will. Für die dem Stottern symptomatisch ähnliche Sprachstörung, wie sie bei der ZK auftreten kann, finden wir bei Seemann zur Differenzierung den Begriff der spastischen Dysarthrie.

Die Behandlung der hier beschriebenen Sprachstörungen, die nach Seemann mit Ausnahme der medikamentösen Gaben eine reine Übungstherapie ist, deckt sich im großen und ganzen mit den üblichen logopädischen Methoden. Darüber hinaus fordert er eine umfassende Bewegungs- und Entspannungstherapie. Gleichzeitig warnt er vor übertriebener Hilfeleistung, um den Patienten zur Mobilisierung eigener Kräfte anzuregen. Ähnliches finden wir bei Wolks. Er strebt — wie wohl heute allgemein anerkannt — von der reinen Symptombehandlung weg und schlägt dafür die „neuropädische“ Behandlungsform vor. Er versteht darunter eine eng kombinierte orthopädische-logopädische Therapie. Wenn er die Aspekte der psychischen Behandlung nicht besonders herausgestellt hat, so darf man ihm wohl unterstellen, daß er sie als unlöslichen Bestandteil heilpädagogischer Konzeption eo ipso vorausgesetzt hat.

Wenn Wolks in diesem Zusammenhang von einer Kausalbehandlung spricht, so halte ich das für nicht ganz zutreffend. Führt man sich die ätiologischen Faktoren der hier behandelten komplexen Störungen vor Augen, so kann eine Kausalbehandlung — wenn sie überhaupt möglich ist — bestimmt nicht durch einen Sprachheilpädagogen erfolgen. Eine solche Therapie ist ausschließlich Sache des Arztes. Wir haben einen primär pädagogischen Auf-

trag zu erfüllen und müssen uns daher unter Einbeziehung des psychischen und des allgemeinen motorischen Bereichs der hier besprochenen komplexen Störungen mit der Symptom- oder Übungsbehandlung begnügen.

Zu der von mir geübten Behandlungsform sei folgendes gesagt: Nachdem ich mir einen ersten Überblick über die zu behandelnden sprachgestörten Kinder verschafft hatte, galt es, die Arbeitsform und den Therapieplan festzulegen. Ich muß gestehen, daß ich anfangs etwas ratlos war. Lagen doch hier Störungen und Ausfallserscheinungen vor, mit denen wir in den Sprachheilschulen nur sehr selten oder gar nicht in Berührung kommen. Hinzu kommt, daß ich in der Behandlung vorschulpflichtiger und schulunreifer Kinder gar keine Erfahrung hatte. Es galt also, sich auf die Patienten einzustellen und sich in der Literatur zu orientieren.

Was die persönliche Einstellung auf die körperbehinderten Kinder betrifft, mußte ich erst einmal lernen, mein Mitleid, mit dem ein Außenstehender spontan reagiert, nicht zu zeigen. Trotz aller heilpädagogischer Einstellung ist man bei der ersten Konfrontierung mit schwerkörperbehinderten Kindern nur allzu bereit, Hilfeleistungen anzubieten, die im Sinne der physiologischen Ertüchtigung unangebracht, ja, unpädagogisch sind.

Bei der Kindergartengruppe habe ich mich dann im Laufe der ersten Wochen für eine gemischte Gruppen- und Einzelbehandlung entschieden. Die Kindergärtnerin dieser Gruppe unterstützt mich dabei vorbildlich. Sie ist unermüdlich im Erfinden kleiner Spiele und Gesänge, die der Übung und Festigung des Erarbeiteten dienen. Hierzu gehören mimische Spiele zur Ertüchtigung der teilweise paralytischen Artikulationsmuskulatur, sowie Übungsformen der erarbeiteten Vokale und Labiallaute. Nach meinen Anweisungen werden dann täglich spezielle Übungen gemacht. Ein beliebtes Spiel ist z. B. „Puppenverkaufen“: Die Kinder sitzen dabei im Kreis in ihren Lehnstühlen, die in diesem Falle zu „Schachteln“ degradiert werden. Ein Käufer, oft die Kinderschwester, läßt sich nun die einzelnen Puppen vorführen, die durch entsprechende Handbewegungen erst „aufgezogen“ werden müssen und dann schließlich je nach individuellem Leistungsvermögen etwa Mama, Papa, Oma sagen oder auch nur A, O, U artikulieren. Bei der Behandlung der älteren Kinder herrscht wegen der Verschiedenheit der Störungen und der unterschiedlichen Altersstufen und Entwicklungsgrade die Einzeltherapie vor.

Wenn wir in Deutschland noch recht mangelhaft Körperbehindertenfürsorge betreiben, so dürfen wir sicher nicht zuletzt die jüngste Vergangenheit dafür verantwortlich machen. In den anglo-amerikanischen Ländern, in der Schweiz, in Holland, Belgien und Skandinavien ist man uns in dieser Beziehung weit voraus und kann auf gute Erfahrungen und Erfolge zurückblicken. Auf dem „IX. Kongreß der internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“ 1953 in Zürich, weist P. Marland, London, für die Behandlung zerebral-spastischer Kinder im Zusammenhang mit der „Reflex-Hemmungsstellung“ auf folgendes hin:

„Um eine spastische Dysarthrie zu vermeiden, sollte der Sprachschatz, der während der Behandlung erworben wird, nicht den Grad der allgemeinen Entwicklung des Kindes übersteigen. Durch die Förderung mit Tonhalteübungen und wiederholten Lallübungen soll das spontane Lallen erzielt werden. Die Förderung mit einfachen Worten und ‚gemischtem‘ Lallen führen zur spontanen Unterhaltung.“

E. Ohlson-Edlung, Stockholm, schlägt für die logopädische Behandlung der Spastiker eine Kombination von „Entspannung, Blasen und Lautübungen“ vor. Er weist auch auf die Notwendigkeit hin, eine sichere Methode für IQ-Tests bei spastischen Kindern auszuarbeiten“. Die entsprechenden Forschungsarbeiten dafür sind übrigens in Stockholm im Gange. Dieses Bemühen werden alle begrüßen, die mit der Behandlung körperbehinderter Kinder zu tun haben. Denn abgesehen von dem Wunsch nach einem sprachfreien Test, der auch für die voll bewegungsfähigen sprachgestörten Kinder noch nicht befriedigend erfüllt werden konnte, haben wir bei den im frühen Kindesalter betroffenen Körperbehinderten beim Testen noch die Einengung des Lebensraumes durch die oft völlige Bewegungsunfähigkeit und die daraus resultierende Retardation der taktilen, sozialen, geistigen und psychischen Umwelteroberung in Rechnung zu stellen. Keiner der mir bisher bekannt gewordenen Intelligenztests könnte einer solchen Forderung gerecht werden. Die Klärung der geistigen Fähigkeiten ist aber für eine Prognose eminent wichtig. Bei Sprachentwicklungshemmungen auf zerebraler Grundlage ist die Früherfassung — wie bei Sprachleiden im allgemeinen — ein unabdingbares Gebot. Darauf weist auch Wolks mit Nachdruck hin. Ist doch eine günstige Prognose nur zu stellen, wenn sich die Übungstherapie über sehr lange Zeiträume erstreckt. Die Behandlung ist bei den hier besprochenen Erkrankungen durch die zeitraubende Reaktivierung der feinmotorischen Geschicklichkeit besonders erschwert.

