

Arb.-Gem. Archiv

95-1-1

Die Sprachheilarbeit

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

Anton Schilling, Marburg/Lahn

Die Anamnese im Hinblick auf neue Erkenntnisse über die Bedeutung frühkindlich erworbener organischer Schädigungen bei der Entstehung von Sprachstörungen.

Arno Schulze, Berlin

Gedanken und Hinweise zu den Grundlagen und Methoden der fachpädagogischen Betreuung sprachgestörter Kinder.

Konrad Leites, Hamburg

Die Hör-Sprechanlage in der Therapie Sprach- und Stimmkranker.

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

Postverlagsort Berlin

5. Jahrgang

März 1960

Heft 1

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: K. Leites, Hamburg 6, Karolinenstr. 35

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

Anschriftenänderung bitte sofort der Mitgliederabteilung und der Redaktion mitteilen!

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

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

Fachzeitschrift: „Die Sprachheilarbeit“ —

Schriftleitung: Arno Schulze und Martin Klemm, Berlin-Buckow II, Rudower Str. 87
Geschäftsstelle der Zeitschrift: K. H. Rölke, Berlin-Britz, Fritz-Reuter-Allee 162

Landesgruppen

Berlin:	Paul Lüking, Berlin-Neukölln, Roseggerstr. 34
Bayern:	Ludwig Hacker, München 2, Theresienstr. 43
Hamburg:	Heinrich Staps, Hamburg 19, Eidelstedter Weg 102 b
Hessen:	Dr. Heinrich Krumb, Darmstadt, Lichtenbergstr. 71
Niedersachsen:	Fritz Schöpker, Hannover, Voßstr. 34
Schleswig-Holstein:	Dr. Dr. Hermann Wegener, Kiel, Wilhelmshavener Str. 23
Rheinland:	Willi Körber, Essen-Steele, Am Stadtgarten 6
Westfalen:	Friedrich Wallrabenstein, Münster i. W., Landeshaus

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

Baden-Württemberg:	Dr. Helmuth Schuhmann, Karlsruhe, Erzbergerstr. 22
Bremen:	Ernst Lehmann, Bremen, Marcusallee 38
Rheinland-Pfalz:	Erich Zürnbeck, Neuwied, Gehörlosenschule

Die Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Sitz Hamburg

5. Jahrgang

1960

Heft 1

Dr. med. A. Schilling, Marburg/Lahn

DIE ANAMNESE IM HINBLICK AUF NEUE ERKENNTNISSE ÜBER DIE BEDEUTUNG FRÜHKINDLICH ERWORBENER ORGA- NISCHER SCHÄDIGUNGEN BEI DER ENTSTEHUNG VON SPRACHSTÖRUNGEN

*Bemerkungen zum Anamnesebogen der Abteilung für Sprach- und
Stimmheilkunde an der Marburger Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik
(Direktor: Prof. Dr. med. J. Berendes)*

„Auch verschiedene Sprachstörungen finden wir als Folgezustände organischer Hirnschädigungen: Leichte Grade von Dysarthrie, manchmal nur eine gewisse Störung der Leichtflüssigkeit der Sprache, manchmal ein Skandieren, eine auffallende Monotonie, ein Sprechsingsang, häufiger noch ein Stottern. Wir sind überhaupt der Meinung, daß das Stottern öfter als man früher annahm, die Folge eines organischen Hirnschadens ist; das läßt sich schon daraus erweisen, daß sich bei solchen Kindern meist noch andere Störungen, wenn auch leichtesten Grades, finden: Auf motorischem Gebiet leichte spastische Paresen, die man übersieht, wenn man nicht besonders darauf achtet, oder eine bloße Apraxie, oder aber typische vegetative oder charakterliche Symptome.“

Dieses Zitat des Innsbrucker Kinderarztes und Heilpädagogen Professor ASPERGER (2) (1956), stelle ich bewußt an den Anfang meiner Ausführungen, denn es umreißt mit wenigen Worten die jüngste Entwicklung der Forschung in einem Bereich, welcher Medizin und Pädagogik eng zusammengeführt hat.

Es kann heute nicht mehr übersehen werden, daß eine bislang in ihrem

Ausmaß unterschätzte Anzahl von Abwegigkeiten der körperlichen, intellektuellen und psychischen Entwicklung auf Schäden zurückzuführen ist, welche das kindliche Gehirn im Stadium seiner Reife getroffen haben. Mißbildungen (6), Entwicklungsstörungen, welche übrigens zuweilen erst im späteren Leben auftreten oder auffällig werden (5, 31), Schwachsinn, psychische Abartigkeiten und Verhaltensstörungen (10) seien hier nur kurz erwähnt. Man weiß auch, daß eine derartige Normabweichung als Folge eines frühkindlichen Hirnschadens monosymptomatisch in Erscheinung treten kann, d. h. es brauchen durchaus nicht alle eben angeführten Störungen zusammenzutreffen, sondern es kann bei einem sonst unauffälligen Kind z. B. eine Verhaltensstörung das einzige Symptom darstellen. Es ist erstaunlich, daß diese gesicherten Erkenntnisse im Gegensatz zu anderen Disziplinen im sprachtherapeutischen Bereich nur langsam Boden gewinnen. Den Lesern der „Sprachheilarbeit“ ist bekannt, daß immer wieder hervorragende Phoniater auf eine organische Mitverursachung vieler Sprachstörungen, welche von andern vorwiegend oder ausschließlich psychologisch gedeutet wurden, hingewiesen haben, u. a. auch bei gewissen Formen von Stottern. Ich darf mich darauf beschränken, die Namen SCHILDER, SEEMANN, GÖLLNITZ u. a. in Erinnerung zu rufen. Einige eigene Arbeiten, welche geeignet sind, diese Auffassung zu unterstützen, konnte ich selbst in den letzten Jahren beisteuern (22 bis 27, 29). Die Analyse der psycho-pathologischen Mechanismen, die auf dem Boden einer organischen zerebralen Vorschädigung zur Manifestation der jeweiligen Sprachstörung führen (wir möchten gewisse Bahnungen annehmen, über deren Wesen noch nichts Endgültiges ausgesagt werden kann) bleibt den psychologischen Schulen trotzdem unbenommen. Die Feststellung einer frühkindlichen Hirnschädigung bei einem Stotterer spricht nämlich nicht gegen die Mitbeteiligung ganz besonderer psychologischer Konstellationen beim Zustandekommen des Stotterleidens. Im Gegenteil, wir hoffen, durch die Herausstellung der organischen Komponente, das Verständnis für das Zusammenspiel von Soma und Psyche vertiefen zu können.

Es besteht kein Zweifel, daß die Erforschung dieser Zusammenhänge in jedem einzelnen Falle mit einer guten Anamnese beginnen muß. Dabei kommt ein Fragebogen auch dem Erfahrenen erleichternd zu Hilfe. Der vorliegende Anamnesebogen entstand im Jahre 1953, als sich anlässlich des jung aufblühenden Hörtrainings an der Freiburger Ohrenklinik das Bedürfnis einstellte, an einem größeren Krankengut gewisse Fragen über die Ursachen von kindlichen Schwerhörigkeiten systematisch zu verfolgen. Bald zeigte sich, daß man ihn mit einigen Erweiterungen auch in der von meinem Vater geleiteten Poliklinik für Sprach- und Stimmstörungen mit Vorteil routinemäßig verwenden konnte, denn der eingangs erwähnte Gedanke, daß auch vielen Sprachstörungen frühkindliche Hirnschäden zugrunde liegen dürften, drängte sich uns gerade damals an Hand einiger ausgeprägter Fälle wiederholt auf. 1956 publizierte ich diesen Anamnesebogen in einer

größeren Veröffentlichung über Hörtraining, die heute jedoch nur noch schwer zugänglich ist (20). Daher komme ich der Aufforderung, den Bogen, mit einigen Anmerkungen versehen, dem Leserkreis der „Sprachheilarbeit“ zugänglich zu machen, gerne nach. Er ist inzwischen durch die jüngsten Erfahrungen, die wir bei der täglichen Arbeit mit den sprachgestörten Kindern an der Sprachabteilung der Marburger Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik (Direktor Professor Dr. Berendes) sammeln konnten, wiederum erweitert worden. Er soll auch in der heute vorgelegten Form nicht mehr darstellen als eine Anregung für diejenigen Mitarbeiter, denen gleich uns neben der Therapie auch die wissenschaftliche Erforschung der Ursachen und ätiologischen Zusammenhänge ein Anliegen ist. Hinsichtlich der erforderlichen Kürze und mit Rücksicht auf das Interessengebiet der meisten Leser dieser Zeitschrift beschränke ich mich jetzt allerdings auf die Belange des sprachgestörten Kindes, besonders des Stotterers. Die notwendigen Anmerkungen zur Anamnese des Schwerhörigen würden den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Daß aber auch der Logopäde das Hörorgan beim Sprachkranken nie außer acht lassen darf, brauche ich bei der engen Verflochtenheit von Gehör und Sprache nicht weiter zu betonen. Ist es doch so, daß, um nur ein Beispiel zu nennen, ein leichter Sigmatismus die Eltern veranlassen kann, uns aufzusuchen, und wir diesen S-Fehler dann als Symptom einer bisher unerkannten, vielleicht fortschreitenden und behandlungsbedürftigen Innenohrschwerhörigkeit diagnostizieren.

Wird nun, unter dem eingangs erwähnten besonderen Gesichtspunkt eine Anamnese erhoben, so muß der Fragende über ein fundiertes Wissen hinsichtlich der verschiedenen Zusammenhänge verfügen, die zur Schädigung des werdenden und reifenden kindlichen Organismus führen können. Nur dann ist die Voraussetzung gegeben, daß die Anamnese wirklich brauchbare Hinweise auf eine eventuell bestehende organische Mitverursachung des Sprachleidens ergibt. Dieser Gedanke führt uns zu der Frage, ob die Anamnese nicht in jedem Falle vom Arzt erhoben werden sollte. Handelt es sich doch bei diesen Problemen, die im Moment ganz offensichtlich im Vordergrund der wissenschaftlichen Diskussion stehen, um vorwiegend medizinische Dinge. Verschiedene Fragen über Schwangerschaft und Geburt u. a., die in diesem Zusammenhang unumgänglich notwendig sind, gehören wesensgemäß in den Vertrauenskreis Arzt-Patient. Zudem ist oft nur die Sachkenntnis eines erfahrenen Arztes in der Lage, aus Angaben, die den Müttern nebensächlich erscheinen, pathogenetisch vielleicht entscheidende Schlüsse zu ziehen, während Vorkommnisse, die von den Eltern dramatisch geschildert werden, sich nach Lage der Dinge als unwichtig und ohne Zusammenhang mit der Sprachstörung ergeben. Trotzdem hat es sich, allein schon durch den Mangel an Sprachärzten bedingt, in der Praxis eingeführt, daß die Anamnese von Logopäden selbst aufgenommen wird. Auch Frau HESS (12) schlägt in ihrem Buch „Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis“ diesen Weg vor. Jedoch auch die von ihr empfohlenen Anamnese-Schemata enthalten zahlreiche Fragen, welche vom medizinischen Laien ohne ent-

sprechende Anleitung zur wirklich fruchtbaren Auswertung nur schwer verwendet werden können. Ich beabsichtige, im Rahmen einer größeren Veröffentlichung über das Stottern demnächst unserem Anamnesebogen eine Erörterung beizufügen, welche Punkt für Punkt ausführlich berücksichtigt. Heute kann ich, mit Rücksicht auf den beschränkten Raum, nur wenige Punkte vorwegnehmend herausgreifen und damit das Augenmerk des Nichtmediziners auf einige Zusammenhänge lenken, welche, wenn sie ihm im konkreten Falle begegnen, mit dem Arzt geklärt werden müßten. Insbesondere müssen, dem Thema entsprechend, die Fragenkreise der psychologischen Komponenten jetzt unberücksichtigt bleiben. Der Leser möge aus dieser Tatsache nicht schließen, daß wir die Fragen nach den psychologischen Hintergründen vernachlässigen würden. Im Gegenteil, in unserem Marburger Team steht eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Vordergrund. Die meisten Sprachgestörten werden mit ihren Eltern zusätzlich dem Fachpsychologen vorgestellt, die Stotterer ausnahmslos. Die besondere Anamnese, die von ihm über Familienverhältnisse, Milieu usw. aufgenommen wird, wäre der Gegenstand einer gesonderten Veröffentlichung. Wertvolle Hinweise in dieser Richtung findet der Leser auch bei MARIA HESS.

Ad 1. *Familienanamnese:*

Eine eingehende Klärung der Erblichkeitsverhältnisse ist in jedem Falle notwendig, denn wir dürfen nicht der Gefahr verfallen, über den relativ leicht eruierbaren exogenen Noxen die Bedeutung der genetischen Faktoren zu übersehen. Die jüngste Entwicklung der Humangenetik (LEJEUNE, e. a. in Frankreich und JACOBS, e. a. in England 1959) macht von neuem deutlich, wie eng das Zusammenspiel erblicher und peristatischer (umweltbedingter) Komponenten ist. (Diese Entdeckung betrifft u. a. den Mongoloidismus. Man weiß jetzt, daß diese Kranken in ihrem Erbgefüge ein Chromosom zuviel haben. Ich erwähne diese bedeutungsvolle und unerwartete Entdeckung hier deshalb, weil sie uns lehrt, wie schwierig es ist, die Grenze zwischen Erbanlage und Umwelteinflüssen zu ziehen.)

In Abbildung 1, Seite 135 ist um das werdende Kind sehr anschaulich ein Mantel gelegt. Dieser Mantel verdeutlicht die genotypische Disposition, das ist die erblich verankerte Bereitschaft, die fördernd oder hemmend beim Zustandekommen exogener Fruchtschäden mitwirkt. Die von außen auftretenden Schädlichkeiten werden durch diesen Mantel entweder abgehalten oder in ihrer Wirksamkeit gefördert. Diese Vorstellung erleichtert das Verständnis für die erstaunliche Tatsache, daß ein und dieselbe Noxe in dem einen Falle zur frühkindlichen Hirnschädigung oder Mißbildung (z. B. Gaumenspalte) führt, in einem anderen Falle hingegen nicht.

Mit wenigen Worten müßte ich hier noch auf den Begriff „Phänokopie“ eingehen. Es gibt angeborene Zustandsbilder (z. B. Mißbildungen), die durch umweltbedingte Einwirkungen entstanden sind (z. B. Röteln-Embryopathie), welche in ihrer äußeren Erscheinung speziellen Erbsyndromen

völlig gleichen können. Mit anderen Worten: die exogen bedingte angeborene Abartigkeit kopiert irgendeine als Erbkleiden bekannte Normabweichung, ohne daß ein Erbfaktor im Spiele zu sein braucht. Man hat dafür den Begriff „Phänokopie“ geprägt. Wenn wir also bei einem Kind einen frühkindlichen Hirnschaden oder eine Mißbildung feststellen, können wir oft trotz sorgfältiger Analyse des Stammbaumes und der Schwangerschaftsvorgeschichte nicht ermitteln, inwieweit die vorhandene Normabweichung im einzelnen Falle erblich verankert oder im Sinne einer Phänokopie exogen erworben ist. Meist dürfte wohl ein Zusammenspiel beider Komponenten, die sich, oft undurchschaubar ineinander verzahnt, entgegenkommen, beteiligt sein.

Ad 1 a)

Von den einzelnen Leiden und Dispositionen, nach deren Vorkommen in der Verwandtschaft gefragt werden muß, sind im Bogen nur die wichtigsten erwähnt.

Ad 1 c)

Den Lesern, die sich für die Probleme der Vererbung von Sprachstörungen interessieren, sei das Referat von Professor LUCHSINGER, gehalten auf dem Londoner Kongreß 1959, zur Lektüre empfohlen (15).

Wenn man die Erbverhältnisse bei Stotterern untersuchen will, muß man auch immer das sog. Nachahmungsstottern ausschließen, das auftreten kann, wenn ein Kind mit einem stotternden Verwandten gemeinsam aufwächst. Eine solche Unterscheidung ist phänomenologisch an gewissen Stotter-symptomen heute möglich. Ich verweise hierzu auf FRÖSCHELS (9).