Es liegt also auf der Hand, daß das vorschulpflichtige Kind für die Behandlung spastischer Ausfälle ganz allgemein den größten Erfolg erhoffen läßt, weil die organischen Veränderungen einmal noch nicht habituell geworden sind und daher gute Remissionen erhoffen lassen und zum anderen eine spezifische Behandlung und Kontrolle über einen möglichst langen Zeitraum gegeben ist. Darüber hinaus wird die Beobachtung und Abgrenzung eines häufig vergesellschafteten echten oder Pseudo-Schwachsinn erleichtert, so daß ein entsprechender Ausgleich in maximaler Weise denkbar ist.

Zwei wesentliche Konsequenzen, die sich mir bei der Beschäftigung mit dem hier dargestellten Problemkreis aufdrängten, seien abschließend herausgestellt:

1. Team-Arbeit — das zur Ergänzung unseres Tagungsthemas in Berlin 1958 — ist bei der Behandlung körperbehinderter Kinder unbedingt erforderlich. Neurologe, Orthopäde, Pädiater, Otologe, Psychologe, Heilgymnastin, Kindergärtnerin, Lehrer und Sprachheillehrer müssen in

engem Kontakt ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen und ihre Erfahrungen austauschen, um den größtmöglichen Erfolg erhoffen zu können.

2. Die Ausbildung zum Sprachheillehrer ist unzureichend, wenn sie nicht wenigstens gut informierend in den in unseren Arbeitsbereich fallenden medizinischen Disziplinen erfolgt. Die oto-laryngologische und die psychiatrische Disziplin allein, das hat mir die Beschäftigung mit diesem speziellen Gebiet der Sprachstörungen gezeigt, genügen nicht. Bessere neurologische, physiologische und anatomische Kenntnisse gehören zum fundierten Rüstzeug eines Sprachheilpädagogen.

Wir wollen durchaus keine Mediziner sein, aber wir haben ein Recht auf eine Ausbildung, die es uns gestattet, unseren Auftrag, Sprachkranken zu helfen, in bestmöglicher Weise erfüllen zu können. Brankel sagte 1958 in Berlin, als er über „Die Sprachstörungen und ihre Behandlung durch den Arzt im Team“ sprach: „Das Team darf aber nicht zu jener bequemen Gemeinschaft werden, bei der die persönliche Verantwortung aufgehoben wird. Jeder Teamarbeiter muß selbstverständlich sein Fachgebiet vollkommen beherrschen, muß aber auch die Gebiete seiner Teampartner in ihren Grundstrukturen gut kennen, so daß die gegenseitigen Anregungen um so fruchtbarer sind, und das Riesengebiet der Phoniatrie auf diese Weise bewältigt werden kann.“

Es bleibt noch zu hoffen und zu wünschen, daß die in jüngster Zeit erfreulicherweise zunehmende Aktivität in der Spastikerbetreuung anhält oder sogar noch forciert wird. Es sei aber auch warnend darauf hingewiesen, daß falsche Sparsamkeit bei der Errichtung von Spastikerzentren gefährlich ist. Gefährlich deshalb, weil in den Kranken u. U. Hoffnungen erweckt werden, die nur bei großzügiger Planung und Zuführung bestgeschulter Personals maximale Erfüllung erwarten lassen.

Literaturangaben:

1. I. Brückner: Anatomie und Physiologie, 4. Auflage, Georg Thieme-Verlag, Leipzig 1944.
2. O. v. Essen: Allgemeine und angewandte Phonetik. Akademie-Verlag, Berlin 1957.
3. G. Ewald: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. J. F. Lehmanns Verlag, München-Berlin 1944.
4. W. Fischels: Die höheren Leistungen der Wirbeltiergehirne. J. A. Barth-Verlag, Leipzig 1948.
5. M. Hess: Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Universitätsverlag Freiburg Schweiz 1959.
6. M. Klemm: Zum heutigen Stand der Balbutiesforschung aus „Die Sprachheilarbeit“ 3/57.
7. A. Loeb: Die spastische Lähmung als Folge frühkindlicher Hirnschäden aus „Krankengymnastik“ 5/57. . .
8. P. Luchsinger u. G. E. Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer-Verlag, Wien 1949.

9. M. Nadoleczny: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1926.
10. G. Schmitz: Leitfaden der Psychiatrie. Aloys Henn Verlag, Ratingen 1950.
11. M. Seemann: Sprachstörungen bei Kindern. C. Marhold-Verlag, Halle 1959.
12. K. Walker: Die Lebensfunktionen des menschlichen Körpers. Union Deutsche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1948.
13. H. Wolks: Die sprachlichen und stimmlichen Störungen bei Krampfge lähmten (Spastikern) und ihre Behandlung aus „Die Sprachheilarbeit“, 1 u. 2/59.
14. Zusammenfassung der Kongreßvorträge. IX. Internationaler Kongreß der „Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie“, Zürich 1953.

Anschrift des Verfassers: Karl-Heinz Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Alle 162

Erwin Richter, Calau

ZUR VERWENDUNG DES FILMS IN DER THERAPIE BEI STOTTERERN

(Fortsetzung und Schluß)

Nach solch einer ausschweifenden Einleitung kehren wir zu unserem Hauptthema und zu unserer Fragestellung zurück. Es ist nun leicht, den aufgestellten zweiten Punkt für das fließendere Sprechen der Filmmacherzählung unserem Verständnis nahezubringen: Wenn nach einer Betrachtung geeigneter Filmszenen die Inhalte sofort sprachlich wiedergegeben werden, so können wir diese Sprachleistung in den reizausleitenden b) Faktor einreihen. Die lebendigen Szenen brachten dem Stotterer die Fiktion einer Wirklichkeit und gaben ihm ein emotionales Erleben. In der unmittelbaren Nacherzählung steht er noch unter dem Druck des Erlebens und steht daher zum Sprachinhalt in einer positiven Ich-Bezogenheit. Diese Sprechsituation bringt also einmal nur einen schwachen psychischen Umweltreiz und zum andern wirken die Sprachinhalte im enthemmenden Sinne. Die Sprachfunktion nähert sich dem normalen Reflexcharakter, und es wird flüssiger gesprochen. Es ist verständlich, daß die Nacherzählung etwa erst nach einer Woche nicht mehr dieses fließendere Sprechen bringt, weil inzwischen das innere Erleben verklungen ist. Es wird uns auch klar, daß ungeeignete Filmszenen an ähnliches negatives Icherleben anklingen und reizeinleitend wirken können und damit das fließendere Sprechen aufheben werden.

3. Die Kontaktsituation

Die Entscheidung, ob ein bewußt gewordenes sprachliches Wollen — aus eigenem Antrieb oder aus fremder Aufforderung hervorgehend — reizeinleitend oder reizausleitend wirkt, hängt in engster Beziehung von der jeweiligen Kontaktsituation zur Gemeinschaft ab. Diesen Faktor hat auch Orthmann kurz berührt, wenn er das „Alleinsein mit der Szene“ und die Dunkelheit des Vorführraumes erwähnt. Das sind natürlich sehr begünstigende Momente für ein fließenderes Sprechen.

In unserer Literatur wird darauf hingewiesen, daß manche Stotterer im Dunkeln völlig fließend sprechen können. (7) Dieser Umstand wird sicher nur dadurch hervorgebracht, weil sich das Ich nicht im Scheinwerferlicht einer Kontaktsituation sieht. Opitz nennt das Sprechen im Dunkeln die Verleumdung des Ichs. (8) Sitzt der Patient im dunklen Vorführraum, so erlebt er nicht den unmittelbaren Kontakt mit der Gemeinschaft, sein Ich fühlt sich in gesicherterer Position, es ist nicht der direkten Einflußsphäre des Gesprächspartners unterstellt, die ansonst eine seelische Hemmungslage auszulösen vermag. Die Sprachleistung steht gleicherweise auf der Grenze zwischen der dialogischen und der monologischen Sprachfunktion. Wir wollen eine kurze Untersuchung darüber führen, in welchem Maße die Kontaktsituation am Stotterakt beteiligt ist.

Die wichtigste Wesensfunktion der Sprache ist die Kontaktherstellung in der zwischenmenschlichen Beziehung. Mit Hilfe eines Gedankengutes, einer Stimmleistung und einer Feinmotorik wird die Beziehung zum anderen Menschen hergestellt, wird die Brücke zur Gemeinschaft geschlagen. Die Sprache ist das Mittel schlechthin, den Kontakt zum Mitmenschen augenblicklich anzubahnen. Um dieses Kontaktmittel ungestört in Benutzung nehmen zu können, muß als erste Voraussetzung die Kontaktfähigkeit des Individuums zur Umwelt und Gemeinschaft eine gesunde sein. Weil beim Stotterer in der Beziehung zur Gemeinschaft irgendwo ein Bruch vorliegt, muß auch die volle Sprachfunktion gebrochen sein. — Das unterbrochene Sprechen tritt jedoch nicht immer und überall gleichmäßig auf, sondern es richtet sich nach den einzelnen Kontaktsituationen, in denen der Stotterer mit der Gemeinschaft in einer sprachlichen Bezugnahme steht. Diese wiederum stehen mit den Leistungen der Sprache in engster Verbindung. Es sei kurz betrachtet:

Im monologischen Selbstgespräch wird nicht gestottert, weil diese Sprechsituation völlig kontaktlos ist. In der Kundgabe und im Appell wird nur geringfügig gestottert, denn es wird nur ein ganz loser Kontakt mit dem Angerufenen hergestellt. Der Bericht ist ganz dialogisch gerichtet und erfordert eine enge Kontaktnahme zum Gesprächspartner. Je nach dem gewerteten Verhältnisgrad in der Stellung seiner Person zu der Persönlichkeit des Gesprächspartners wird die Kontaktherstellung kritisch erlebt und damit eine vertraulich-feste Bindung mehr oder minder verhindert. Mit dem Dazutreten der Wichtigkeitswertung und der Schwierigkeitsstufe des Darstellungstextes kann sehr arg gestottert werden. Eine ganz enge Kontaktknüpfung

muß in der Sprachleistung der Frage vorgenommen werden, denn sie bedeutet einen Einbruch in die Ichsphäre des anderen und stellt ein Verlangen dar, auf das der Angeredete zu reagieren hat. Deshalb ist hier die Sprachstörung am auffälligsten und auch in der Heilungsarbeit am hartnäckigsten. Wir ersehen, daß im selben Grad die Sprachstörung gesteigert wird, je enger der Kontakt mit der Gemeinschaft aufzunehmen ist. Der Stotterer hat immer eine geminderte Kontaktfähigkeit als Bestandteil seines Gesamtleidens aufzuweisen. Über das Band von der Kontaktbereitschaft bis zur -pathologie gibt uns die Individualpsychologie wertvolle Aufschlüsse. Unsere Ausführungen würden zu weitläufig werden, wollten wir all die Punkte heranziehen, die zur Kontaktarmut führen. Wir ersehen ferner, daß sich mit der Kontaktbereitschaft eine Sprechbereitschaft und damit eine Sprechsicherheit einfindet, die dem Stotterer die notwendige Ruhe zum Sprechen gibt. In entgegengesetzter Folgerung findet sich aus dem Kontaktabwehren die Sprachbremse und damit eine Unsicherheit ein, die den Stotterer in jene bekannte ängstliche Erregung bringt und ihm die Ruhe für ein wohlgeordnetes Sprechen nimmt.

An der Stelle also, wo die Decke der Kontaktfähigkeit einbricht, tritt der reizeinleitende psychische Umweltreiz auf, der den Sprechorganismus über einen negativ-bedingten Reflex zur Reaktion zwingt. An diesem Punkt des Einbruches tritt die Neurose in Kraft. Alles was danach folgt, ist ablaufender Mechanismus. In der Zusammenfassung können wir folgende Formel prägen: Je nachdem wie der Stotterer die Sprechsituation als Kontaktsituation bewertet, wird ein Sprechenmüssen zum pathologisch-psychischen Reiz und löst ein entsprechendes Reflexgeschehen aus.

Wir erkennen aus all dem, daß das Stottern ursächlich nicht eine Funktionsstörung im Sprechablauf, sondern eine Störung im sozialen Felde, in der Anpassung an die Gesellschaft ist. Florensky, Chefarzt der logopädischen Abteilung in Moskau, geht in seiner Theorie von ähnlichen Grundsätzen aus: „Stottern ist ihm eine überwiegend psychologisch, insbesondere soziopsychologisch begründete Neurose, obwohl bei seiner Behandlung somatobiologische Gesichtspunkte nicht vernachlässigt werden dürfen.“ (9) Was jenseits der Kontaktschwäche steht, ist Charakterpathologie und dringt in das Gebiet des Psychiaters ein.

4. Diskussion zur Therapie

Die unbefriedigenden Erfolge in der Stottererbehandlung zwingen uns, nach verbesserten und neuen Behandlungswegen zu suchen. Nach den vorangegangenen Texten ist es sicher allen Kollegen einleuchtend geworden, worauf es in der Stottertherapie ankommt. Die in der Therapiestunde heute noch oft mechanisch betriebenen Sprechleistungen haben wohl einen hohen artikulatorischen Übungszweck, aber sie sind völlig ungenügend, die wirklichkeits-echten Sprachleistungen des Berichts und der Frage zu stützen.