Ad 1 f)

Nach Überspringung einzelner Punkte, deren Besprechung uns zu weit führen würde, soll hier auf das Problem der Linkshändigkeit kurz eingegangen werden. Handelt es sich doch hierbei um eine der meist diskutierten und widersprüchlich interpretierten Fragen der Stottererliteratur. Bei uns erscheint die Linkshändigkeit 3mal. Zunächst hier als 1 f), da es sicher Fälle von familiär gehäufte erbedingter Linkshändigkeit gibt. Eine sehr genaue Befragung ist notwendig, wenn man in der Forschung hier weiterkommen will. Später begegnet uns die Frage nochmals unter Punkt 2 i), wenn man die Eltern angeben läßt, ob das sprachgestörte Kind selbst Linkshänder ist. Ein drittes Mal beschäftigen wir uns dann objektiv mit der Feststellung der Linkshändigkeit bei der Befunderhebung nach einem besonderen Schema. Vielleicht ergibt sich in einer weiteren Arbeit die Gelegenheit, den Lesern der Sprachheilarbeit über unseren „Befundbogen“ zu berichten. Hier sei vorweggenommen, daß wir die Prüfung der Lateralisation so vornehmen, daß das Kind nicht bemerkt, worum es sich handelt. Im Zusammenhang mit dem heutigen Thema, welches besonders die frühkindliche Hirnschädigung im Auge hat, soll nicht unerwähnt bleiben, daß eine

moderne Auffassung in Betracht zieht, daß auch vielen Fällen von Linkshändigkeit eine frühkindliche Hirnschädigung zu Grunde liegt. Bei diesen Sprachkranken wäre dann die Linkshändigkeit nichts anderes als die Folge einer krankhaften Einwirkung, welche die linke Hirnhälfte während der Schwangerschaft, Geburt oder während der frühen Kindheit getroffen und dort zu bleibenden Schädigungen mit Funktionsausfall geführt hat, wofür die andere Hirnhälfte stellvertretend eingesprungen ist. Eine der besonderen Eigenschaften des kindlichen Gehirns ist es ja, daß es in der Lage ist, Schäden, die während seiner Reife entstehen (das ist von der Embryonalzeit bis etwa zum 4. Lebensjahr), noch auszugleichen.

Ad 2)

Hier wären nun alle Schädlichkeiten zu besprechen, die das Kind bedrohen und zu frühkindlichen Hirnschädigungen führen können. Eine Zusammenstellung aller „bekannten und gesicherten Schädigungsmöglichkeiten“ vor der Geburt, bei der Geburt und während der ersten Lebensjahre (die obere Grenze nimmt man meist mit dem 4. Lebensjahr an), hat GÖLLNITZ in einem anschaulichen Schema gegeben (siehe Abb. 1).

Alle diese Noxen, welche, wie eingangs erörtert, zu Abwegigkeiten der körperlichen oder intellektuellen oder psychischen Entwicklung führen können (nicht müssen!), sind zweifellos auch in der Lage, eine Störung der Sprachfunktion hervorzurufen. GÖLLNITZ sagt hierzu: „Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß alle Schäden, die das noch nicht völlig ausdifferenzierte Gehirn treffen, eine der entwicklungsgeschichtlich jüngsten Funktionen der Menschheit, die Sprache, am schwersten beeinträchtigen.“

Ad 2 a) *Erkrankungen der Mutter während der Frühschwangerschaft*

Eine besondere Bedeutung haben die ersten 12 Wochen der Schwangerschaft. Es ist die Zeit, während der die einzelnen Organe und Organsysteme sich in fortgesetzter Zellteilung ihres Aufbaumaterials befinden. Kommt die Schädigung jetzt zur Wirkung, wird sie andere Folgen haben als zu einem späteren Zeitpunkt. Besonders gefährdet ist jeweils das Organ, dessen Stoffwechselforgänge zur Zeit der Schädigung den Zustand höchster Aktivität erreicht hatten. Daher ist man in der Lage, mit einiger Genauigkeit zu bestimmen, zu welchem Zeitpunkt die einzelnen Organe ihre größte Anfälligkeit haben. Die Abb. 2, Seite 136 gibt das bekannte Schema nach Bickenbach wieder.

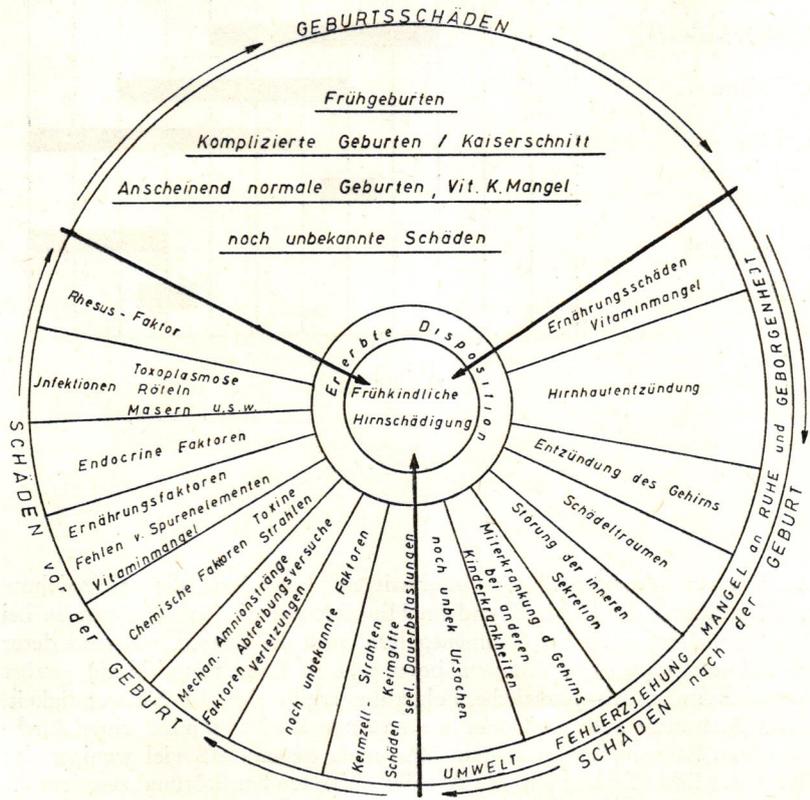


Abb. 1

Entwicklungszeit in Wochen

Schäden:

1. Gehirn

2. Auge

3. Herz

4. Extremitäten

5. Zähne

6. Ohr

7. Lippe

8. Gaumen

9. Bauch

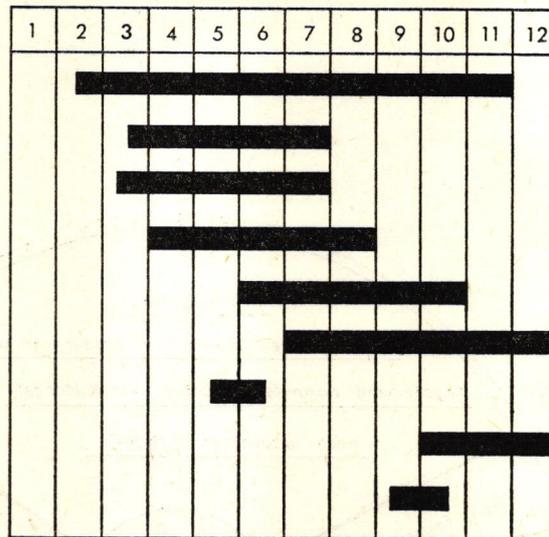


Abb. 2

In unserem Zusammenhang interessieren besonders die ausgedehnte Empfindlichkeit des Gehirns, und im Hinblick auf die Sprachstörungen bei Zahnanomalien, sowie bei Gaumenspalten, auch die Phasen, während derer die Zähne, Lippen und Gaumen bevorzugt in ihrer Entwicklung gestört werden können. Als praktische Folgerung ergibt sich die Notwendigkeit, in der Anamnese auch nach dem genauen Zeitpunkt einer durchgemachten Erkrankung zu fragen. Man muß wissen, daß viel weniger das „Wie“ der Schädlichkeit für die Art der auftretenden Störung verantwortlich ist, als vielmehr das „Wann“ („Phasenspezifität“).

Ad 2 b) *Röteln* stehen hier an erster Stelle, obwohl die Rötelerkrankung der Mutter während der Frühschwangerschaft bei uns zweifellos als Ursache von kindlichen Mißbildungen (Gaumenspalten), frühkindlichen Hirnschäden, Schwerhörigkeiten usw. seltener ist als in anderen Breiten. Ich möchte trotzdem auf den historischen Zusammenhang hier kurz eingehen, denn es erscheint mir wichtig, das Verdienst des australischen Augenarztes GREGG ganz besonders hervorzuheben. Wir haben hier das Beispiel,

daß die Beobachtungsgabe eines einzelnen, in diesem Falle eines Augenarztes, der Menschheit eine völlig neue Erkenntnis eröffnete, deren Auswirkung weit über den umschriebenen Bereich des Augenarztes hinaus fast allen medizinischen Forschungsweigen zugute gekommen ist. GREGG beobachtete im Winter 1939/40 in seiner Praxis 78 Kinder mit angeborener Linsentrübung. Diese Häufung fiel ihm auf; er ging der Sache nach und stellte fest, daß die Mütter dieser Kinder alle während der Schwangerschaft eine Röteln-Erkrankung durchgemacht hatten, und zwar in den ersten Wochen. Es zeigte sich, daß eine Anzahl dieser Kinder auch angeborene Herzfehler, Taubheit, sowie andere Störungen aufwiesen.

Das Verdienst von GREGG wird noch augenscheinlicher, wenn wir erfahren, daß nachträgliche Untersuchungen ergeben haben, daß tatsächlich in Australien nach jeder großen Röteln-Epidemie die Anflutung der Kinder dieser Geburtsjahrgänge in den Taubstummenanstalten besonders hoch war. Jedoch kam niemals jemand auf den Gedanken, der uns nachträglich wie das Ei des Columbus anmutet, in diesem schubweisen Auftreten von Taubstummheit einen Zusammenhang mit den Rubeolen-Epidemien zu suchen.

Es ist kein Zufall, daß diese Entdeckung in Australien gemacht wurde, denn die epidemiologischen Verhältnisse der Röteln sind gerade dort besonders charakteristisch. Die Krankheit tritt dort jeweils in sehr langen Abständen auf und erfaßt dann einen großen Teil der Bevölkerung. So war es auch bei jener Epidemie, in deren Gefolge GREGG seine Entdeckung machte: Nach einem langen röteln-freien Zeitraum waren sehr viele junge Leute noch nie mit der Krankheit in Berührung gekommen und daher für die Epidemie, die sich zufolge der kriegsbedingten zusätzlichen Bevölkerungsvermehrung weithin ausbreitete, empfänglich. Kein Wunder also, daß auch sehr viele werdende Mütter von der Krankheit befallen wurden. Bei uns in Europa liegen die Verhältnisse anders. Die Infektion tritt bei uns weniger in einzelnen großen Epidemien auf, sondern erscheint in einer epidemiologisch anders gearteten räumlichen und zeitlichen Verteilung („Durchseuchung“).

Dadurch sind die Röteln bei uns vorwiegend eine Kinderkrankheit, und die Wahrscheinlichkeit, daß junge Erwachsene befallen werden, ist geringer, denn die einmal durchgemachte Krankheit hinterläßt Immunität. Hierin finden wir also die Erklärung, daß bei uns die Röteln-Embryopathie eine ungleich geringere Rolle spielt als z. B. in Australien. Daher konnte sich auch der in Übersee ernsthaft diskutierte Vorschlag, zur Verhütung einer Infektion während der Schwangerschaft die jungen Mädchen schon als Kind der Röteln-Erkrankung freiwillig auszusetzen („freiwillige Rubeolen-Exposition“) bei uns nicht durchsetzen, d. h. es besteht bei uns eigentlich keine Veranlassung hierzu.

Andere Virus-Erkrankungen in der Frühschwangerschaft

Während also die Röteln-Embryopathie nach dem eben Gesagten nicht so häufig ist, können wir auf Grund eigener Erfahrungen bestätigen, daß eine

Anzahl anderer Virus-Erkrankungen in der Frühschwangerschaft von einer bisher unbekanntem Bedeutung sind. Die Entdeckung von GREGG hat hier einen Stein ins Rollen gebracht, indem sich in der ganzen Welt die Mitteilungen häufen, wonach Virus-Infektionen der werdenden Mütter Fruchtschädigungen zur Folge haben. Hinsichtlich derartig intrauterin erworbener Hörstörungen verweise ich auf das entsprechende Kapitel in der Monographie „Hörtraining“ (BECKMANN-SCHILLING, Thieme 1959), hinsichtlich gewisser Sprachstörungen (nicht nur Gaumenspalten, sondern auch verschiedene Stammelstörungen, Dyslexien und Stottern zufolge frühkindlicher Hirnschäden) darf ich u. a. auf die eingangs erwähnten eigenen Veröffentlichungen hinweisen. Hier seien lediglich einige Viruserkrankungen aufgezählt, die nachgewiesenermaßen zu solchen Störungen führen können: Masern, Varicellen, Herpes, Mumps, Hepatitis epidemica (Gelbsucht), Poliomyelitis, Grippe u. a.

Eine hervorragende Zusammenstellung und kritische Würdigung aller vorgeburtlichen Infektionen hat neuerdings FLAMM gegeben (8). Danach kommen noch verschiedene andere, nicht virus-bedingte, teilweise mit Fieber einhergehende Infektionskrankheiten als Schädigungsursache in Frage.

Noch eine kurze Bemerkung muß zu den „*psychischen Traumen*“ gemacht werden. In der volkstümlichen Meinung werden solche Dinge zweifellos überschätzt („brennendes Haus als Ursache von Feuermal“). Derartige Zusammenhänge halten in dieser Form einer strengen Kritik nicht stand. Andererseits dürfen wir uns der Tatsache nicht verschließen, daß so hervorragende Kenner wie z. B. Prof. IBRAHIM schwere psychische Belastung durchaus in den Ursachenkreis frühkindlicher Schädigungen einbeziehen. Mit HALLERVORDEN (11) dürfen wir annehmen, daß Störungen des innersekretorischen Apparates, welcher während der Schwangerschaft ja aufs höchste belastet ist, durch solche psychischen Einwirkungen hervorgerufen werden und derartige Krisen des endokrinen Gleichgewichtes nicht ohne Folgen auf das werdende Kind bleiben.

Rhesus-bedingte Hirnschäden scheinen sehr häufig mit Störung der Sprachentwicklung einherzugehen. 1956 gab mir die Aufdeckung eines Rh-bedingten Stammhirnschadens bei einem Stotterer die Veranlassung zur ersten Veröffentlichung dieser Art (22). Seitdem bestärkten mich zahlreiche Beobachtungen, die anlässlich verschiedener Diskussionen auch von anderen Untersuchern bestätigt wurden, in dieser Annahme. Meist handelt es sich um verzögerte Sprachentwicklung und Stammeln, oft verbunden mit einer choreatischen Dysarthrie, auf deren Boden sich unter bestimmten äußeren und inneren Bedingungen nicht selten Stottern entwickeln und fixieren kann. Die genaue Analyse solcher Fälle weist uns immer wieder darauf hin, daß die organische zerebrale Vorschädigung im Sinne einer „*Bahnung*“ am Zustandekommen des Stotterns beteiligt ist.

Ad 2 c) *Geburtsschäden:*

In der Zeitschrift für Heilpädagogik erschien 1959 eine hervorragende kurze Stellungnahme zum Thema „Die frühkindliche Gehirnschädigung vom Standpunkt des Geburtshelfers“, daß ich mich hier darauf beschränken darf, den Lesern der „Sprachheilarbeit“ diesen Aufsatz von Professor REICHENMILLER (19), der sich speziell an Pädagogen wendet, zur Lektüre zu empfehlen. Müssen wir doch unsere Ansichten über den oft leichtfertig verwendeten Begriff „Geburtstrauma“ revidieren. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind es nicht die intrakraniellen Blutungen, welche zahlenmäßig gegenüber den kürzer oder länger dauernden Sauerstoffmangelzuständen weit zurücktreten, sondern andere Störungen des Geburtenablaufes, deren Beurteilung wir notwendigerweise dem Arzt überlassen müssen.