Aus den Erörterungen des 1. Kapitels ergab sich, daß Reihensprechen, Nachsprechen, Hersagen auswendig gelernter Texte auch dem schweren Stot-

terer verhältnismäßig gut gelingen. Sie gelingen deshalb gut, weil sie mechanische Sprechleistungen sind und außerhalb der Wirklichkeitssituation stehen. Es werden in ihnen die wichtigen Elemente der Sprache: die Kontaktsituation, die erlebnisgebundene Situation und der Denksprechvorgang vermischt. In den mechanischen Sprechleistungen liegt der zu sprechende Text fest, es braucht keine Denkarbeit zur vorsprachlichen Stufe geleistet zu werden, und die Großhirnrinde wird weitgehendst ausgeschaltet. Diese niederen Leistungen des Sprechens sind mehr an den Hirnstamm gebunden. Aus der Aphasielehre wissen wir, daß Nachsprechen noch gelingt, wenn ein Gesprächssprechen schon jahrelang nicht mehr gelingt.

Wir müssen zwar auch heute noch die Behandlung mit Reihensprechen, Nachsprechen, Lesen usw. einleiten. Diese Übungen verfolgen in der Hauptsache einen sprechtechnischen Zweck. Die negativ geschaffenen Übungsdispositionen müssen aufgelöst und im Training durch normale Übungsdispositionen ersetzt werden. Darüber hat Kollege Maschka in Nr. 1/1958 dieser Zeitschrift sehr treffend referiert. Wir müssen dem Stotterer also unbedingt durch eine Übung das Gefühl des weich-entspannten und des stimmhaften Sprechens vermitteln; er muß das Gefühl des freien Sprechens kennenlernen, um daraus das erste Selbstvertrauen in die eigene Sprechleistung zu gewinnen.

Die Übungsarbeit wird als Symptombehandlung bezeichnet. Wir merken sehr bald, daß der Sprachverbesserung durch die Arbeit am Symptom, durch eine reine Sprechgymnastik Grenzen gesetzt sind. Dies ist uns sehr verständlich geworden, denn das Stottern ist hauptsächlich eine Sprachstörung und weniger eine Sprechstörung. Sprechen verlangt technische Fertigkeiten. Sprache jedoch verlangt erlebnisgebundene Wirklichkeit und die Kontaktsituation zur Gemeinschaft. Sprechen wird erst dann zur Sprache, wenn es sich in eine der vier Sprachleistungen eingruppiert läßt, wenn es also mit dem Ich-Erleben gebunden ist und die Emotion berührt.

Wenn am Behandlungstisch alle Übungstexte mit Nacherzählen, Sätze bilden, Fragen beantworten usw. voll gelungen sind, so sind diese Sprechleistungen noch keine echten Sprachleistungen, weil sie der Patient selbst als wirklichkeitsfremd einschätzt. Die wirklichkeitsgebundene Sprachleistung setzt wieder ein, wenn nach Beendigung der Behandlungsstunde dem Therapeuten eine persönliche Mitteilung gemacht werden muß. Man könnte erstaunt sein: Nach einer Stunde völlig fließenden Sprechens wird in dem Moment wieder heftig gestottert, wo der Patient eine nun wirklichkeitsrechte Frage stellt.

Sobald am Behandlungstisch durch die Arbeit am Symptom fließend gesprochen wird, was verhältnismäßig schnell gelingt, muß die Therapie erweitert werden. Jetzt müssen wir die höheren und erlebnisgebundenen Sprechleistungen heranziehen, die sich der Grenze einer wirklichkeitsnahen Situation nähern. Wenn in Nr. 1/1956 dieser Ztschr. Kollege Schulze von Spielnachmittagen berichtet, wo ein echtes Gemeinschaftsspiel gepflegt wird, so arbeitet er durchaus in dieser neuen Therapierichtung. Eine ähnliche,

vielleicht noch bessere Möglichkeit bietet uns der Film. Die Berichte von Orthmann dürfen wir in dieser Richtung nur als erste Tastversuche werten. In der jetzigen Formung bietet die Filmtherapie eigentlich nur eine Plattform, von der auch der Schwerstotterer auf ein fließenderes Sprechen herabblicken kann. Wenn dieses sprachliche Können bewußt für ermutigende Suggestionen verwertet wird, so wächst eine Sicherheit, und damit ist bereits viel gewonnen. Es müssen jedoch weit größere und tiefgreifendere Möglichkeiten im Film liegen. Viele Kollegen werden Anregungen bringen, ehe dieser Therapiezweig voll ausgebaut ist und ein fester Bestandteil unserer Gesamttherapie sein wird.

Ich selbst denke mir die therapeutische Erweiterung in der Richtung auf die negativen Übungen, so ähnlich wie sie Peacher (10), Baryngelsen (11) und Crickmay (12) empfehlen. Da der ältere Stotterer mit seiner Neurose nun schon sozusagen befreundet ist, was durch seinen mangelnden Heilungswillen oder durch Ablehnung jeder Heilungsarbeit bekundet wird, hat es bestimmt etwas für sich, wenn man ihm sein Konterfei entgegenhält. Dazu bietet gerade der Filmstreifen mit einer eigens gedrehten Szenerie die beste Möglichkeit.

Ich würde mich freuen, auf meine Ausführungen von Kollegen Zuschriften zu erhalten, die kritisierenden oder ergänzenden Inhalt tragen. Nur im Team können wir uns tiefer in die Probleme des Stotterns hineinarbeiten. Wir alle verfolgen mit der Forschungsarbeit das eine Ziel: Die Therapie zu verbessern. Es ist doch sehr entmutigend für uns, wenn uns wieder einmal das Gefühl überwältigt, daß unsere Arbeit im Leerlauf geht. Deshalb sei Kollegen Maschka für den letzten Absatz seiner schon genannten Arbeit gedankt. Er gibt uns Ansporn und spricht uns Mut zu für die Fälle, wo trotz größten Bemühens der Erfolg versagt bleibt.

Literaturangaben:

1. Schilling: Über „Inneres Sprechen“. Bericht über II. Vers. Dtsch. Ges. f. St. u. Sprheilkde. 1928.
2. Kainz im Lehrbuch der Stimm- u. Sprachheilkde. v. Luchsinger u. Arnold, S. 197.
3. Kainz: Psychologie der Sprache, Stuttgart 1954, Band I, S. 184.
4. Kainz: Ebenda, Band III, S. 326.
5. Kainz: Ebenda, Band I, S. 204.
6. Kainz: Ebenda, Band I, S. 188.
7. Denhard: Stottern eine Psychose, 1890.
8. Opitz: Zur Pathogenese u. Psychotherapie des Stotterns, 1956.
9. Zentralblatt f. d. g. Neurologie und Psychiatrie, 73. Bd. (1934), S. 676.
10. Luchsinger und Arnold: Lehrbuch für Stimm- u. Sprachheilkunde, Seite 392.
11. Zentralblatt f. Neurologie u. Psychiatrie, 79. Bd. (1936), S. 596.
12. Ebenda: 108. Band (1950), Seite 237.