Ad 2 b) *Elteralter:*

Wir haben eingangs bereits kurz auf die jüngsten Erkenntnisse der Genetik hingewiesen, welche ganz neue Gesichtspunkte für die Beurteilung der Entstehung des Mongoloidismus eröffnete. Dieses Krankheitsbild, das bisher offenbar eindeutig in das Kapitel „Elteralter“ gehörte, und auch dem Sprachheilpädagogen in seiner Praxis öfter begegnet, muß nun in die Gruppe der erbbedingten „Chromosomenaberrationen“ eingeordnet werden. Professor NACHTSHEIM bezeichnet diese Entdeckung als die bedeutungsvollste Erkenntnis auf dem Gebiete der Humangenetik in den letzten Jahren (16). Daß trotzdem das Alter der Mutter dabei eine maßgebliche Rolle spielt, geht eindeutig aus den neuen Erhebungen von LENZ (13, 14) hervor. Wenn wir in der Sprachheilkunde, in deren Schrifttum derartige Fragen wie z. B. das Elteralter und die Stellung in der Geschwisterreihe immer wieder diskutiert werden, mit diesen modernen Entwicklungen der Wissenschaft Schritt halten wollen, so müssen wir für uns die praktische Konsequenz ziehen, in der Anamnese noch sorgfältiger als bisher diesen Dingen nachzugehen, um möglicherweise durch Vereinheitlichung der Anamnese-Schemata an verschiedenen Orten zu einer zahlenmäßig noch breiter fundierten statistisch wirklich verwertbaren Basis zu kommen.

Ad 2 e) Die *Stillperiode* ist für die Sprach- und Stimmheilkunde von großem Interesse. Die verschiedene mechanische Beanspruchung führt zu unterschiedlicher Entwicklung von Kiefer- und damit Zahnstellung beim Brust- und Flaschenkind, außerdem konnten österreichische Autoren zeigen, daß auch die Gaumensegelfunktion von der Art der frühen Ernährung abhängig ist. Einen noch weit wichtigeren Gesichtspunkt über die Bedeutung nicht nur der Stillperiode, sondern des gesamten ersten Lebensjahres, verdanken wir dem Basler Zoologen Prof. PORTMANN. Danach bedeutet — über die bekannte Notwendigkeit einer „Nestwärme“ für die gesamte Kindheit hinaus — gerade das erste Lebensjahr für das Menschenkind eine Art „Zeitlich verlängerten Mutterschoß“. Vergleichende Forschungen brin-

gen ihn zu dem Schluß, daß nach der ersten „biologischen Abnabelung“ bei der Geburt, am Ende des 1. Lebensjahres eine zweite, die eigentliche „menschliche Abnabelung“ stattfindet, wenn das Kind beim Laufenerlernen die Hand der Mutter losläßt. Solange braucht das Kind den engen Kontakt mit der Mutter, soll es nicht schwere, dauerhafte Schäden davontragen. Die kurze Erwähnung kann die Portmann'schen Erkenntnisse nicht in ihrer ganzen Tragweite würdigen, sondern eher entstellen. Seine eigene Darstellung sei den Sprachheilpädagogen zum Nachlesen empfohlen (18).

Ad 2 f)

Als gute Hilfe bei der Erfragung einer evtl. verzögerten körperlichen Entwicklung hat sich uns das Schema von OLSON (17) bewährt: Abb. 3. Ein ähnliches Schema für die Sprachentwicklung arbeiten wir zur Zeit noch aus. Nicht immer sind die Angaben der Eltern spärlich, zuweilen läßt sich an Hand von Kindertagebüchern usw. die Entwicklung, deren Beurteilung im Hinblick auf eine frühkindliche Hirnschädigung von größter Bedeutung ist, sehr schön rekonstruieren.

Ad 3) Auch hier ist zu betonen, daß es eine Überforderung des medizinischen Laien bedeuten würde, wollte man ihm zumuten, aus den Angaben der Eltern Rückschlüsse zu ziehen, ob eine durchgemachte Erkrankung als Ursache der frühkindlichen Hirnschädigung in Frage kommt. Besonders im Säuglingsalter können sich ernstzunehmende Störungen hinter mehr oder weniger unauffälligen Schwankungen im Wohlbefinden des Kindes verbergen, während auch, wie zu Anfang schon betont, das Umgekehrte der Fall sein kann: Nicht jede Erkrankung des Kindes braucht zum Hirnschaden zu führen. In erster Linie kommen in Betracht die entzündlichen Erkrankungen des Gehirns (Enzephalitis) und seiner Häute (Meningitis). Die kinderärztliche Forschung bestätigt uns, daß Kinder, welche schwerste Enzephalitiden durchgemacht haben, völlig ausgeheilt überstehen und erscheinungsfrei bleiben können, während andere mit scheinbar harmlosen Krankheitsbildern mit schwerem Defekt heilen (7). In diesem Zusammenhang spielt die zerebrale Vorschädigung bereits eine wichtige Rolle. Für den Ausgang einer solchen Enzephalitis und ihre späteren Folgen sind nämlich bereits als bestimmende Faktoren frühere Schädigungen wirksam, die das Gehirn während der Schwangerschaft und der Geburt getroffen haben, außerdem können ererbte Dispositionen eine maßgebende Rolle spielen. Ich betone diese Zusammenhänge und wiederhole mich hier bewußt, da die Wichtigkeit einer eingehenden Anamnese aber auch deren Grenzen an diesem Beispiel besonders deutlich wird.

Eine ebenfalls sehr wichtige Fragestellung ist die genaue Feststellung des Zeitpunktes der Erkrankungen. Wir haben unter 2 a) gehört, daß — besonders während der Frühschwangerschaft — eine sichere Beziehung zwischen dem Termin der Schädigung und der Art des betroffenen Organes besteht. Die jüngste Forschung läßt nun Möglichkeiten erkennen, ähnliche

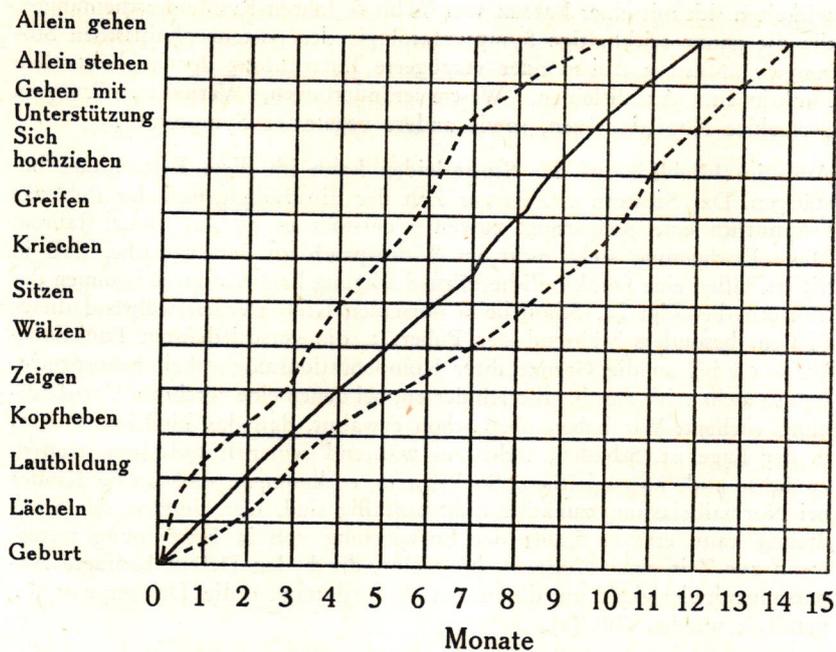


Abb. 3. Die Entwicklung des Kindes (nach W. C. Olson)

Beziehungen zwischen den psychischen Störungsbildern und dem Alter, in dem die Hirnschädigung erfolgte, aufzudecken (5). Auch die psychischen Funktionen lassen in ihrer Entwicklung Phasen erkennen, in denen gewisse Funktionskreise im Vordergrund stehen, auf denen später andere sich aufbauen, und es kann nicht gleichgültig sein, zu welchem Zeitpunkt diese Entwicklung gestört oder unterbrochen wurde. Auch hinsichtlich der Sprachentwicklung eröffnen sich hier neue Aspekte. Neben sorgfältigen Verlaufsstudien ist es die gute Anamnese, die uns bei der Klärung dieser Fragen weiterbringen wird.

Es muß noch darauf hingewiesen werden, daß sich die Folgen einer frühkindlichen Hirnschädigung durchaus nicht immer sofort im Anschluß an die durchgemachte Erkrankung bemerkbar machen muß. DOOSE (7) berichtet über Kinder, die nach einer durchgemachten Enzephalitis als geheilt entlassen werden konnten. Bei einer Anzahl davon (nicht bei allen!), „ent-

wickelten sich mit einer Latenz von $\frac{1}{2}$ bis 8 Jahren Residualerscheinungen, die die ganze reichhaltige Symptomatologie der postenzephalitischen Störungen umfassen: Abbau oder verzögerte Entwicklung der intellektuellen Funktionen, Anfallsleiden, Wesensveränderungen, Verhaltensstörungen, vermehrte Kopfschmerzen, sowie andere vegetative Symptome“.

Auch im Hinblick auf das Stotterleiden kann ich diese Feststellung bestätigen. Das Stottern erfährt zur Zeit der Einschulung und der Pubertät bekanntlich eine Steigerung, zuweilen entsteht es erst in diesen Jahren. Diese Erscheinung steht nicht im Widerspruch zu der Tatsache, daß in vielen Fällen eine frühkindliche Hirnschädigung beim Zustandekommen des Stotterns beteiligt ist. Schon beim normalen Kind werden während dieser Phasen, besonders während der Pubertät, die verschiedensten Funktionskreise oft bis an die Grenze ihrer Kompensationsmöglichkeit beansprucht. Um so mehr trifft dies für die Kinder zu, bei denen eine zerebrale Vorschädigung vorliegt. Wir haben oben schon erwähnt, daß das kindliche Gehirn in der Lage ist, Schäden, welche es während seiner Entwicklung treffen, zunächst noch auszugleichen. So kann es vorkommen, daß solche Kinder bei Normalbelastung zunächst nicht auffällig sind. Der Umfang der Schädigung kann erst im Laufe der Entwicklung voll in Erscheinung treten, wenn zur Zeit eines Phasenwechsels eine, durch den Defekt bedingte Anpassungsschwierigkeit an die neuen Anforderungen die Dekompensation manifest werden läßt (5).

Zusammenfassung:

Aus Raumgründen müssen wir es uns jetzt versagen, noch weitere Punkte des Anamnesebogens zu besprechen. Wir dürfen abschließend an Folgendem festhalten: Diagnose, Therapie und wissenschaftliche Forschung bauen auf einer gewissenhaften und durch Sachkenntnis unterbauten Anamneseerhebung auf.

Viele Fragen, die bereits bei der Anamnese auftauchen, kann der Sprachheilpädagoge nur in Zusammenarbeit mit dem Arzt zur fruchtbaren Auswertung bringen. Nur so kann vermieden werden, daß wichtige Zusammenhänge, die dem medizinischen Laien entgehen müssen, übersehen werden, oder aber daß — umgekehrt — die Annahme einer zerebralen Läsion überbewertet wird und schließlich für alle nicht klärbaren Zustände herhalten muß.

Bei Beachtung dieser kritischen Vorbehalte wird eine gute Anamnese in vielen Fällen Hinweise enthalten, welche in der Gesamtbeurteilung, unter Berücksichtigung des körperlichen, psychischen und sprachlichen Befundes, das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung bei verschiedenen Sprachstörungen wahrscheinlich machen. Wir wissen heute, daß neben

körperlichen, intellektuellen und psychischen Fehlentwicklungen auch zahlreiche Sprachstörungen (darunter zweifellos auch manche Formen von Stottern) als Folge frühkindlich erworbener Hirnschädigungen aufzufassen sind. Gemeint sind in diesem Zusammenhang nicht nur die bekannten Bilder der „zerebralen Kinderlähmung“, die mit deutlichen neurologischen Symptomen einhergehen, sondern auch die symptomarmen Schädigungsfolgen, die bisher meist übersehen oder nicht als solche erkannt wurden.

Verwendeter Anamnesebogen:

Universitäts-Hals-, Nasen-,
Ohrenklinik
Abt. für Sprach- und Stimmheilkunde
Marburg, den

Personalien: Untersuchender Arzt:

.....
Anamnese (nach Angaben von)

1. Familienanamnese

- a) Allgemeine Leiden in der Familie
(Nervenkrankheiten, Geisteskrankheiten, Suizide,
Schwachsinn, „Nervöse Disposition“, Sonderlinge)
Systemerkrankungen (z. B. Osteogenesis
imperfecta usw.)
Mißbildungen.
- b) Hörstörungen in der Familie
(Taubstummheit, Schwerhörigkeit)
- c) Sprachstörungen in der Familie
(genaue Angaben!)
Sprachliche Ungewandtheit
(Sprachschwächetypus)
- d) Soziales Milieu
- e) Sprachanregung (viel allein, Schlüsselkind, schlechte
Sprachvorbilder, Zweisprachigkeit, Dialekte)
- f) Linkshändigkeit

2. Eigene Anamnese

- a) Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft
Genauer Zeitpunkt!
- b) Art der Erkrankung (Röteln, Viruserkrankungen, fieberhafte Zustände, Rhesusfaktor)
Psychische Traumen
Unerwünschtes Kind
Andere Störungen
- c) Geburt (normal, Kunsthilfe, komplizierte Geburt, Dauer), Frühgeburt, Übertragung
Asphyxie
- d) Elterntalter bei Geburt: Vater . . . Mutter . . . Jahre alt
. . . tes Kind von . . . Geschwistern
- e) Stillperiode
- f) Körperliche Entwicklung (altersgemäß, schwächl.)
Dentition:
Laufenlernen
Pubertät
- g) geistige Entwicklung
- h) Eigentümlichkeiten (Wackelkind, Pavor nocturnus, Bettnässer, Knirschen, Nägelkauen, Daumenlutschen, Masturbation)
- i) Linkshändigkeit

3. Durchgemachte Erkrankungen

- a) Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, übrige Erkrankungen im HNO-Bereich.
- b) Infektionskrankheiten
(Anhalt für eine Mitbeteiligung des Gehirns?)
- c) Unfälle (Schädeltraumen, Gehirnerschütterungen)
- d) Sonstige Krankheiten (Nervensystem, Augen, Wurmbefall)
- e) Psychische Traumen
(Schreckerlebnisse, Nikolaus, Flucht)

4. Sprachanamnese

- a) Wann erste Laute gesprochen?
Welche?
- b) Wann erste Wörter?
Mamma, Pappa
Andere Wörter
- c) Wann Zweiwortsatz? Wann kurze Sätze?
- d) Sprachfreudig oder sprachfaul?
(zu Hause, beim Spiel, Kindergarten, Schule)
- e) Beginn des Sprachfehlers?
Kindergarten, Schuleintritt, mutmaßlicher Anlaß

5. Bisheriger Bildungsgang

(Kindergarten, Schule, Anstalt)

- a) Verhältnis dazu (geht gerne, ungerne zur Schule,
Schwänzen, Überforderung, Konflikt mit bestimmten
Lehrpersonen)

6. Besonderheiten

Literaturverzeichnis:

1. **Arnold, G. E.:** Stottern. In Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Von R. Luchsinger und G. E. Arnold. 2. Aufl. Springer, Wien 1959.
2. **Asperger, H.:** Heilpädagogik. Springer-Verlag, Wien, 1956.
3. **Beckmann, G. und Schilling, A.:** Hörtraining. Thieme Verlag, Stuttgart 1959. Monographie.
4. **Berendes, J.:** Einführung in die Sprachheilk., 4. Aufl. Johann Ambrosius Barth Leipzig 1958.
5. **Bosch, G.:** Psychopathologie der kindlichen Hirnschädigung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 22, 125-456 (1954).
6. **Büchner, F.:** Bedeutung peristatischer Faktoren für Mißbildungen. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. inn. Med., J. F. Bergmann, München 1959.
7. **Doose, H.:** Über die Bedeutung der EEGs für die Prognose der Enzephalitiden im Kindesalter. Die Medizinische Klinik. 26: 1252-1259 (1959).
8. **Flamm, H.:** Die pränatalen Infektionen des Menschen. Georg Thieme, Stuttgart 1959.
9. **Fröschels, E.:** Nachahmungsstottern. Folia phoniat. VI: 178-184 (1954).
10. **Göllnitz, G.:** Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Georg Thieme, Leipzig 1954.
11. **Hallervorden, J.:** In Hb. d. inn. Med., 4. Aufl., Bd. V., Teil 3. Springer, 1953.
12. **Hess, M.:** Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Universitätsverlag Freiburg/Schweiz, 1959.
13. **Lenz, W.:** Die Abhängigkeit der Mißbildung vom Alter der Eltern. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. inn. Med. J. F. Bergmann, München 1959.
14. **Lenz, W.:** Der Einfluß des Alters der Eltern und der Geburtennummer auf angeborene pathologische Zustände beim Kind. Acta genet., Vol. 9, Nr. 3 (1959).

15. **Luchsinger, R.:** Die Vererbung von Sprach- und Stimmstörungen. *Folia phoniat.* 11: 7-64 (1959).
16. **Nachtsheim, H.:** Betrachtungen zur Ätiologie und Prophylaxe angeborener Anomalien. *Dtsch. med. Wschr.* 84: 1845-1851 (1959).
17. **Olson, W. C.:** Die Entwicklung des Kindes. Verlag Dr. M. Gehlen, Bad Homburg v. d. H. (1953).
18. **Portmann, A.:** Die Menschengeburt im System der Biologie. In „Das Kind in unserer Zeit“, Verlag Alfred Kröner, Stuttgart 1958.
19. **Reichenmiller, H.:** Die frühkindliche Gehirnschädigung. *Zeitschr. f. Heilpädagogik.* Heft 1., 1959.
20. **Schilling, A.:** Über Hörtraining. Zur Methodik der Hörübungstherapie und neue Möglichkeiten zur Erfassung ihrer Ergebnisse. *Diss. med. Freiburg i. Br.*, 1956.
21. **Schilling, A.:** Über Hörtraining. *Zeitschr. Laryng.* 37: 446-461 (1957).
22. **Schilling, A.:** Stottern bei rhesus-bedingter Stammhirnschädigung. *Arch. Ohr.-Nas.-Kehlkheilk.* 169: 501-505 (1956).
23. **Schilling, A.:** Elektronystagmographische Befunde als Hinweis auf zentrale Koordinationsdefekte bei Stotterern. *Arch. Ohr.-Nas.-Kehlkheilk.* 175: 457-461 (1959).
24. **Schilling, A.:** Röntgenkymographische Untersuchungen über die Ruheatmung bei Stotterern. *Proceedings of the 11th Congress of Logopedics and Phoniatrics.* London (1959).
25. **Schilling, A.:** Röntgen-Zwerchfell-Kymogramme bei Stotterern. *Folia phoniat.*, im Erscheinen begriffen.
26. **Schilling, A. und Biener W.:** Messung der Vibrationsempfindung mittels Audiometer und Ergebnisse dieser Untersuchung bei Stotterern. *Nervenarzt* 30, 279 bis 281 (1959).
27. **Schilling, A. und Krüger, W.:** Untersuchungen über die Motorik sprachgestörter Kinder nach der motometrischen Skala von Oseretzki-Göllnitz unter besonderer Berücksichtigung der frühkindlichen Hirnschädigung. *HNO (Berl.)*, im Erscheinen begriffen.
28. **Schilling, R.:** Das kindliche Sprechvermögen. Lambertus-Verlag, Freiburg 1956.
29. **Schilling, R. und Schilling A.:** Zur Diagnose frühkindlicher Hirnschädigung bei Stotterern. In „Fortschritte der Phoniatrie und Logopädie“, Supplementband der *Folia phoniat.*, 1960. Erscheint demnächst.
30. **Schlack, H.:** Die frühkindliche Gehirnschädigung vom Standpunkt des Kinderarztes aus gesehen. *Zeitschr. f. Heilpädagogik.* Heft 1 (1959).
31. **Winkler, W. Th.:** Die frühkindliche Hirnschädigung vom Standpunkt des Jugendpsychiaters. *Zeitschr. f. Heilpädagogik.* Heft 6 (1959).

Anschrift des Verfassers: Dr. med. A. Schilling, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Marburg/Lahn, Deutschhausstr. 3

Arno Schulze, Berlin

GEDANKEN UND HINWEISE ZU DEN GRUNDLAGEN UND
METHODEN DER FACHPÄDAGOGISCHEN BETREUUNG
SPRACHGESTÖRTER KINDER

I. Teil:

A) Vorbemerkungen.

Die heute bereits vorliegende Literatur über Sprachstörungen und ihre Behandlung ist an Umfang gewiß nicht mehr gering. Einen großen Anteil haben daran ärztliche und psychotherapeutische Schriften, aber auch eigenständige Arbeiten aus dem Bereich der Sonderpädagogik (Heilpädagogik) sind vertreten. Besonders in letzter Zeit sind zahlreiche sprachheilpädagogische Erfahrungen und Erkenntnisse in Fachzeitschriften und Broschüren veröffentlicht worden.

Was uns aber zu fehlen scheint, ist eine zusammenfassende und ausführliche Darstellung aller Verfahren zur fachpädagogischen Betreuung sprachgestörter Kinder und Jugendlicher, d. h. ein hauptsächlich über die erzieherischen und unterrichtlichen Maßnahmen und Möglichkeiten orientierendes Werk, das z. B. auch die sprachheilpädagogische Nutzung aller Unterrichtsfächer in Breite einschließt. Ein solches Buch sollte man den medizinischen Veröffentlichungen an die Seite stellen, um den fachpädagogischen Standpunkt zu klären und abzugrenzen. Das beispielsweise in diese Richtung weisende Werk von LETTMAYER und FÜHRING (1) kann leider die Fülle der pädagogischen Möglichkeiten nicht erschöpfend wiedergeben. Auch die in neuester Zeit herausgekommene Arbeit von HEESE (2) geht etwa diesen Fragen nach, schildert letztlich aber auch nur ein spezielles Verfahren. Die hervorragenden Dienste beider Schriften zur Einführung in die Fachpädagogik des sprachgestörten Kindes müßte somit durch ein umfangreiches Werk möglichst mehrerer Autoren ergänzt werden. Dazu wollen wir mit unseren Hinweisen einen Anstoß geben. Dabei werden wir uns — während wir sonst Extremen absolut nicht zugeneigt sind — bisweilen bewußt etwas überbetont formulieren, um möglichst eine recht lebhaftige Diskussion zu entfachen.

Wir sind der Überzeugung, daß der Sprachheilpädagogik bei der Betreuung und Erziehung sprachgestörter Kinder und Jugendlicher eine zentrale Bedeutung zukommt, ja, daß sie auf Grund der vorliegenden Verhältnisse in enger Verbindung mit der Medizin die Betreuungsart darstellt, die

bevorzugt werden sollte. Sie ist personell, zeitlich und durch die Möglichkeit, eine große Zahl Sprachgestörter zu erfassen, in der Gegenwart und wohl auch in der Zukunft am besten dazu in der Lage. Wir sind durchaus der Meinung, daß die Grundlage der Behandlung die Medizin sein muß. Die gesamte Versorgung sollte sogar im Idealfall in die Hand eines auch psychologisch und pädagogisch gründlich geschulten Facharztes für Sprach- und Stimmheilkunde gelegt werden. Wir wissen aber alle, daß das unmöglich ist, schon allein darum, weil es zu wenige solcher Spezialisten gibt und immer geben wird, da diese praktisch mindestens eine doppelte Berufsausbildung zu durchlaufen haben. Außerdem finden sich anscheinend nur selten Mediziner, die Fachärzte für Sprach- und Stimmheilkunde werden wollen, so daß hauptsächlich die HNO-Ärzte, deren Überlastung wohl allgemein bekannt ist, Sprachkranke mitbehandeln.

Ebensowenig gibt es genügend ärztliche Psychotherapeuten, deren Arbeitsgebiet sich ja außerdem nicht nur auf Sprachgestörte beschränkt. Die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten (sog. Laienanalytiker) werden ebenfalls diese Lücken nicht füllen können, weil auf Grund der bestimmten Anforderungen auch nur wenige zu diesem Beruf tendieren, und die Ausübung der Laienanalyse selbst von der Seite der Psychotherapeuten her umstritten ist. Weiter glauben wir, daß eine nur tiefenpsychologisch orientierte Behandlung Sprachgestörter unvollständig ist. Eine Psychoanalyse ist auch sicher nur bei einer kleineren Anzahl der Fälle angezeigt. So hat z. B. HENNIG (3) erst kürzlich betont, daß bei Stottern nur in etwa 50% der Fälle eine Neurose besteht. KLEMM (4) geht noch weiter und rechnet nur mit etwa 20% echtem neurotischen (kernneurotischen?) Stottern. Nun wollen wir diesen Zahlen durchaus nicht schon jetzt zuviel Gewicht beilegen, ist es doch auch eine Sache der Definition, was man noch oder schon als Neurose bezeichnet. Außerdem gibt es beinahe ebenso viele Neurosenlehren, wie es führende Psychotherapeuten gibt. Eine allseits anerkannte und allgemein verbindliche Neurosenpsychologie ist noch nicht geschrieben, und man kann bei den immer wieder in spekulativ-philosophische und weltanschauliche Diskussionen ableitenden Auseinandersetzungen in dieser Frage auch in naher Zukunft nicht damit rechnen.

Es ist in diesem Zusammenhang äußerst interessant, daß sogar von seiten der Psychotherapie — wenn auch mehr indirekt — die obengenannten Zahlen etwa bestätigt und besonders unsere weiter unten folgenden methodischen Hinweise unterbaut werden. So schreibt einer der Senioren der deutschen Psychotherapeuten, der Berliner Nervenarzt I. H. SCHULTZ (5) in der Zeitschrift PSYCHOTHERAPIE Heft 4, 1957 folgendes: „Hat der Arzt einmal gründlich aufgenommen, daß Neurosen keinesfalls nur schwere Kernneurosen zu sein brauchen, diese vielmehr nur $\frac{1}{4}$ in einer völlig gemischten Gruppe funktionell Erkrankter ausmachen, so ergibt sich auch von dieser Seite her die für den Praktiker und Nachbarspezialisten sehr erfreuliche Feststellung, daß kritisch berechnet 50 bis 60% psychisch wesentlich oder

entscheidend bedingter organismischer Fehlhaltungen, sog. Neurosen, durch praktische Seelenführung, aus gesunder Lebenserfahrung und menschlichem Verständnis¹⁾, kombiniert mit methodisch exakter Fremd- und Selbsthypnose, zu Dauerheilungen gebracht werden können.“

Nach diesen Ausführungen sind also selbst die „Neurosen“ längst nicht alle so gelagert, daß sie psychoanalytisch (im Sinne einer langdauernden Einzelanalyse) behandelt werden müssen. Der Heilpädagogik wird somit in Verbindung mit der Medizin noch ein weites Wirkungsfeld offengelassen. Auch die immer mehr sich ausbreitenden sog. „verkürzten Verfahren“ (6) in der Psychotherapie — mit durchaus beachtlichen Erfolgen — weisen darauf hin, daß man oft auf die große Psychoanalyse verzichten kann. So kann man auch von dieser Sicht her der öfter ausgesprochenen Forderung nach der ausführlichen psychoanalytischen Behandlung des Stotterns kritischer entgegenzutreten und derartigen Ausschließlichkeitsansprüchen gegenüber zur Vorsicht raten.

Neben der ärztlichen Behandlung steht also hauptsächlich die fachpädagogische Betreuung, die ihre wissenschaftlichen Grundlagen von der Pädagogik und Heilpädagogik, der gesamten Psychologie (einschließlich tiefenpsychologischer Erkenntnisse) und von der Sozialforschung her bekommt. Verlangt ein Fall tatsächlich über die ärztliche und fachpädagogische Versorgung hinaus (die ja viele psychotherapeutische Maßnahmen und „Haltungen“ einschließt) die spezielle analytische Behandlung, so sollte er selbstverständlich einer solchen zugeführt werden. Die Analyse braucht dabei keinesfalls nur auf eine einseitige „Lehrmeinung“ und auf bestimmte festgelegte Deutungsschemata ausgerichtet zu sein. Eine Forderung sei aber deutlich von uns erhoben, und wir wollen nicht müde werden, sie immer wieder zu stellen: Erziehungsberater, Fürsorgerinnen, Psychagogen usw. sollten eine Behandlung sprachgestörter Kinder unterlassen und sich in dieser Hinsicht ihrer beratenden Funktion bewußt sein; ihnen sei so oft wie möglich ans Herz gelegt, daß es für die Betreuung Sprachgeschädigter Spezialisten gibt — Arbeit bleibt für sie auch dann wahrlich genug!

Aus allem bisher Gesagten geht die Notwendigkeit einer gründlichen Besinnung auf die fachpädagogischen Grundlagen und Methoden und die Wichtigkeit ihrer umfassenden Darstellung klar hervor. Dabei werden wir sehen, daß sich viele Betreuungsmaßnahmen erzieherischer und psychologischer Art finden, die auch der Arzt, Psychotherapeut, Psychagoge, Erziehungsberater usw. auf seinem Arbeitsgebiet anwendet. Sie bekommen aber bei uns ihre spezielle Färbung von der sondererzieherischen Grundhaltung und von den sprachheilpädagogischen Erfordernissen her und sind in der gesamten Erziehungs- und Bildungsarbeit zentriert. Auch der Schulunterricht wird mit einbezogen oder berücksichtigt.

¹⁾ Vom Referenten gesperrt!

Außerdem stehen hinter der vom Verfasser gemeinten fachpädagogischen Arbeit u. a. auch Theorien und Ansichten, die mit einer in den letzten Jahren besonders hervorgetretenen Überbewertung bestimmter enger Trieblehren²⁾ nicht ganz zu vereinbaren sind, und die der so stark von manchen Seiten überbetonten mehr oder weniger zwangsläufigen „Getriebenheit“ des Menschen durch größtenteils unbewußte „Komplexe“ den ihr zukommenden — und an dieser Stelle dann sicher notwendigen — Platz in einer Lehre vom Menschen (Anthropologie) zuweisen. Wir meinen, daß sich die sprachheilpädagogische Arbeit, wie überhaupt jede Erziehung und Sondererziehung, durchaus auch auf gewisse im Menschen liegende Faktoren stützen kann, die einer bewußten Steuerung und Erziehung zugänglich sind und auch dem jetzt wieder häufiger zitierten Prozeß zur Selbstdisziplinierung, Selbstüberwindung und Selbstvervollkommnung Rechnung tragen. So werden u. a. die neuerdings auch in Deutschland genannten „nicht-richtungsweisenden“ Verfahren (8) in der Sonderpädagogik ihren Platz finden müssen. Auch Formen der Disziplinierung, Konzentrations- und Willensschulung sowie der konsequenten Führung sollten wieder mehr betont werden (siehe auch ASPERGER [9]).

Von der in der Vergangenheit zu beobachtenden Nichtbeachtung der unbewußten Tatbestände im Seelenleben und der Vernachlässigung bedeutender Antriebsbereiche bis zu ihrer Überbewertung in der Gegenwart haben wir eine lange Entwicklung von einem Extrem zum anderen durchgemacht. Es scheint jetzt an der Zeit zu sein, daß das Pendel wieder auf eine den Tatsachen und der der Fülle des Lebens mehr gerecht werdenden Mitte zurückschwingt. Man ist heute in weiten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Fachkreisen bereits auf dem Wege, das eine zu tun, ohne das andere zu lassen. Die aus der KRETZSCHMERSchen Schule kommende „synthetische“ mehrdimensionale Psychotherapie (10) scheint auch diese Faktoren zu berücksichtigen. Auch was G. E. ARNOLD (11) neuerlich mitteilt, paßt etwa in diese Linie. Hier wird noch besonders die Hinwendung zum Somatischen betont, die gerade auf unserem Gebiete in Amerika zu beobachten ist. Wir werden im Verlauf unserer Ausführungen versuchen, das hier Bemerkte immer wieder aufzuzeigen bzw. seinen Einfluß auf unsere praktischen Hinweise deutlich machen. Wichtig ist uns aber bei allem Gesagten, immer wieder zu betonen, daß wir in erster Linie Pädagogen sind und den pädagogischen Standpunkt, besonders den fachpädagogischen, zu vertreten haben. Alle anderen Disziplinen seien uns Hilfe und Ergänzung.