Anschrift des Verfassers: Erwin Richter, Calau, Cottbuser Str. 23

*Aus der Kieferchirurgisch-orthopädischen Heilstätte Thallwitz
(Chefarzt Prof. Dr. Dr. med. h. c. W. Rosenthal)*

Lona Kirchner, Thallwitz

DIE MITARBEIT DER MÜTTER
BEI DER SPRACHHEILBEHANDLUNG OPERierter
SPALTTRÄGER IM VORSCHULALTER

Gaumenspalten werden in der Regel im Vorschulalter geschlossen. Damit werden die anatomischen Voraussetzungen für die Normalsprache geschaffen, die jedoch nur in ganz seltenen Fällen ohne fachkundliche Hilfe erreicht wird. Deshalb ist eine sprachtherapeutische Behandlung operierter Spaltträger fast ausnahmslos erforderlich. Es ist dringend anzuraten, daß eine solche nach der Operation so bald wie nur irgend möglich erfolgt, damit falsche Sprechgewohnheiten — ehe sie in Bewußtsein und Vorstellung im kinästhetischen Gefühl zu fest eingespart sind — in richtige umgebildet und mangelhafte oder nicht vorhandene Funktionen der Sprechwerkzeuge durch entsprechende Übungen ausgebildet werden.

Diesen Forderungen stehen jedoch oft Schwierigkeiten entgegen. In vielen Orten steht kein Sprachheillehrer oder Sprachtherapeut zur Verfügung, der die Behandlung übernehmen könnte, oft nicht einmal in benachbarten Städten. Es müßten daher in solchen Fällen große Entfernungen überwunden werden, um das sprachgestörte Kind einer Sprachheilbehandlung zuzuführen; deshalb unterbleibt diese dann fast immer. Das wirkt sich natürlich sehr zum Schaden für die Sprache des betreffenden Kindes aus. Die Kieferchirurgisch-orthopädische Heilstätte Thallwitz führt Sprachheilbehandlungen operierter Spaltträger bei mehrwöchigem stationären Aufenthalt durch. Für Vorschulkinder ist ein solcher jedoch nicht angebracht, da ein Vorschulkind einerseits nicht in der Lage ist, die zwischen den einzelnen Sprachheilbehandlungen erforderlichen Sprechübungen allein vorzunehmen und andererseits oft durch Heimweh schweren seelischen Depressionen unterliegt, die jeden Erfolg in Frage stellen würden.

Aus diesen Erwägungen heraus nimmt die Heilstätte Thallwitz Vorschulkinder und zuweilen auch Kinder des 1. Schuljahres für einige Tage in Begleitung ihrer Mütter stationär zur Sprachheilbehandlung auf. In dieser Zeit werden die Mütter mit Sinn und Wesen der Näslerberbehandlung nach Spaltoperationen und mit der Lautbildung vertraut gemacht. Das geschieht

in Form von theoretischer Unterweisung und praktischen Übungen, die individuell abgestimmt sind und jeweils am Kinde demonstriert werden. Die Mütter machen alle Übungen stets mit, damit sie diese aus eigener Erfahrung kennen. Sie sollen dadurch in die Lage gesetzt werden, daheim mit den Kindern zweckentsprechend zu üben.

Die Mütter sind fast ausnahmslos mit Lust und Liebe bei der Sache, weil sie ihren Kindern helfen und damit verhüten wollen, daß diese ihrer Sprache wegen im Kreise anderer Kinder isoliert stehen oder verspottet werden oder später gar in ihrem Fortkommen gehindert und dadurch sozial geschädigt sind. Durch die mehrtägige Anleitung und Mitarbeit werden die Mütter auch wirklich zu wertvollen Helfern im Dienste der Sprachheilsache. Sie werden angehalten, zu Hause mit ihren Kindern systematisch, regelmäßig und konsequent sprachlich zu arbeiten. Als Unterstützung hierfür wurde nachstehendes „Merkblatt“ ausgearbeitet, das der Mutter eines jeden Kindes mitgegeben wird.

Merkblatt

für Näsler-Behandlung nach Spaltoperationen

Zusammengestellt von Lona Kirchner, Sprachheillehrerin
Kieferchirurgisch-orthopädische Heilstätte Thallwitz bei Wurzen

Nach Spaltoperationen ist zur Erlangung der Normalsprache folgendes erforderlich:

Bewußte Lautbildung

1. Oft werden Laute falsch gebildet, vor allem Mitlaute. Es müssen dann Mundstellung, Lippenbewegung, Lage und Bewegung der Zunge bei der Bildung eines jeden Lautes bewußt gemacht und geübt werden. Jede Lautbildung selbst vormachen! Spiegel als Hilfe benutzen!

Die Laute müssen nach Schwierigkeitsstufen angebildet werden:

- a) Lippenlaute: m — b — p
- b) Lippenzahnlaut: f — w — sch (mit Lippenvorstülpung)
- c) Zahnlaut: d — t — l — n — s — r (Zungen-r)
- d) Hauchlaut: h
- e) Gaumenlaute: g — k — j — ch — ng — r (Gaumen-r)

Zungenlage
bei obigen Lauten:



m b p f w h



d t l n
r (Zungen-r)



s



sch
r (Gaumen-r)



g k



j ch (ich)



ch (ach)



ng

Luftweg beachten!

- a) Nasenlaute: m — n — ng. Luft entweicht durch die Nase. Gaumensegel ist gesenkt.
- b) Mundlaute: Alle anderen Laute. Luft entweicht durch den Mund. Gaumensegel ist gehoben und schließt den Mundraum vom Nasenraum ab.

2. Atemerziehung:

Der Näsler muß lernen, seine Atemführung zu beherrschen.

- a) Die Ausatmung muß gezügelt werden.

Je mehr das geschieht, umso besser kommt der Näsler mit seinem Atem beim Sprechen aus, und um so weniger Luft strömt dabei als überschüssig (bei Nasenlauten) und als falsch gelenkt (bei Mundlauten) durch die Nase. Dadurch wird das Näseln herabgemindert.

- b) Der Atemweg muß bewußt gemacht werden.
Das gilt vor allem für die Ausatmung. Punkt a) u. b) greifen eng ineinander.

Übungen für a) und b):

1. Übung: Mund schließen, kurz und tief durch die Nase einatmen und wieder ausatmen.
2. Übung: Mund schließen, kurz und tief durch die Nase einatmen, durch den gespitzten Mund ausatmen (gegen Seidenpapierstreifen oder Feder), bis 20 Sek. und mehr steigern.
3. Übung: Nase zuhalten, kurz und tief durch den Mund einatmen, durch den Mund auf „a“ oder anderen Laut ausatmen, bis 20 Sek. und mehr steigern.
4. Übung: Mund und Nase offen, Zahnreihen leicht aufeinanderstellen, Zungenspitze hinter die unteren Schneidezähne legen, durch den Mund einatmen. Die Luft streicht dabei durch die Zähne und verursacht an diesen ein deutlich hörbares Geräusch und ein spürbares Kältegefühl. Dann auf gleiche Weise ausatmen. Dabei entsteht abermals ein deutlich hörbares Geräusch an den Zähnen. Darauf aufmerksam machen! Der Weg der Ausatmung durch den Mund wird dadurch bewußt gemacht und bleibt bei genügender Übung in der Vorstellung haften.

Diese Übung kann gleichzeitig sehr gut als Vorübung für die Bildung des s-Lautes benutzt werden.

Vorstehende 4 Übungen helfen mit, den Luftstrom beim Sprechen richtig zu lenken.

3. Luftstromlenkung
kann aber nicht allein durch bewußte Atemübungen erreicht werden.
Das erfordert vor allem oft vorgenommene

Blasübungen:

Luftballon aufblasen
Rollschlange aufblasen
Seifenblasen
Mundharmonika oder Flöte blasen
Pfeifen
Blasen auf Schlüssel

Blasen in Hohlstab mit Körbchen und tanzendem Ball
Kleine bunte Papierbällchen in Kästchen oder dgl.
blasen

Watte fortblasen usw.

Durch diese Übungen wird der Luftstrom mit der Zeit bei der Bildung der Mundlaute in die richtige Bahn gelenkt.

(Fortsetzung im nächsten Heft)

Aus der Organisation

Dr. med. H. Zumsteeg 85 Jahre

Es ist wohl eine Ehrenpflicht, denen zu danken, die unsere Lehrer waren und uns für unseren Beruf das Rüstzeug gaben. Dies um so mehr, wenn es sich hierbei nicht nur um ein Weitergeben von Wissen und Erfahrung handelte, sondern wenn mit der Berufung zum Lehren die Aufgabe verbunden war, ein neues schulisches Arbeitsfeld zu erschließen. Hier gilt es heute Herrn Dr. H. Zumsteeg, der am 13. Oktober sein 85. Lebensjahr vollendet, zu danken.

In Berlin wurde die erste Sprachheilschule im Jahre 1920 eingerichtet. Vorher hatte man sich seit 1896 in Stottererkursen, die von Albert Gutzmann und seinem Sohn Hermann geschaffen worden waren, bemüht, den sprachkranken Kindern zu helfen. Als nun in Sprachheilschulen eine vermehrte und verbesserte Möglichkeit der Betreuung geboten wurde, war es aber auch notwendig, die an dieser Arbeit interessierten Lehrer entsprechend auszubilden. Der um das Berliner Sonderschulwesen besonders verdienstvolle Magistratsschulrat Arno Fuchs schuf das ‚Heilpädagogische Seminar Berlin-Brandenburg‘, an dem nicht nur Berliner Lehrer, sondern auch Lehrer aus dem gesamten Bereich Preußens ihre Studien treiben und schließlich die Prüfung ablegen konnten. Um den Sprachheillehrern die spezielle Ausbildung zu geben, wurde der Arzt Dr. Zumsteeg als Dozent an dieses Seminar berufen.

Zumsteeg, aus Württemberg stammend, hatte nach seinen Studien die Laufbahn des Militärarztes eingeschlagen. Ein Kommando an die Hals-Klinik der Berliner Charité führte den jungen Stabsarzt mit Hermann Gutzmann zusammen. Der schon lange vorher für die Laryngologie interessierte Mediziner fand hier das ihm besonders zusagende Arbeitsgebiet. Nach seinem 1912 genommenen Abschied wurde Zumsteeg Assistenzarzt im Universitätsambulatorium für Sprach- und Stimmstörungen und Privatassistent bei H. Gutzmann sen. Als langjähriger Mitarbeiter von H. Gutzmann sen. wurde er dann auch Dozent am Heilpädagogischen Seminar. In seinen Vorlesungen kam vor allem die Physiologie des Sprach- und Stimmorgans zur Geltung. 1924 bekam er den ehrenvollen Auftrag, die „Sprachheilkunde“ von H. Gutzmann zu überarbeiten und in der 3. Auflage herauszugeben. Mit Dankbarkeit denken die nun heute auch schon alt gewordenen Sprachheillehrer an diese Ausbildung zurück. Welch enge Bindung Dr. Zumsteeg heute noch zu uns hat, ersehen wir daraus, daß er keine Arbeitstagung unserer Berliner Arbeitsgemeinschaft und keine Veranstaltung der Sprachheilschulen versäumt.

So möchten wir nun unserem verehrten Herrn Dr. Zumsteeg zu seinem Jubeltage neben unserem Dank unsere herzlichsten Glückwünsche übermitteln. Wir hoffen, daß es ihm vergönnt sein möge, noch viele Jahre im Kreise seiner Familie zu verleben.

Paul Lüking

Die Gründung zweier Landesgruppen in Nordrhein-Westfalen

Im Anschluß an die Jahrestagung der „Westfälisch-Lippischen Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen“ (Sitz: Münster/Westf., Landeshaus) in Bochum vom 18.—20. 6. 1959 fand noch am letzten Sitzungstage eine Versammlung der Mitglieder der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“ aus dem Lande Nordrhein-Westfalen statt.

Koll. Wallrabenstein, Beauftragter für die Sprachgeschädigtenfürsorge im Landesverband Westfalen-Lippe, eröffnete die Sitzung mit einem Begrüßungsreferat, in dem er der Geschichte des Begriffes der Heilpädagogik nachging. In einer abschließenden eigenen Definition faßte er zusammen: „Heilpädagogik ist die Wissenschaft von Erziehung, Unterricht Ausbildung und Schutz intelligenz-, gehör-, gesicht-, körper-, charakter-, milieu- und sprachgeschädigter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Richtung zum heilen Menschen.“

Anschließend verlas Koll. Lübbert (Gelsenkirchen-Buer) eine Grußadresse des ersten Vorsitzenden der „Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland“, Johannes Wulff, die zugleich Vorschläge hinsichtlich der Gründung einer Landesgruppe enthielten.

Um die Meinung der anwesenden Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, die listenmäßig oder durch Vorzeigen ihres Mitgliedsausweises als teilnahmeberechtigt ausgewiesen wurden, über die Bildung einer Landesgruppe zu hören, wurde Koll. Lübbert vor zwei weiteren Vorschlägen mit großer Stimmenmehrheit zum Altersvorsitzenden gewählt.

Der Ablauf der Sitzung wurde in einem Doppelprotokoll festgehalten, das von einem Vertreter Rheinlands und einem Vertreter Westfalens niedergeschrieben wurde.

Koll. Lübbert nahm dann die von Koll. Albers (Duisburg-Hamborn) zusammengefaßten Vorschläge aus der Diskussion als Anträge an und schritt zur Abstimmung über folgende Punkte:

1. Soll überhaupt eine Landesgruppe gegründet werden oder nicht?
2. Soll die Landesgruppe dann Nordrhein-Westfalen geschlossen umfassen, oder sollen zwei Landesgruppen, getrennt nach Rheinland und Westfalen, gebildet werden?

3. Sollen die beiden Landesgruppen völlig getrennt arbeiten, oder ist eine beiden gemeinsam übergeordnete Instanz vorteilhaft?

Die Abstimmung ergab, daß — nachdem die Notwendigkeit einer Gründung überhaupt einstimmig akzeptiert worden war — die Mehrheit der Anwesenden die Gründung von zwei getrennten Landesgruppen Rheinland und Westfalen vorzog (in gewisser Anlehnung an die gleiche Situation im Sonderschulverband). Nachdem sodann Koll. Albers den 3. Vorschlag, für gewisse Fragen eine gemeinsame Spitze zu bilden, zurückgezogen hatte, wurde die Versammlung von Koll. Lübbert geschlossen.