²⁾ Gemeint sind hier hauptsächlich die einseitigen, ausschließlich sexualtheoretischen Auslegungen im Sinne der orthodoxen Psychoanalyse und alte, zu sehr vereinfachende Darstellungen, die z. B. beinahe alles aus dem Machtstreben ableiten und erklären wollen. Es sollen damit jedoch keineswegs alle, besonders nicht die heute als gesichert geltenden Positionen Freuds und Adlers sowie deren Fortentwicklungen verworfen werden; diese baut man ja auch immer mehr in die gesamte Psychologie ein. Einen sehr umfassenden Versuch dieser Art legt z. B. Lückert (7) in seiner „Konfliktpsychologie“ vor.

B) Die Grundlagen der praktischen sprachheilpädagogischen Arbeit (Vorgeschichte, genaue Kennzeichnung und Abgrenzung der Sprachstörung, Vorschläge und Erfolgsaussichten der notwendigen Behandlungsmaßnahmen)

Wenn wir nun zu den Hinweisen auf die Methoden unserer Fachpädagogik übergehen, so müssen wir am Anfang auf die gründliche Erhebung der Vorgeschichte, besser gesagt: auf die möglichst genaue Erforschung der ganzen bisherigen inneren und äußeren Lebensgeschichte des sprachgestörten Kindes und auf die dazugehörenden Fakten, Daten und Tatbestände eingehen. Dabei können wir uns hier in diesem Rahmen kürzer fassen, denn zu dieser Thematik ist von kompetenter Seite schon ausführliches gesagt worden (siehe GRUND-SIEMS (12), ASPERGER (9), G. E. ARNOLD (11), MARIA HESS (13), BUSEMANN (14), ENGELMAYER (15) u. a. Erlaubt sei uns aber, folgendes nochmals zu erwähnen und hervorzuheben: Wie auch M. HESS sagt, wird wegen einer Sprachstörung der Kinder häufig von den Eltern der erste Kontakt mit dem Logopäden aufgenommen; sei es, der Schularzt, der Hausarzt, der Lehrer oder ein anderer Berater hat sie zugewiesen, oder sie sind von sich aus an den Sprachheilpädagogen herangetreten. Dieser hat demnach auch oft die ersten, möglichst umfangreichen und genauen Erhebungen zur Vorgeschichte vorzunehmen, die erste vorläufige Kennzeichnung der Störung zu treffen und zur weiteren Klärung des Tatbestandes und zur Festlegung der geeignetsten Behandlung dann die anderen Fachleute (Arzt, Facharzt, Psychologe, Psychotherapeut) zu Rate zu ziehen. Dazu sei er hier noch einmal ausdrücklich verpflichtet!

Die Befragung der Spezialisten stößt nun in einer Großstadt selten auf größere Hindernisse, und sie ist in den Schulen für Sprachkranke sogar z. T. fest in die Organisation der Sprachheilarbeit eingebaut. Dem Sprachheilbeauftragten auf dem Lande macht sie aber meist Schwierigkeiten, doch sollte auch unter erschwerten Bedingungen darauf keineswegs verzichtet werden. Dazu einige Vorschläge: Sind dem Sprachheilpädagogen Kinder gemeldet und vorgestellt worden, so hat er nach der Aufnahme der Vorgeschichte, den dabei vorgenommenen Rücksprachen mit den Eltern und anderen Beziehungspersonen des Kindes (Verwandte, Lehrer, Freunde usw.) und nach seinen eigenen Beobachtungen einen ersten Bericht zu fertigen. Dieser wird zur Grundlage seiner weiteren Maßnahmen. Nun kann er vielleicht wieder an den Schularzt herantreten oder von sich aus Kontakt mit dem Hausarzt, Landarzt usw. aufnehmen und ihn unter Zugrundelegung seines Berichtes um eine genaue und eingehende körperliche Untersuchung bitten. Wenn der Sprachheilpädagoge mit einer entsprechenden, gut begründeten und bei aller Bescheidenheit und Zurückhaltung doch bestimmten Betonung seiner fachpädagogischen Aufgabe an den Arzt herantritt, dabei die ihm selbst als Nichtarzt gesetzten Grenzen hervorhebend, wird er wohl selten auf Ablehnung stoßen. Er kann den Arzt auch um medikamentöse Unterstützungsmaßnahmen bitten und wird auch dabei bestimmt auf offene Ohren treffen.

Zur Ergänzung des Persönlichkeitsbildes des Sprachgestörten sollte der Logopäde nach Möglichkeit auch den Psychologen bemühen, der dann u. a. die entwicklungspsychologischen und psychodiagnostischen Tests vornehmen kann. Hier soll sich der Fachpädagoge, wenn er nicht eine wirklich gründliche Ausbildung im Testen genossen hat, auf keinen Fall als Experte fühlen, sondern dem berufsmäßigen Psychologen (Schulpsychologen, Dipl.-Psychologen) das Feld bereitwillig überlassen. Irgendwo in der Nähe, und sei es in der nächsten Kreisstadt, ist sicher ein Psychologe ansässig, mit dem die Zusammenarbeit aufgenommen werden kann. Wenn man diesem die Notwendigkeit seiner Mitarbeit zwingend darstellt und ihn zu überzeugen versteht, dabei seine Bedeutung für unsere Aufgabe betonend und anerkennend, wird er bestimmt zur Hilfe bereit sein (allerdings wird sicher noch die Honorar-Frage Schwierigkeiten machen, aber vielleicht ist auch hier im Rahmen der neuen Fürsorge- und Rehabilitationsgesetze eine Regelung zu erwarten). Wo das Zusammengehen mit einem Psychologen nicht möglich ist, müßte sich ein psychologisch gut geschulter Logopäde ausführlich in einigen Testverfahren ausbilden lassen. Zu dieser Notmaßnahme genügt aber keineswegs nur ein Bücherstudium; er müßte unbedingt auch praktisch in die betreffende Testmethodik eingeführt werden. Hinweise auf einige brauchbare Tests finden wird beispielsweise bei ENGELMAYER (15) und REINARZT (16). Das eben vom Arzt und Psychologen Gesagte gilt auch für den Psychotherapeuten. Kann man einen solchen erreichen, so sollte auch er seine Meinung zu dem Fall sagen. Möglicherweise sind ihm dann gleich besonders gelagerte Fälle ganz oder zunächst vorläufig zu überlassen, um neurotische Fehlhaltungen abzubauen. Statt an einen Psychotherapeuten kann sich der Logopäde selbstverständlich auch an einen Jugendpsychiater oder Nervenarzt wenden; auch ein Pädiater hat oft aus seiner großen Erfahrung mit Kindern gute kinderpsychologische Kenntnisse. Ein Phoniater wird in der Provinz kaum praktizieren, darum suche man sich einen an Fragen der Sprach- und Stimmheilkunde möglichst besonders interessierten HNO-Arzt und arbeite eng mit ihm zusammen.

(Fortsetzung im nächsten Heft)

Konrad Leites, Hamburg

DIE HÖR-SPRECHANLAGE IN DER THERAPIE SPRACH- UND STIMMKRANKER

(Erster Bericht über Versuche und Erfahrungen seit 1954)



Für die Versuche wurde die Hör-Sprechanlage (Siemens-Reiniger, Erlangen) benutzt.

Konstruiert wurde diese Anlage für den Gebrauch in Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen, wo sie bereits vielfach verwendet wird. Ein besonderes Mikrophon für die Anlage und ein Tonbandgerät gehören ebenfalls dazu. Über den ursprünglichen Sinn der Anlage wird der Leser im Sonderdruck (Anhang LV 12) informiert.

Primär bietet das Gerät die Möglichkeit einer stufenlosen Lautverstärkung, wie sie von den Kollegen der Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen gewünscht wird. Daneben ermöglicht die Konstruktion das synchrone Hören

des Gesprochenen. Der bisher bekannte Einsatz eines Tonbandgerätes in der Behandlung Stimm- und Sprachkranker hatte den Nachteil, daß das Tonbandgerät tatsächlich nur eine „Konserven“ herstellt und dem Therapeuten wie Patienten erst nach dem Sprechen eine Kontrolle der Störungen ermöglicht. Es bedarf dabei qualifizierten Erinnerungsvermögens (akustisch-artikulatorisch, inhaltlich) beider, wobei diese Fähigkeit beim Patienten geringer sein wird. Die gewollte Demonstration kann nur mangelhaft sein und wird zu Mißverständnissen führen. Bei einer synchronen akustischen Demonstration und Kontrolle von Stimme und Sprechen haben Patient und Therapeut exaktere Möglichkeiten für Korrekturen. Der Patient hört sich selbst wie sein Gegenüber ihn normalerweise hört. Dabei ist von Vorteil, daß die Kopfgarnitur zwei elektrische Lautsprecher mit je einem Potentiometer (Lautstärkereglern) enthält, mit denen man die primär am Gerät gewählte Lautstärke für jedes Ohr getrennt nachregeln kann. Das ist notwendig bei normalem Hörvermögen wie auch bei Hörstörungen. Auch sog. normale Ohren weisen nicht generell die gleichen db-Werte (bei audiometrischer Prüfung) auf. Für den Normalfall einer Synchronkontrolle werden beide Ohrlautsprecher so eingeregelt, daß man zu einem „plastischen“ Hören kommt (vergleichbar mit der Einstellung eines Fernglases). Diese Lösung hat vor anderen den Vorteil, daß jedem Ohr die gleiche akustische Qualität des Gesprochenen geliefert wird. Es gibt Konstruktionen, die nur einen elektrischen Ohrlautsprecher verwenden und das andere Ohr über Luftleitung mittels eines vom Lautsprecher abgezweigten Plastikrohres bedienen. Schon mit ungeübtem Ohr ist feststellbar, daß hierbei für das indirekt bediente Ohr ein db-Abfall eintritt und außerdem, durch das Material bedingt, eine Verschiebung der Partialtöne eintritt, die die Klangfarbe bedingen. Zudem ist keine Möglichkeit vorhanden, durch besondere Potentiometer jedem Ohr die nötige Lautstärke zu vermitteln. Das direkt bediente Ohr ist von der am Hauptgerät gewählten Lautstärke und das indirekt bediente Ohr vom ersteren abhängig. Bei Gruppentherapie ist außerdem jeder Patient nur pauschal akustisch versorgt.

Das Tonbandgerät konnte bei der von uns benutzten Versuchsanlage seinem eigentlichen Zweck zurückgegeben werden: eine Konserven, die dem Therapeuten die Möglichkeit einer nachträglichen Überprüfung seiner Primärdiagnose sowie deren Differenzierung erlaubt und ihm und dem Patienten im Verlauf der Therapie Fortschritte demonstriert.

Für den Unterricht sind die im Hauptgerät eingebauten Zusatzgeräte (Rundfunk und Plattenspieler) von Vorteil. Folgende Kombinationsmöglichkeiten sind vorhanden: Dämpfung im niederen und höheren Frequenzbereich; Übertragen vom Bandgerät auf Kopfgarnituren; Zwischenschalten eines besonderen Mikrofons; Einschalten der Mikrofone der Kopfgarnituren und kombinierte Mischmöglichkeiten zum Zwischensprechen; getrennte Regelung der Lautstärke der verschiedenen eingesprochenen Texte; eingebaute Induktionsanlage zur besonderen Versorgung einzelner Patienten,

die ein Induktionshörgerät benötigen, ohne akustische Störung der anderen Teilnehmer.

Im folgenden sollen Beispiele demonstrieren, in welcher Weise die oben beschriebene Hör-Sprechanlage in der Behandlung stimm- und sprachgestörter Patienten verwendet werden kann:

1. Die Patientin B., Lehrerin an einer Volksschule, 60 Jahre alt, leidet unter Aphonie. Die bekannten therapeutischen Maßnahmen scheitern. Sie wird von uns an die Anlage gesetzt und mit einem „akustischen Schock“ (etwa 110 db) angesprochen. Der plötzliche Schreck reizt sie zu einem lauten spontanen „Au!“, das sie synchron in gleicher Lautstärke auf die eigenen Ohren erhält. Da diese Maßnahme die letzte Station einer längeren Untersuchung war, konnte die vermutete Diagnose als bestätigt angenommen werden: Psychogene Aphonie — keine organische Störung. Der unmittelbar erfolgte längere Phonationsversuch und die synchrone Selbstkontrolle verliefen erfolgreich.
2. Der Schüler P. wird uns zur Behandlung seiner funktionellen Dysphonie überwiesen. Die Anlage mit ihrer hochqualifizierten Akustik ermöglicht eine volle Ausnutzung der geringsten Phonation der Glottis für das eigene wie für das fremde Ohr. Während des Phonierens entfällt automatisch eine sonst nötige organische Lautverstärkung (comb. pathol. Verspannung) zur Überschreitung des akustischen Minimalpegels des Normalgehörs. Das kann mittels der technischen Lautverstärkung geschehen. Ein immer wiederkehrendes Störgeräusch während therapeutischer Diskussionen ließ einen bisher unentdeckten sigm. lat. dexter erkennen, der über Luftleitung von keinem Untersucher entdeckt worden war, auch nicht bei optischer Visitation des Mund- und Rachenraumes. Eine Korrektur der sprechtechnischen Schwierigkeiten beim Artikulieren eingeschlossener s- und sch-Laute, sowie die Übung der „Umschaltartikulation“ bei r—s/l—s- und f—z-Verbindungen verlief nach der Korrektur des zufällig entdeckten sigm. lat. erfolgreich. Gleichzeitig verschwanden das unschöne Lippenspitzen und Wangenpressen (vermutlich angewöhnt, um den sigm. lat. zu kaschieren).
3. Gleichzeitige Tonbandaufnahmen bewiesen, daß bei volltönender Phonation und normal empfundener Lautstärke über die Anlage die organisch tatsächlich gegebene Lautstärke in jedem Falle bei normalem Gehör spontan geringer war und die dadurch bedingte gleichzeitige Entspannung der Halsmuskulatur wohltuend empfunden wurde. Fortdauerndes Phonieren führte nicht zur Ermüdung.
4. Die Schülerin B., audiometrisch untersucht und als „hochgradig schwerhörig“ diagnostiziert — bei sonst normaler Artikulation und normalem Sprachschatz (nach Mittelohrentzündung im achten Lebensjahr schwerhörig geworden) — konnte mittels Induktionshörgerät wei-

terhin am Unterricht der nach dem Lehrplan von Normalschulen arbeitenden Sprachkrankenschule teilnehmen.