In eigenen Sitzungen wählten anschließend die beiden Gruppen ihren ersten Vorsitzenden. [Rheinland: W. Körber (Essen), Westfalen: Fr. Wallrabenstein (Münster)].

Neue Sprachheileinrichtungen in Hessen

Hessen hat ernsthaft die Initiative ergriffen, der großen Not der Sprachkranken zu steuern. In dankenswerter Weise hat Herr Prof. Dr. Dr. von Bracken Sprachheillehrer in Marburg ausgebildet, die jetzt zum größten Teil eingesetzt sind. Es bestehen z. Zt.

in Marburg	1 Klasse	Herr Biener,
in Frankfurt	3 Klassen	Frl. Kensity, Herr Jandl, Herr Schlosser,
in Wiesbaden	2 Klassen	Herr Döbler, Herr Bertsch
in Fulda	1 Klasse	Herr Kollert.

An der Kinderpsychiatrischen Klinik in Marburg arbeiten die Herren Mohr und Schultheis.

Vorgesehen sind weitere Gründungen in Gießen, Darmstadt und Wiesbaden-Biebrich.

Trotz dieser sehr erfreulichen Anfänge, für die den verständigen, schulfreudigen Behördenvertretern im Namen der Eltern der sprachgestörten Kinder zu danken ist, muß auch leider gesagt werden, daß noch einige größere Orte in Hessen abseits stehen, weil ihre Behördenvertreter nicht die soziale Not der Sprachkranken und die staatliche Verpflichtung, die daraus erwächst, zu sehen scheinen.

Wir wünschen dem Lande Hessen weitere Erfolge in der Sprachkrankenbetreuung.
J. Wulff

Bericht über die Arbeitstagung der Landesgruppe Hamburg am 13. 5. 1959

Die Landesgruppe Hamburg beschäftigte sich auf ihrer letzten Arbeitstagung mit einer Reihe von Themen ganz verschiedener Art, die in Kurzreferaten abgehandelt und anschließend zur Diskussion gestellt wurden. — Nachdem Herr Wulff über die Rehabilitationsarbeit für die Behinderten referiert hatte, gab er einen Bericht über die tägliche Gruppentherapie an seiner Schule. Es handelt sich hierbei um eine zusätzliche therapeutische Maßnahme, die auf Kosten einer Unterrichtszeitverkürzung durchgeführt wird: Die ersten 25 Minuten der täglichen Schularbeit gehören ausschließlich einer Gruppensprachbehandlung. Anschließend beginnen dann die um je 5 Minuten gekürzten Unterrichtsstunden. Vertreter anderer Hamburger Sprachkrankenschulen äußerten Bedenken gegen diese Einrichtung an der Schule Karolinenstraße, vor allem wegen der dadurch notwendig gewährte Kürzung der Unterrichtszeit. Auch wurde darauf hingewiesen, daß der bewährte Grundsatz „Jede Unterrichtsstunde eine Therapiestunde“ doch auf keinen Fall dem Grundsatz „Erst ein wenig Therapie, dann Unterricht“ weichen dürfe. Herr Wulff versuchte diese Bedenken zu zerstreuen, indem er betonte, daß auch an seiner Schule jede Unterrichtsstunde sprachtherapeutische Bemühungen einschließe, daß es sich also bei der täglichen Gruppentherapie um eine zusätzliche Form der Sprachbehandlung handle. Die 3 folgenden Kurzreferate der Herren Reuter, Spink und Wichmann vermittelten interessante Einblicke in die Kursusarbeit an sprachkranken Gymnasien und Berufsschülern. Diese Sprachheilkurse (es handelt sich um Nachmittags- und Abendkurse) haben sich in Hamburg gut bewährt.

Ein Kurzreferat von Herrn Wegbrod (Blinden- und Sehschwachenschule Hamburg) über den geplanten Ausbau des Ratzeburger Blindenheims als Erholungsheim für Hamburger blinde und sprach- und gehörgeschädigte Schulkinder fand größtes Interesse aller anwesenden Kollegen.

Über das Thema „Bundestagung der Arbeitsgemeinschaft im Herbst 1960 in Hamburg“ sprach dann Herr Wulff. Mit den Vorbereitungen für diese Tagung, die dieses Mal mit einer Tagung des „Deutschen Ausschusses für Sprechkunde und Sprecherziehung“ und der „Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde“ sowie mit einer Jubiläumstagung des Phonetischen Labors der Hamburger Universität zusammengelegt wird, soll schon jetzt begonnen werden. Als Hauptthema ist vorgesehen: „Das gehör- und sprachgeschädigte Kleinkind“. Im Anschluß an das Referat wurden ein Organisations- und ein Festausschuß gebildet.

Das Schlußreferat hielt Herr Spink über das Thema „Joga für unsere Kinder?“ Jogaübungen eines Jogi an der Schule für Sprachkranke Karolinenstraße hatten zu einer wahren Jogabegeisterung mancher Klassen geführt. Herr Spink befürwortete die Anwendung von Atmungs-, Entspannungs- und Konzentrationsübungen der Jogalehre im Rahmen der Sprachbehandlung sprachkranker Schulkinder. Viele Kollegen der Versammlung aber warnten vor derartigen Übungen in Verbindung mit der Jogalehre. Es wurde vorgeschlagen, leichtere Übungen der Jogalehre (evtl. in abgewandelter Form) in den Behandlungsplan aufzunehmen, ohne aber die Bezeichnung „Jogaübungen“ zu verwenden.

H. G. Müller

Bücher und Zeitschriften

M. Seeman: Sprachstörungen bei Kindern. VEB Carl Marhold Verlag, Halle (Saale), 1959. 12,05 DM.

Daß von Seeman nunmehr ein Buch in deutscher Sprache herausgegeben wurde, ist dankbar anzuerkennen. Hier haben wir nicht nur eine gute Zusammenstellung der Theorien der Sprachstörungen vor uns, sondern auch eine der ausführlichsten Darstellungen ihrer Behandlungsmethoden.

Umfangreiche, äußerst differenzierte und gut begründete Ausführungen über die Sprachentwicklung und ihre Störungen leiten das Werk ein (S. 31/123). Es folgen dann hervorragend zusammengestellte Angaben über Arten und Ursachen des Stammelns, über die Physiologie der Laute und über die Untersuchung des stammelnden Kindes und seine Behandlung (S. 123/184). Dann finden wir eine ebenso gründliche Besprechung der Näsler (S. 184/221) und der gehörlosen und schwerhörigen Kinder (S. 221/289), immer mit ausgedehnten Therapiehinweisen verbunden.

Was allein in den 67 Seiten (S. 289/356) über das Stottern und seine Behandlung zusammengetragen, kritisch gewertet und ergänzt wurde, ist für sich schon lesenswert und im umfassenden Grade informierend. Seeman führt zur Stotterer-Betreuung Methoden an, die z. T. eine großartige Bestätigung mancher unserer sondererzieherischen Bemühungen in der Sprachheilschule darstellen. Er schildert die komplexe Behandlung, an der Arzt und Logopäde gleichwertigen Anteil haben, und die wir immer wieder fordern und auch schon verwirklichen. Bei den auch angegebenen und durchaus nicht gering bewerteten „Übungen“ finden wir viele, die sich vorzüglich für die Arbeit in der Sprachheilschule eignen und in dieser oder jener Form schon lange bei uns angewandt werden.

Das Buch wird dann mit den Abschnitten über das polternde Kind (S. 356/364) und über die Sprachstörungen bei schwachsinnigen Kindern (S. 364/374) fortgesetzt. Von Dahlmann ist am Schluß ein Kapitel angefügt, das über die Betreuung sprachgestörter Kinder in seinem Bereich informiert (374/382).

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß die Theorien über die Sprachentwicklung, die physiologischen und psychologischen Bedingungen der Sprache und die Grundlagen der praktischen Arbeit Seemans naturgemäß stark an Pawlow und seinen Schülern orientiert sind, daß aber auch viele Autoren der übrigen Welt-Fachliteratur herangezogen werden.

Arno Schulze

Hans Schorer: Das Gespräch in der Schule. Verlag Moritz Diesterweg, Frankfurt am Main, Bestell-Nr. 1941. 1,80 DM.

Das Büchlein ist wieder ein echter Schorer. Er erläutert in feiner Weise die Bedeutung des Gesprächs im Leben und in der Schule. Das Gespräch ist „eine Grundgegebenheit menschlicher Existenz“. — „Eine wirkliche Ausschaltung des Gesprächs führt zum Zusammenbruch des einzelnen und ganzer Völker.“

Der Verfasser geht auf die Anwendung des gestalteten Gesprächs in Vergangenheit und Gegenwart ein und stellt seine soziale, künstlerische und menschliche Bedeutung heraus, besonders auch „als die einzige Möglichkeit gemeinsamer, Wahrheitssuche, als das dem Menschen immanent und transzendent vorgegebene.“

In der Schule muß die „Sokratische Methode“, das Katechisieren, das Geschwätz durch lebendige, echte Gesprächsübungen, die an Beispielen aus der Unterrichtspraxis erläutert sind, überwunden werden. Nur über das Gespräch wird letztlich die Sprache und damit die Kultur und die Welt erschlossen.

Die Bedenken gegen das Gespräch wie Zeitaufwand, Verdrängen der Blender und Redseligen und Zurücktreten der Stillen sind bekannt und kaum gefährlich. Gewiß soll man nicht über alles in der Schule ein Gespräch führen, sicher ist der Lehrervortrag unentbehrlich, aber dennoch bleibt die Gesprächspflege eine unerläßliche Aufgabe der Schule.

Das Buch erläutert das Problem „Das Gespräch in der Schule“ in feiner Weise. Es bringt auch ein ausführliches Schrifttum darüber. In keiner Lehrerbücherei sollte das Buch daher fehlen, da gerade dieses Problem aktuell ist. Johannes Wulff

Prof. Dr. Ernst Schneider: Über das Stottern. Ursache, Entstehung, Verlauf und Heilung. Zweite, neubearbeitete Auflage. Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart. Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen, Nr. 22, 72 S., kart. 7,50 DM.

Stottern ist Anzeichen (Symptom) einer neurotischen Erkrankung. Seelische Konflikte finden zur Lösung nicht den Weg einer verstandesmäßigen Erledigung, sondern bedienen sich biologischer Bereitschaften zu Schaltungen für instinktive und eingewohnte Handlungen. Unter dem Druck von Versagungen, Drohungen, Verböten und Straferwartungen entsteht Schuldangst. Das Bewußtsein entledigt sich dieser schweren Belastung, indem es die so entstandenen Gewissenskonflikte abspaltet, vom weiteren Eintreten ins Bewußtsein verdrängt. Zur Neurose kann es kommen, wenn in Krisenzeiten der Entwicklung eine Überbelastung eintritt, die das ordentliche Bemeistern der Lebensaufgabe dieser betr. Stufe unmöglich macht, insbesondere wenn zu einer entsprechenden Konstitution Vorbelastungen aus vorangegangenen Stufen hinzukommen. Als solche werden genannt: Verstimmungen (Depressionen) infolge Störung der Organbetätigung beim Kleinkind, auf die mit Gegenhandlungen geantwortet wird (Lutschen, Unruhe, Zappeln), Abstillschwierigkeiten (Folgen: Lutschen, Eßstörungen), Konflikte bei der Reinlichkeitsgewöhnung (Folgen: Bettnässen, Schmutzen, pedantische Reinlichkeits- und Ordnungsliebe), Schwierigkeiten beim Sprechenlernen (Sprachtrotz), Störungen der Liebesbeziehungen, zu große Strenge, Verwechlichung (Folge: Minderwertigkeitsgefühle, Angst- und Schuldgefühle, Maßlosigkeit, mangelnde Selbständigkeit). So verwundert es nicht, wenn Stottern meistens mit einer oder mehreren solcher Vorbelastungen vergesellschaftet auftritt und nur ein Symptom (unter anderen) der neurotischen Person darstellt. Nicht primär die Sprache, sondern die Persönlichkeit ist gestört. „Es leidet der ganze Mensch.“ Unter diesem Aspekt erfolgt auch die Behandlung, für die Schneider bei „kleineren Kindern“ das Spielen empfiehlt (Scenokasten, Kasperle), bei älteren und Erwachsenen das von Freud geschaffene ps. a. Einfallsverfahren, für das eine Reihe von Beispielen gegeben wird.

Auch wer einer solchen Behandlung in vielen Fällen mit berechtigten Vorbehalten gegenübersteht, kann nicht darüber hinwegsehen, welche Verdienste sich die Psychoanalyse um die Aufhellung der Struktur der Seele erworben hat. Die entscheidende Bedeutung der ersten Lebensjahre für die Prägung der Person erkannt zu haben und die Einsicht, wie Kinderfehler entstehen, in den Mechanismus der Symptombildung, ist — wie die Lektüre dieses Buches besonders deutlich macht — die unbestrittene Leistung der Tiefenpsychologie. Elternberatung und Prophylaxe sind ohne sie nicht mehr denkbar. Das gilt trotz der Vorbehalte, die man an manchen Stellen nicht nachkontrollierbaren Deutungen und Spekulationen gegenüber machen möchte.

An einigen Stellen wird „Dehnhardt“ zitiert; gemeint ist aber Denhardt. Mit den Seiten 44, 47, 55 sollte sich der Korrektor befassen. 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.)

Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

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

In der Reihe unserer bekannten Übungsblätter zur Sprachbehandlung ist die 9. Folge mit dem Titel „Spiele und Übungen zur Sprachbildung“ (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps erschienen.

Preis für das 48 Seiten starke Einzelheft 2,— DM.

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

Rechnungsüberweisungen nur Postscheckamt Hamburg 9740

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

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

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

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