5. Herr N., 40 Jahre alt, klagt über schnelle Stimmermüdung. Die übliche akustische Untersuchung liefert keinen Anhalt, da er mit voll- und wohltönender Stimme spricht. Eine Überprüfung an der Hör-Sprechanlage ergibt bei auf „0“ eingestellten Dämpfungsreglern auch keinen Anhalt. Lediglich am Aussteuerungsmesser beobachten wir einen unnatürlich hohen Ausschlag, der über Ohr nicht anzunehmen ist. Eine völlige Dämpfung des unteren Frequenzbereichs zeigte eine Übersteuerung im oberen Frequenzbereich an, wobei eine Dämpfung des oberen Frequenzbereichs für die Kontrolle des unteren ohne Ergebnis verlief. Bei weiterer Überlegung ergab sich, daß die Bildung der oberen Partiale, die hauptsächlich durch den Mund- und Rachenraum erfolgt, nicht korrekt geschieht. Die direkte Phonation der Glottis war als o. B. anzunehmen. Eine gezielte Sprechübung konnte angesetzt werden.
6. Die Patientin I., 11 Jahre, sigm. int., reagiert nur zögernd auf die bekannten therapeutischen Maßnahmen. Wir vermuten daraufhin eine Hörstörung. Erst bei Übersteuerung der Anlage entdeckt sie akustisch ihre Störung und ist zu einer Korrektur in der Lage. Der db-Abfall ist aber so gering und nur im obersten Frequenzbereich stärker (für die s-Bildung wichtig), daß ein Hörgerät nicht zu empfehlen ist.
7. Frau E., 42 Jahre, begleitet ihre Tochter zu den logopädischen Sitzungen. Gelegentlich äußert sie, rechtsseitig „schlecht hören“ zu können. Besonders beim Telefonieren empfindet sie die Störung lästig und muß nach links wechseln. Eine Hörprüfung ergibt einen db-Abfall im unteren Frequenzbereich. Ihr wird fachklinische Untersuchung angeraten. Bei allen elektro-akustischen Untersuchungen und Maßnahmen sind wir selbst mit eigener Kopfgarnitur miteingeschaltet. Eine Hörprüfung geschieht folgendermaßen: Die Potentiometer der Garnituren sind voll ausgesteuert. Ein Mikrophon ist zwischengeschaltet. Die Lautstärke wird am Hauptgerät gewählt, die gewünschte Regelung der db-Breite ist möglich. Der Stimmgabelversuch geschieht über das zwischengeschaltete Mikrophon. Die Kontrolle durch den Untersucher ist exakter, und die zeitlichen Unterschiede beim Abklingen verschiedener Frequenzen sind genau meßbar. Ein Tonfrequenzgenerator ermöglicht die Prüfung jeder Frequenz und exakt jedes db-Wertes. Der Patient kann beliebig weit entfernt vom Untersucher und vom Gerät sitzen und hat keine Möglichkeit, Schaltvorgänge zu beobachten. Simulanten können leichter ermittelt werden. Da der Untersucher unter gleichen Bedingungen mithört, tritt auch für ihn keine Differenz in der Kontrolle wegen der unterschiedlichen Länge des Luftweges von der angesetzten Stimmgabel zu seinem Ohr auf. Die Stimmgabel kann bis zum völligen Ausschwingen am Mikrophon verbleiben, sie braucht nicht zur Zwischen-

kontrolle an sein Ohr geführt zu werden. Noch exakter geschieht das mit dem erwähnten Tonfrequenzgenerator. Dieser kann ein präzises Audiometer nicht verdrängen, hat aber ihm gegenüber den Vorzug, wesentlich mehr Frequenzen zur Verfügung zu haben (bis etwa 20 kHz). Außerdem entfallen dadurch nicht alle anderen akustischen Gehörprüfungen (u. a. Rinne-Weber-Schwabach).

8. Die akustische Qualität der Anlage bietet bei der Korrektur der Atmung (neben allen herkömmlichen Maßnahmen und auch neben dem gelegentlich zu verwendenden Phrenoton) die Möglichkeit einer Anbildung völlig geräuschfreier Sprechatmung („innere Weite“). Der Patient hört synchron seine Atmungsgeräusche. Durch Verstärkung dieser wird er gezwungen, so lange zu trainieren, die gegebenen Hilfen so präzise anzuwenden, daß er gewünscht geräuscharm oder -frei atmet. Jedes Nebengeräusch, auch nichtgewünschte Nasendurchlässe werden vom Mundmikrofon registriert und dem Ohr synchron demonstriert. Geräusche, die das Ohr über Luftleitung nicht erreichen, auch in unmittelbarer Nähe am Patienten nicht, werden offenbart. Besonders wertvoll bei Maßnahmen gegen schädliche Reibeatmung (auch bei rhinolalia aperta oder mixta ohne pathologischen Befund).
9. In der Stammler- und Gruppentherapie haben sich die erwähnten Möglichkeiten bewährt: Die Patienten werden zu intensiver akustischer Aufmerksamkeit und Konzentration gezwungen. Die Kopfgarnituren werden mit Hilfe von Schaumgummikeilen an den Gehörgang gelegt. Außengeräusche sind dadurch abgeschirmt. Die Patienten lernen, auf sich selbst genau zu achten und in der Gruppe auch den anderen Patienten zu hören. Diese Aufmerksamkeit fördert die Einsicht in die therapeutischen Maßnahmen und stimmlichen wie sprecherischen Notwendigkeiten vorteilhaft. Die Patienten bestätigen immer wieder, daß sie an der Anlage spürbar besser und exakter hören, und die Selbstkontrolle und -korrektur wesentlich erleichtert ist.
Sobald der Einsatz der Anlage reduziert werden kann oder ganz entfällt, verwenden wir bei Rückfällen mit Erfolg das kleine Hörgerät (wie für Schwerhörige verwendet). Entweder werden an ein Gerät zwei Ohrlautsprecher geschaltet, was einer Lautstärkeregelung bei akustisch unterschiedlich wertigem Gehör nachteilig ist, oder aber zwei Hörgeräte, die, leicht zu transportieren, eine Lautstärkeregelung für jedes Ohr ermöglichen. Ebenfalls bestätigt die Erfahrung, daß die synchrone Kontrolle für die unmittelbare Therapie geeigneter ist als die asynchrone mit dem Tonbandgerät.
10. Schließlich sind wir der Ansicht, in der Hör-Sprechanlage ein Hilfsmittel gefunden zu haben, das in der Therapie des Stotterns einen Schritt weiterführt.

Wir sind (hypothetisch!) der Ansicht, daß das Stottern zerebralpathologisch bedingt ist. Eine psychische Dominanz wird erst im Laufe

der Zeit zur scheinbaren Primärkomponente — wahrscheinlich durch entsprechende Milieuumstände, die eine dafür günstige Disposition antreffen. Die gestörte Potenz zentrifugaler Nerven verhindert wahrscheinlich die synchrone neurale Innervation der Sprechmuskulatur (auch anderer, z. B. der Atmung über den n. vagus), wenn z. B. entspr. Neurone alterieren, wodurch es bis zur Antagonie paarig wirkender Nerven und Muskeln kommen kann. Impulsdifferenzen können nach verschiedenen Erkrankungen, Traumata und indirekten Vergiftungen angenommen werden. Daß asynchrone Aktionsströme die normale Koordination stören können, scheint uns auf Grund der im Anhang angeführten Arbeiten wahrscheinlich. Der angeführte Asynchronismus wurde gleichzeitig auch in der übrigen Motorik beobachtet — bis zu auffallenden Differenzen in den Normalproportionen für Atmung — Puls (normal 1 : 3/4 oder 5). Bei Stotterern fiel auch der krasse Wechsel im inneren, gefühlsmäßigen Tempo auf (z. B. beim Gehen, unabhängigen Taktklopfen usw.). Diese katatonischen Symptome lassen sich mit dem Sprechablauf identifizieren. (Vgl. weiterhin die von uns angeführte eigene Arbeit über „Schweres Stottern . . .“) Der zerebral-pathologische Charakter des Stotterns scheint uns begründet. (Eine ausführliche Darstellung der Hypothese soll demnächst erscheinen.) Mit Hilfe der Hör-Sprechanlage wurde den Patienten ein Sinuston auf ein Ohr gegeben (Reaktion experimentell ermittelt: li Ohr — re Ohr, Frequenz, Lautstärke). Sto-Symptome konnten vorübergehend ausgeschaltet werden. Wir folgerten, daß eine Impulsregulierung auf diese Weise audi-cerebral einseitig möglich ist. In einem Fall allerdings gelang der Versuch nur bilateral.

Bei Verwendung dieser Methode konnten wir beobachten, daß eine vermutete Impulsdifferenz sich verhältnismäßig rasch einpendelte. Im weiteren Verlauf genügte einfaches „Hineinbrummen“ des Therapeuten und schließlich die synchrone Wahrnehmung der eigenen Stimme des Patienten.

Ohne Erfolg blieben diese Versuche bei Patienten minderer Intelligenz. Daß bei Verwendung oben beschriebener Hilfen alle anderen Möglichkeiten bekannter therapeutischer Maßnahmen berücksichtigt wurden, ist selbstverständlich und soll hier nicht weiter erörtert werden.

Die Richtigkeit unserer Hypothese vermögen wir nicht zu beweisen, wir meinen aber auch, daß ein Gegenbeweis sich nur durch entsprechende Mißerfolge führen lassen kann. Ermutigend ist, daß in der internationalen Literatur entsprechende Gedanken und Experimente beschrieben werden. Wir werden weitere Versuche anstellen und wären dankbar, wenn von anderer Seite auf Grund von Kontrollversuchen mit uns diskutiert werden könnte. Abschließend sei in Übersicht ein vorläufig ermittelter Therapieplan gegeben, der, da nur vereinzelt in Sprachheilheimen im Team therapiert wird, Bäder, Frischluftkuren, Bürstenmassagen, rhythmische Übungen usw. an dieser Stelle nicht besonders berücksichtigt:

ANLAGE: Fremd- u. Selbst- kontrolle, Korrektur: Stimmhöhe, Lautstärke, Atmung, Klangbild, Artikulation	SCHWAMM: gegen Handver- krampfung, indirekt gegen Tonus und harten Vokaleinsatz	SPIEGEL: Mundbild- Artikulation Korrektur der Grob- und Feinmotorik	MASSAGE usw.: Vibrations-Massage: Lockerung und Aktivierung der Hals- und Mund- muskulatur
--	--	---	--



Literaturverzeichnis:

1. **Arnold, G. E.:** Die traumatischen und konstitutionellen Störungen der Stimme und Sprache. Urban & Schwarzenberg, Wien 1948.
2. **Goertler, K.:** Die Anordnung, Histologie und Histogenese der quergestreiften Muskulatur im menschlichen Stimmband. Ztschr. f. Anat. und Entwicklungsgeschichte. Bd. 115, 1950.
3. **Heymann, O.:** Die Stimmlippenschwingungen im Lichte der neuro-zerebralen Untersuchungen Hussons, Vortrag, gehalten auf der 6. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde in Düsseldorf, 1954.
4. **Husson, R.:** Etude des phénomènes physiologiques et acoustiques fondamentaux de la voix chantée. Paris: Duhem, 1951.
5. **Nessel, E.:** Die verzögerte Sprachrückkopplung (Lee-Effekt) bei Stotterern. Folia Phoniatica, Vol. 10, 1958, No. 4, S. 199 f.
6. **Perello, J.:** Dysarthria resulting from amyotrophic Myotonia. s. oben Folia . . . S. 241.
7. **Sonninen und Vaheri:** Kehlkopfasymmetrie . . . (s. oben Folia S. 198).
8. **Moore, P. und v. Leden, H.:** Dynamic Variations of the Vibratory Pattern in the normal Larynx. (s. oben Folia . . . S. 237).
9. **Laget, P.:** Reproduction expérimentale de la vibration d'une corde vocale, en l'absence de tout courant d'air, etc. Rev. de Laryng. etc. Suppl. 1953, 132/42.
10. **Leites, K.:** Schweres Stottern congenitaler Art als Geburtstrauma mit psychogenem Epiglottiskrampf und tonischem Verhalten des sensiblen Nervensystems. In „Die Sprachheilarbeit“, Berlin, 2/57, S. 34 f.
11. **Panconcelli-Calzia, G.:** Hussons Lehre von der zerebralen Erzeugung der Stimmlippenschwingungen. Ihre experimentelle Bestätigung durch Laget und Moulonguet. Der hierdurch hervorgerufene Umschwung in der Stimmforschung. Sonderdruck, Hamburg.
12. **Güttner, W.:** Hör-Sprechschulung gehörloser Kinder. Sonderdruck aus SRW-Nachrichten, Heft 4, Dezember 1957.
13. **Ruttkowski, E.:** Die Körpermotorik sprachkranker Schulkinder. Prüfungsarbeit. Hamburg 1957, Päd. Inst.
14. **Wulff, J.:** Die Vibrationsmassage als stimmtherapeutische Hilfe. Neue Blätter für Taubstummenbildung, Nov./Dezember 1954, S. 365 f.

Anschrift des Verfassers: Konrad Leites, Hamburg-Borgfelde, Hinrichsenstraße 13

Umschau und Diskussion

Institut für ambulante Sprachheilarbeit

Am 16. November 1959 wurde in Münster (Westf.), Mauritzstraße 34, das Institut für ambulante Sprachheilarbeit eröffnet. Seine Aufgabenstellung und die Koordinierung mit der gesamten ambulanten Sprachheilarbeit in Westfalen-Lippe erfolgte auf der 9. Arbeits- und Fortbildungstagung der Westfälisch-Lippischen Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen, die vom 18. bis 20. Juni in Bochum stattfand. Die Referate „Wo steht die ambulante Sprachheilarbeit?“ (Sprachheillehrer Dick), „Die Sprachheilfürsorge im Rahmen der öffentlichen Fürsorge“ (Landesoberverwaltungsrat Hollwedel) und die Vorführungen der praktischen Sprachheilarbeit an Kindern der verschiedenen Altersstufen (Sonderschulrektor Boetzel) mit den sich anschließenden Diskussionen klärten noch einmal aus neuerer Sicht die Sprachheilarbeit, wie sie für Westfalen-Lippe in ihrer Breitenwirkung und der fürsorglichen Form spezifisch ist. Sie führten auch zu dem einstimmigen Beschluß, die schon länger geplante Zentralstelle für die ambulante Sprachheilarbeit in Münster zu errichten. Dieser Beschluß wurde auch dadurch möglich, daß der Landschaftsverband Westfalen-Lippe seine volle Unterstützung zugesagt hatte. Als Leiter dieser Stelle wurde Sprachheillehrer Dick gewählt.

Das gegründete Institut soll versuchen, die theoretisch-wissenschaftlichen Grundlagen der in fast allen Städten und Landkreisen durchgeführten ambulanten Sprachheilarbeit weiterhin zu untersuchen und auszubauen. Auf Grund glaubhafter Vorbedingungen sollen auch neuere Methoden hinsichtlich der Diagnose und Therapie der Sprachkrankheiten erprobt werden. Das Institut ist als Modellfall gedacht, da die dort zu leistende praktische Arbeit sich unter den allgemein möglichen Bedingungen der Ambulanz vollzieht. Es soll weiterhin in die Ausbildungs- und Fortbildungsarbeit der Sprachheilbeauftragten und Kursusleiter mit einbezogen werden. Es besteht der Wunsch, es zu einer Stelle des regen Gedankenaustausches über alle Fragen der Sprachheilarbeit zu machen. Die laufend zu ergänzende Fachbücherei steht im Leihverfahren allen Mitarbeitern zur Verfügung. Buchbesprechungen und die Neuankündigungen brauchbarer Fachliteratur gehören zu gelegentlichen Mitteilungen des Institutes. Die hier untersuchten und behandelten Fälle sollen schriftlich fixiert und die so entstehende Kasuistik den Mitarbeitern zugeleitet werden.

Da das Institut für ambulante Sprachheilarbeit in dankenswerter Weise von dem Leiter der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Herrn Professor Dr. Loebell, und dem Direktor des Psychologischen Institutes der Universität Münster, Herrn Professor Dr. Metzger, die freundliche Zusage der Unterstützung

erhielt, ist die Annahme berechtigt, daß von ihm aus brauchbare Anregungen und Förderungen der Bemühungen um das sprachleidende Kind ausgehen.

Bericht über den 11. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie in London vom 17.—22. 8. 1959

Alle drei Jahre veranstaltet die Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie, deren Präsident Prof. Luchsinger-Zürich ist, ihren Kongreß, der im vergangenen Jahr in London stattfand. Ehrenpräsident dieser Gesellschaft ist ihr Begründer, Prof. Fröschels-New York. Die bekanntesten Logopäden der Welt gehören zu ihren Vizepräsidenten, darunter Prof. Trojan-Wien und Prof. Gutzmann-Berlin. Nach London eingeladen hatte im vergangenen Jahr der dortige Vizepräsident, Prof. Stein.

Der Gesellschaft gehören Wissenschaftler und Praktiker an: Theoretische Forscher auf dem Gebiete der Phonetik und Akustik, Kliniker und Praktiker auf dem Gebiete der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Phoniater und Logopäden.

An sechs Wochentagen wurden insgesamt 85 Referate in jeweils zwei parallel laufenden Veranstaltungen gehalten. Konferenzsprachen waren neben der jeweiligen Landessprache Englisch, Französisch und Deutsch. Jedes Referat sollte unter eines der drei Hauptthemen fallen, die auf dem vorangegangenen Kongreß festgelegt wurden. Es waren diesmal:

1. Vererbung von Sprach- und Stimmstörungen
2. Physiologie und Pathologie des Gaumens
3. Artikulationsstörungen.

Die Themen waren so weit gefaßt, daß sie der Forschung keine zu eng gezogenen Grenzen setzten und daß auch für Berichte aus der Praxis Raum blieb. Zu den drei Themen waren im vergangenen Jahr Berichte in der Fachzeitschrift der Gesellschaft, der „Folia Phoniatica“ (Verlag Karger-Basel) erschienen: Luchsinger: über die Erbllichkeit von Sprachstörungen, Croatia-Padua: über den Gaumen und Muriel Morley-Newcastle: über Artikulationsstörungen.

Es wurde vorausgesetzt, daß diese Referate den Kongreßteilnehmern bekannt waren; man stellte sie lediglich zur Diskussion.

Der Kongreß fand statt in Church Hall, einem Gebäudekomplex neben Westminster Cathedral, der sonst kirchlichen Tagungen dient. Zur Eröffnung standen eine feierliche kreisrunde Halle und für die Vorträge ein sehr großer und ein kleinerer Saal zur Verfügung. (Als am Beginn des letzten Krieges das House of Parliament durch Bombeneinwirkung unbenutzbar wurde, hatte der große Saal den beiden Abgeordnetenhäusern als Tagungsort gedient). Die Räumlichkeiten boten einen schlichten, aber würdigen Hintergrund für die Tagung, zu der an 400 Teilnehmer aus Europa und den angelsächsischen Ländern erschienen waren.

Einen Monat vor Kongreßbeginn war jedem Teilnehmer außer dem Programm auch eine Inhaltsangabe der Referate zugegangen. So konnte man sich in Ruhe aussuchen, welche der parallellaufenden Vorträge man jeweils hören wollte, wenn sie natürlich zeitlich auch nicht so aufeinander abgestimmt waren, daß jeder das hören konnte, was ihn interessierte.

Jedes Referat war auf 15 Minuten Vortragsdauer begrenzt. 2 Minuten vor Ablauf dieser Zeit erschien ein grünes, 1 Min. davor ein rotes Warnlicht; bei Ablauf der Zeit ertönte ein Summerzeichen. Diskussionsbeiträge, die vorher schriftlich beim Chairman eingereicht werden mußten, durften nicht länger als 2 Min. dauern. So war von vornherein dafür gesorgt, daß die angesetzte Zeit tatsächlich eingehalten wurde. Oft bedauerte man allerdings, daß auf diese Weise kaum ein Thema gründlich durchdiskutiert werden konnte. Wurde über das Ergebnis von Forschungen berichtet, so konnten die Zuhörer ja im allgemeinen sowieso nur Fragen stellen oder von ähnlichen Forschungen berichten. Bei Themen aus der Praxis aber hätte man sich oft gern nach näheren Einzelheiten erkundigt; dazu war im allgemeinen keine Zeit.

Das Niveau der Vorträge war unterschiedlich, wie es ja bei einer so bunten Mischung vieler Sparten nicht verwunderlich ist. Das Nebeneinander von Theorie und Praxis, Ergebnisse streng wissenschaftlicher Forschung an Instituten, Kliniken und Universitäten, Erfahrungen von Einzelgängern und Tüftlern, sowie die Berichte aus der logopädischen Praxis vieler Länder ergaben zusammen ein buntes und keineswegs einheitliches Bild. Es wurde u. a. über Klinikarbeit in Amerika

berichtet, wo man eine Fülle von hier noch mehr oder weniger unbekanntem Apparaturen für eingehende Untersuchungen zur Verfügung hat. Auch über Einzelfälle wurde referiert (so z. B. von Höxter: „Ein taubstummer Stotterer“ und von Moolenaar-Bijl-Groningen: „Eine neue Art von Rhotazismus“. Letzterer berichtete über ein mandibuläres R, das durch Flattern der unteren Wangenpartie gebildet wird.) Engländerinnen und Amerikanerinnen berichteten aus ihrer Behandlungspraxis. Stehbilder, Farb- und Tonfilme und Bandaufnahmen ergänzten, wie üblich, die Referate. Der Kongreßbericht wird Anfang 1960 (Karger-Basel) erscheinen.

Die Reihe der gesellschaftlichen Ereignisse wurde durch den Empfang des London County Council in der ehrwürdig-prächtigen County Hall am ersten Abend eingeleitet. Ein Nachmittag stand für eine Barkassenfahrt auf der Themse nach Greenwich zur Verfügung, wo Besichtigungen stattfanden. Delegierten- und Mitgliederversammlungen wurden abgehalten, und wer wollte, konnte an einem Galadiner in einem Hotel der Innenstadt teilnehmen. Die Mitgliederversammlung beschloß, daß der nächste Kongreß, der 12., im Jahr 1962 in Padua stattfinden soll. Für ihn sind folgende Hauptthemen festgelegt worden:

1. Funktionelle Dysphonie
2. Experimentelle Phoniatrie
3. Diagnostisches Vorgehen bei kindlichen Hörstörungen.

Hannah Jürgensen

Aus der Organisation

Arbeitstagung der Landesgruppe Berlin im Jahre 1959

(Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins)

Im abgelaufenen Jahr fanden vier Arbeitsversammlungen statt. Am 2. Februar sprach Herr Rölke über „Erste Erfahrungen in der logopädischen Betreuung körperbehinderter Kinder.“ Dieser instruktive, durch Bild- und Tonvorführungen glücklich ergänzte Vortrag fand seinen Niederschlag in der Sprachheilarbeit Nr. 3/59 als „Ein Beitrag zur logopädischen Betreuung zerebral gelähmter Kinder.“ — Auf das 2. Referat dieses Abends, Frau G. Flemming: „Zur Sigmatismusbehandlung“, mußte aus Zeitgründen leider verzichtet werden.

Die Sitzung am 11. Mai war einem Blick über den Zaun gewidmet. Die Kollegen A. Schulze, Rölke und Richter folgten in den Osterferien einer auf der Berliner Tagung ausgesprochenen Einladung des Direktors der Landessonderschule II, Oö, Herrn A. Rumler, und besuchten neben Wien das Kinderdorf St. Isidor in Leonding b. Linz. Herr A. Schulze gab einen durch Bilder ergänzten Bericht über „Heilpädagogische Einrichtungen im Kinderdorf St. Isidor und in Wien.“ Dieser Bericht ist in Nr. 2/59 unserer Zeitschrift nachzulesen.

Für einige Sitzungen sind Referate über das Verhältnis von Kinderpsychotherapie und Fachpädagogik in Aussicht genommen. Herr Dannenberg gab am 19. Oktober mit seinem Vortrag „Stottern in psychoanalytischer Sicht“ eine Einführung. Der von ihm geschilderte Fall eines jugendlichen Stotterers und die im Zusammenhang damit referierten theoretischen Grundlagen wurden lebhaft diskutiert. — Am selben Abend berichtete Herr Lükling über die Tagung des erweiterten Vorstandes in Hildesheim, September 1959. — Die o. a. Vortragsreihe wird voraussichtlich am 9. Februar d. J. mit einem weiteren Referat des Kollegen Dannenberg und einem Korreferat des Kollegen A. Schulze fortgeführt.

Den Problemen der Schwerhörigenpädagogik wandte sich die Tagung am 30. November zu. Es sprachen:

1. Herr Dr. C.-J. Partsch, HNO-Klinik der FU-Berlin (Direktor Prof. Dr. R. Link) über
„Grenzen und Möglichkeiten der Hörgeräte“ und
2. Herr O. Müller,
„Bericht über den Pädö-Audiologischen Lehrgang zu Bremen, Mai 1959“

Nach einem historischen Abriß der Entwicklung der Hörhilfen in Deutschland, England und Amerika wandte sich Herr Dr. Partsch zunächst der Technik zu und unterrichtete u. a. über das Sprachfeld im physikalischen Maßstab. Demonstriert wurden die Frequenzgänge einiger Hörgeräte. Der Einfluß von Ohrpaßstücken auf die optimale Ausnutzung der Hilfen wurde untersucht. Hingewiesen wurde auf das Amplitudenclipping und die Schallkompression als Möglichkeiten, Schallspitzen zu beschneiden. — Im 2. Teil seiner Ausführungen zeigte der Referent an Hand von Audiogrammen, welche Schwerhörigen durch das Tragen von Hörhilfen Gewinn haben. Er ging auf die Anpassung der Geräte ein und gab Beispiele für die Verbesserung der Hörleistung im Sprachverständnis. Der Wortschatzgewinn ist eine Frage des Trainings in Schule und Elternhaus. Die visuelle Arbeit muß die akustische unterstützen, die akustische hat aber das Primat (Bild- und Tonvorführung).

Herr O. Müller referierte ausführlich über den Päd-Audiologischen Lehrgang. Der Berichterstatter anerkannte die gute Organisation der Tagung, die Reichhaltigkeit des Arbeitsprogramms und die enge Verbindung von Theorie und Praxis. Die Probleme der Audiologie und der Anwendung ihrer Erkenntnisse bei der pädagogischen und intellektuellen Formung wurden im Wechsel von Referaten, Demonstrationen, Lehrbeispielen und klärender Diskussion wirklich vielseitig, mit starken Impulsen und Gewinn für die Teilnehmer erörtert. Ernst Trieglaff

Einladung zur Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik

anlässlich des 50-jährigen Bestehens
des phonetischen Laboratoriums in Hamburg
vom 3. bis 6. Oktober 1960

Veranstalter:

Schulbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland
Bund Deutscher Taubstummlehrer
Deutscher Ausschuss für Sprechkunde und Sprecherziehung

VORLAUFIGES PROGRAMM

Montag, 3. Oktober 1960

- 9.00 Uhr Eröffnung und Begrüßung: Herr Senator H. Landahl
Ehrungen und Ansprachen
Vortrag: Professor Dr. O. von Essen
- 14.30 Uhr Vorträge: Professor Dr. M. Seeman, Prag
Professor Dr. B. Malmberg, Lund (Schweden)

Dienstag, 4. Oktober 1960

Vorträge der *Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde*

Entsprechend § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Gesellschaft der HNO-Ärzte 15 Minuten Redezeit, 5 Minuten Diskussionszeit.

Einsendung der Vorträge an den Schriftführer, Herrn Priv.-Doz. Dr. G. Beckmann, Marburg, Universitätsklinik.

Termin: 1. Mai 1960

Mittwoch, 5. Oktober 1960

9.00 Uhr Vorträge der *Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland und des Bundes Deutscher Taubstummlehrer* zum Thema: Die Früherfassung und Frühbehandlung sprach- und hörgeschädigter Kinder

(Dr. Dr. H. Wegener, Dr. G. Beckmann, Dr. Schönhärl, J. Wulff).

14.30 Uhr Diskussionen zu dem Hauptthema der Frühbetreuung (Aufklärung, Beratung, Heim, Kindergarten, Ambulanz, Hörmittel, Spastiker). Zu diesen Themen können bis zum 1. Mai 1960 auf 2 bis 3 Schreibmaschinenseiten zusammengefaßte Konzepte eingesandt werden, die den Teilnehmern zugestellt werden und als Gesprächsgrundlage dienen sollen.

Donnerstag, 6. Oktober 1960

9.00 Uhr Vorträge des *Deutschen Ausschusses für Sprechkunde und Sprecherziehung*.

Schlußwort

i. A. J. Wulff

Sämtliche Veranstaltungen finden in der Universität (Edmund-Siemers-Allee) statt. Anmeldungen und Anfragen im Tagungsbüro, Hamburg 6, Karolinenstraße 35, Telefon 43 01 69, Teilnehmerkarten 12,— DM.

Zimmerbestellungen können nach Erhalt des endgültigen Programms (etwa Juli 1960), dem eine vorgedruckte Bestellkarte beiliegt, vorgenommen werden. Anmeldeschluß für die Zimmerbestellungen ist der 8. September 1960.

Der Tagungsausschuß

Bücher und Zeitschriften

R. Luchsinger und G. E. Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer Verlag, Wien 1959. 2., völlig neubearbeitete Auflage. Mit Beiträgen von Prof. Dr. F. Winckel, Prof. Dr. F. Kainz und Dr. E. Baar. 731 Seiten, 207 Abb. u. 18 Tab. Ganzleinen 97,50 DM.

Bei der uns seit einiger Zeit vorliegenden 2. Auflage des Lehrbuches, das auch zu den Standardwerken der Sprachheilpädagogik zu rechnen ist, fällt schon rein äußerlich der bedeutend gewachsene Umfang auf. So dokumentiert sich nicht nur die ausführliche Überarbeitung, bei der ganze Kapitel neu hinzugekommen sind, sondern es werden auch an dieser Erweiterung die ständig zunehmenden Forschungsergebnisse und praktischen Fortschritte auf dem Gebiete der gesamten Sprachheilkunde deutlich sichtbar.

Erstmals sind ausführliche Darstellungen aus der Akustik und der experimentellen Technik einbezogen, für die Prof. Dr. Ing. Winckel von der Technischen Universität Berlin gewonnen wurde. In dem großen Kapitel über die Untersuchung von Sprachkranken finden wir einen Abschnitt über die psychologische Untersuchung von tauben, schwerhörigen und sprachgestörten Kindern aus der Feder der leider zu früh verstorbenen Frau Dr. phil. Edeltrud Baar, die als Psychologin im Sonderkindergarten „Schweizer Spende“ in Wien wirkte. In diesen Ausführungen werden besonders die „sprachfreien“ Tests in den Vordergrund der Betrachtung gerückt. Wir lesen auch wieder eine gut gelungene und nicht zu knappe Zusammenfassung der Psychologie der Sprache, die Prof. Dr. phil. Friedrich Kainz, Wien selbst vorgenommen hat. Diese in ihrer speziellen Fragestellung im deutschen Sprachgebiet wohl einmalige Arbeit ist gegenüber der 1. Auflage bedeutend erweitert worden; ebenso hat der erwähnte Beitrag von Baar eine erhebliche Ausweitung erfahren.

Schon ein Blick in das außerordentlich reichhaltige und sehr übersichtlich geordnete Inhaltsverzeichnis, das hier nur in Auszügen wiedergegeben werden kann, läßt uns die große Bedeutung dieses wichtigsten Werkes der Sprachheilkunde deutlich werden. Es beginnt mit dem Abschnitt über die Physiologie der Stimme, der in die Kapitel „Physiologie der Atmung“, „Pathologie der Atmung“ und „Theorie der Stimmerzeugung“ aufgeteilt ist. Zum letztgenannten Thema steuert Winckel/Berlin seine Arbeiten über „Die akustischen Grundlagen der Stimmbildung“, „Die elektroakustische Grundausrüstung für Stimmuntersuchungen“ und über „Die elektrische Apparatetechnik der Stimmforschung“ bei. Der Abschnitt wird fortgesetzt mit Kapiteln über die Physiologie der Kehlkopffunktionen, die Vererbung der Stimme, die Stimme in den verschiedenen Lebensaltern sowie ihre berufliche Verwendung und wird mit dem Kapitel über die allgemeine Therapie der Stimmkrankheiten abgeschlossen.

Es folgt dann der große Abschnitt „Pathologie der Stimme“, der ebenso wie der vorangegangene von Luchsinger bearbeitet wurde. Darin werden beschrieben: Stimmlippenknötchen, Asymmetrien des Kehlkopfes und angeborene Heiserkeit, Stimmlippenfurchen, endokrin bedingte Stimmstörungen und solche bei Lähmungen der Kehlkopfnerve und vieles andere mehr. Am Schluß finden wir die psychogenen Dysphonien.

Der Bearbeiter des zweiten Teiles des Buches „Die Sprache und ihre Störungen“ ist dann wieder G. E. Arnold. Im Anfang des „Allgemeinen Teils“ finden wir nach einleitenden Worten Ausführungen über die phonetischen Grundlagen, die oben schon angeführte Psychologie der Sprache von Kainz und Artikel über Konstitution und Sprache. Weiter liest man über Erbbiologie und Sprache, Morphologie der Sprechorgane, Physiologie der Sprachlaute, Entwicklung der Sprache und schließlich den ebenfalls schon erwähnten Abschnitt über die Untersuchung der Sprachkranken mit dem Beitrag von Baar. Am Ende geht dann Arnold auf die „Sprachpathologische Nomenklatur“ ein und begründet die nach verschiedenen neuen Gesichtspunkten vorgenommenen Verbesserungsvorschläge bei der Einteilung und Benennung der Sprachstörungen.

Im „Besonderen Teil“ werden nun die einzelnen Störungen sehr umfassend abgehandelt. Er ist eingeteilt in die Abschnitte „Zentrale Entwicklungshemmungen der Sprache“, „Sprachstörungen infolge von Gehörleiden“, „Pathologie der Sprechorgane“ und „Sprachstörungen bei Hirnkrankheiten“. Je ein Abschnitt über konstitutionelle, neurotische, psychogene und psychotische Störungen der Rede schließen das Buch dann ab.

Besonders interessant ist für die Fachpädagogen, daß das Stottern an verschiedenen Stellen in dieser Einteilung der Sprachstörungen erscheint. Das soll deutlich auf die trotz des gleichen Erscheinungsbildes unterschiedlichen Arten dieses Leidens, insbesondere auf die vielseitigen Verursachungsfaktoren hinweisen. Das

allein diese Störung betreffende Literaturverzeichnis umfaßt 13¹/₂, engbedruckte Seiten (!). Überhaupt ist zu allen einzelnen Abschnitten und Unterabschnitten eine kaum zu bewältigende Fülle von Literatur angeführt.

Dankbar nimmt der Sprachheilpädagoge zur Kenntnis, daß das Gebiet der Pädagogik und Schulfürsorge in diesem Zusammenhang ausführlich Erwähnung findet. Leider schließen die diesbezüglichen Literaturhinweise fast alle schon mit dem Jahre 1955 ab, so daß die neuesten, zum Teil für die Stellung der Fachpädagogik des sprach- und hörgeschädigten Kindes sehr wertvollen Abhandlungen nicht mehr zu finden sind. Bedauerlich ist auch, daß unsere logopädische Fachzeitschrift „Die Sprachheilarbeit“ noch nicht in das Verzeichnis der periodisch erscheinenden Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Sprachheilwissenschaften aufgenommen wurde. Jedoch ist das ein Umstand, der bei der großartigen Anlage des Buches und bei seinem unübertrefflichen Wert als grundlegende Informationsquelle des Sprachheilwesens nicht schwer ins Gewicht fällt.

Selbst der nicht unbeträchtliche Preis scheint gerechtfertigt, da das auf sehr gutem Papier und im ansprechenden, klaren Druck wiedergegebene Werk auch einen äußerlich würdigen Rahmen gefunden hat. Für dieses nicht zu entbehrende Fachbuch sollte der Preis keinem in der Sprachheilarbeit stehenden Therapeuten oder Pädagogen zu hoch sein.

Arno Schulze

Dr. Gerhard Heese: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Carl Marhold-Verlag, Berlin-Charlottenburg, 48 Seiten, 2,90 DM.

Das vorliegende Heft füllt eine Lücke aus, die in der letzten Zeit immer deutlicher empfunden wurde. Der Autor versucht, — und es ist ihm ausgezeichnet gelungen, — einen Weg aufzuzeigen, wie eine integrierte Psycho-Übungstherapie für den Stotterer betrieben werden kann. Es steht wohl heute außer Frage, daß der Streit nicht mehr wie früher darum geht, ob Psycho- oder Übungstherapie dominant sei, sondern wie beide Verfahren kombiniert werden können.

Einleitend, im Kapitel „Ursachen und Verhütung des Stotterns im Kindesalter“, bringt der Autor alte Tatsachen in beeindruckender Form wieder einmal in Erinnerung, die im Drange nach wissenschaftlichem Forschen, besonders auf tiefenpsychologischem Gebiet, vielerorts beinahe vergessen worden sind. Er geht dabei auf die Sprachentwicklung zurück und fordert rechtzeitige Prophylaxe und Früherfassung (Sprachheilkindergarten! Der Rez.), starke Fördermaßnahmen in der Lallperiode, gute Sprechvorbilder in der Nachahmungsperiode, kein Gebrauch der sog. „Ammensprache“, weil sie doch so „süß“ ist, keinen falschen Ehrgeiz der Eltern zum Frühsprechen, kein dauerndes Korrigieren in der Zeit, in der die schnellen Gedanken der Sprechfähigkeit vorausseilen, frühzeitige Förderung der Grob- und Feinmotorik und andere, an die Einsicht der Eltern appellierende Maßnahmen. Diesen ersten Abschnitt, zu einem kleinen Merkhäft erweitert, wünschte man allen jungen Müttern in die Hand! Auf die Zeit nach der Einschulung eingehend, werden vom Autor mannigfache Erzieher-Unarten, die zur Sprechhast anspornen, gebrandmarkt. (Die Antwort muß wie aus der Pistole geschossen kommen! Sprich gefälligst ordentlich! So viel Zeit haben wir nicht! Schlaf nicht ein! usw.) Heese stellt sehr richtig fest, daß so das dem Kinde eigene Ausdrucksgefüge gewaltsam verändert und Stottern bald die unausbleibliche Folge sein wird, wenn sich die allgemeine Sprechhast in Haus und Schule summiert.

Im zweiten Abschnitt wird überzeugend die Möglichkeit einer integrierten Psycho-Übungstherapie dargestellt. Die Behandlung müsse in einer Hand liegen. Oft habe der Psychotherapeut wenig Neigung und Geschick zur Übungsbehandlung, und oft verkennen die Sprachheilpädagogen in Selbstgenügsamkeit ihres Übungsbetriebes den Wert der Psychotherapie. Im Folgenden werden dann die Notwendigkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung aufgezeigt: eine gute Anamnese, Ausdauer, vom Erfolg überzeugen, Minderwertigkeitsgefühle abbauen (Adler, Wexberg, Appelt), enge menschliche Kontakte herstellen. Wege zur richtigen sozialen Einordnung ebnen, richtige Lebensziele setzen, Einbeziehung aller Erzieher (Eltern, Lehrer usw.) in den Therapieplan.

In der Übungstherapie, die völlig in die psychotherapeutischen Maßnahmen eingebettet werden muß, stützt sich der Autor auf v. Essen. Sein „deklamierender Stotterer“ wird zum Ansatzpunkt der Übungstherapie in der richtigen Annahme, daß die Aufmerksamkeit des Stotterers in dem gleichen Maße vom Sprechvorgang abgezogen wird, wie er sich dem sprecherischen Ausdruck und damit dem Sinngehalt zuwendet. (Genau diese These vertritt seit 1920 Henry Freund, Milwaukee, in seinem Schrifttum. Der Rez.) Es ist an dieser Stelle nicht genügend Raum, um den wertvollen Darlegungen Heese's weiter im Detail nachzugehen. Es folgt dann noch eine sehr interessante Kasuistik aus der Praxis des Autors und ein Vergleich der verschiedenen Organisations-Formen in der Sprachheilarbeit.

Wie anfangs gesagt: das Heft füllt eine Lücke aus, da es sich mit der praktischen Arbeit des Sprachheilpädagogen befaßt. Es gibt bei aller Knappheit der Darstellung einen vorzüglichen Einblick in die Möglichkeiten zur Prophylaxe und Therapie des Stotterns.

Martin Klemm

Adolf Busemann: Psychologie der Intelligenzdefekte mit besonderer Berücksichtigung der hilfsbedürftigen Deblilität. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1959. 611 Seiten mit 24 Abbildungen im Text. Leinen 28,— DM.

Über Busemann vor einem fachlich gebildeten Leserkreis Worte zu verlieren, erübrigt sich. Dieser Altmeister der Pädagogik, Psychologie und Jugendkunde legt hier eine der ausführlichsten und tiefstehendsten Analysen der Intelligenz vor. Er geht vom Begriff und vom Wesen der Intelligenz aus, beschreibt ihre Struktur und schildert ihre Bedeutung im Ablauf der Kinder- und Jugendjahre. Ein Kapitel ist dem Zusammenhang zwischen Milieu und Intelligenz gewidmet, wobei die Einflüsse mangelnder mütterlicher Liebe, Pflegemangel, Kulturarmut, Isolierung und Verwilderung beleuchtet werden. Weiter wird die Störung der Intelligenzleistung durch Affekte beschrieben. In einem folgenden Abschnitt werden Begriffsunterscheidungen zwischen „Schwachsinn“ und „Intelligenzdefekt“ herausgearbeitet. Sehr ausführlich werden Verfahren zur Schwachsinnsdiagnose dargestellt. Beobachtungs- und Testmethoden, Explorationsgespräche und Mittel zur Ausdrucksdeutung werden ausführlich angeführt. Dann folgen Aufzählungen der Anomalien der Aktivität, Fluxivität, der psychischen Plastizität, der Defekte in der Schicht der sinnlichen Inhalte und in der Differenzierung der sinnlichen Inhalte, der Defekte des Gegenstandserlebens, des Person-Erlebens und in der Bildungsschicht. Alle genannten Schichten, Inhalte und Strukturbestandteile gehören ja zur Intelligenzleistung.

Am Schluß wird noch über Intelligenzschwäche, Person und Persönlichkeit abgehandelt. Das Literaturverzeichnis umfaßt rund 550 Titel (!), auch das Namen- und Sachverzeichnis ist sehr ausführlich.

Dem Fachpädagogen für sprach- und gehörgeschädigte Kinder wird ein sehr umfangreiches Kapitel über „Zentrale Sprachdefekte“ (Seite 387 bis 466) geboten, das außerordentlich lesenswert ist. Es enthält die Grundbegriffe der Sprachpsychologie, differenzierteste Beschreibungen der Dysphasie in einer Ausführlichkeit, die wir noch nirgends gefunden haben, und schließlich die Aufreihung der dysphasiebedingten intellektuellen Minderleistungen.

Zu diesem Buche — oder ganz besonders zu diesem — können wir nur sagen, was wir immer wieder betonen: Wenn es auch zunächst — besonders im Hinblick auf den Titel — den Sprachheilpädagogen nicht anzusprechen scheint, so orientiert es ihn doch in bisher unerreichter Gründlichkeit über ein Gebiet, mit dem er häufig in Berührung kommt, denn intelligenzgeschädigte Kinder haben wir alle unter unseren Sprach- und Gehörgeschädigten schon mehr als genug gesehen. Er muß sich darum gerade auch mit den intellektuellen Störungen intensiv beschäftigen. Dieses Werk von Busemann benutze er zu seinem Studium als immer wieder heranzuziehende Grundlage!

Arno Schulze

Dr. Karl Hofmarksrichter (Herausgeber): Beiträge zur operativen und audiopädischen Behandlung von Hördefekten. Vorträge in Würzburg vom 15. bis 17. April 1957, mit einer Bibliographie für praktische Audiometrie und Hörerziehung von Oberstudiendirektor A. Blau. Cl. Attenkofersche Buchhandlung, Straubing/Niederbayern, Theresienplatz 33, 108 Seiten.

Hier wird dem Leser kein Tagungsbericht in Übersicht vorgelegt, sondern es werden ausführliche Referate und die dazugehörigen Abbildungen von den Referenten selbst geboten.

Die einzelnen Kapitel werden nicht nur thematisch straff dargestellt, der Fachpädagoge erfährt auch gleichzeitig in knapper Übersicht mehr über das Gesamtgebiet, zu dem diese Teilthemen gehören.

Der Beitrag von Prof. Wullstein über die operative Behandlung der Mittelohrschwerhörigkeit klärt den Taubstummenlehrer (Schwerhörigen- und Sprachkrankenlehrer) eingehend über das gesunde und kranke Ohr auf. Ein Beitrag, der zusammenfassend über den jetzigen Stand des Wissens über das gesunde und kranke Mittelohr verständlich informiert. Gut als Repetitorium — gut aber auch für den Studierenden. In der Praxis wird man dadurch eine Hilfe haben, daß man weiß, welche Möglichkeiten die Chirurgie bereit hat, um Mittelohrdefekte zu beseitigen.

Der dann folgende Artikel von Prof. Huizing berät eingehend den Fachpädagogen über methodische und technische Hilfen für Gehörgeschädigte und setzt den vorhergehenden Aufsatz folgerichtig fort, indem er besonders die Päd-Audiologie in ihrer Entwicklung in den letzten zehn Jahren darstellt — zugleich aber zeigt, wie vorbildlich fortschrittlich Holland auf diesem Gebiet ist.

Ebenfalls aus Holland kommen die sprachfreien Tests für Taubstumme von Prof. Snijders, auf die man schon lange gewartet hat. Sie sind sicher ein echter Schritt weiter, um „einen tieferen Einblick in das Denken der Taubstummen und eine sichere Beurteilung ihrer Fähigkeiten zu ermöglichen“.

Dr. Birnmeyer stellt die erfreuliche Tatsache fest, daß erworbene Taubstummheit rückläufig ist wegen der jetzt besseren ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. All-

gemein aber habe sich gegenüber früher an den Ursachen dieses Leidens wenig geändert. **Steinbauer** legt dar, warum auch in der Schule audiometriert werden muß. Mediziner und Fachpädagoge haben am Gehörgeschädigten und Sprachkranken spezielle eigene Aufgaben zu erfüllen und die Leiden gemeinsam anzugehen. Er fordert begründet die Einrichtung audiologischer Zentren.

Krisam würdigt Leben und Werk von **Kroiß**. Sachlich und zugleich menschlich-herzlich stellt er uns den geschätzten und verehrten Freund der Gehörlosen vor. **Kroiß'** Werk ist fester Bestandteil der Geschichte und Methodik des Taubstummensbildungswesens. Eine Einführung in die Praxis der Unterstufe bei Gehörlosen gibt **Marstatt** wieder. Er folgert sie aus der Grundlegung in Würzburg durch **Kroiß** und berichtet, daß alle Kollegen in Würzburg nach den gleichen Grundsätzen unterrichten.

Die Bibliographie — zusammengestellt von **Blau** — im zweiten Teil ist sehr umfangreich und bietet jedem von uns endlich die Übersicht, die wir uns über die anderen Gebiete unserer Arbeit auch noch wünschen. Für den, der sich laufend mit den Problemen unseres Faches beschäftigt, dürfte diese Bibliographie unentbehrlich sein. Im Vorwort dazu wird eine laufende Ergänzung dieser internationalen Übersicht versprochen, was nur zu begrüßen ist. Dank dem Verfasser! **Konrad Leites**

Kleine Zeitschriftenschau

Aus unserem Fachgebiet und seinen Nachbarbezirken liegen uns einige Artikel aus anderen Zeitschriften vor, auf die wir hiermit hinweisen.

In der ZEITSCHRIFT FÜR HELLPÄDAGOGIK, Heft 7/8, 1959 schreibt **Hubert Wolks** über „Sprechen ohne Zunge“, d. h. nach Totalentfernung der Zunge mit Hilfe einer Zungenprothese. Es wird beschrieben, wie nach Anfertigung einer Art „Ersatzzunge“ und anschließender intensiver logopädischer Behandlung ein Patient wieder zum verständlichen Sprechen gebracht wurde, dem wegen Zungen-Carzinom die gesamte Zunge und der Mundboden entfernt werden mußte.

Erich Zürneck wendet sich in den NEUEN BLÄTTERN FÜR TAUBSTUMMEN-BILDUNG, Heft 4/5, 1959 der „Frage der Hörerziehung taubstummer Kinder“ zu und geht dabei auf die Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Fachpädagogen ein. Die Methodik bei der Anwendung von Hörgeräten wird gestreift. Dabei wird berichtet, daß damit einer bestimmten Gruppe taubstummer Kinder nicht geholfen werden kann, weil sie auf Grund nicht näher beschriebener neurologischer Befunde trotz festgestellter Hörreste „unansprechbar“ sind. Dieses spezielle Problem sollte nach **Zürneck** beim Weiterentwickeln der modernen fachpädagogischen Arbeitsweisen mehr beachtet werden. Hier müßte auch der Neurologe dem Fachpädagogen weitere Forschungsergebnisse zur Verfügung stellen.

In der ZEITSCHRIFT FÜR LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE, OTOLOGIE“ Heft 8, 1959 fordert **Siegfried Thume** „Sozialhilfe auch für schwerhörige Kinder“. Er teilt zuerst mit, wie die Kinder zu klassifizieren sind, die Sozialhilfe — in erster Linie besondere pädagogische Versorgung — benötigen. Dann wird untersucht, wieviel Kinder etwa Spezialunterricht erhalten müßten. Dabei wird die von **Heese** angegebene Zahl von etwa 0,5% aller Schulpflichtigen zugrunde gelegt. Hieraus werden Forderungen zur weiteren Errichtung von Schwerhörigenschulen abgeleitet. Es wird dann auch über den derzeitigen Stand der Schwerhörigenbetreuung berichtet, und am Schluß des Aufsatzes werden noch andere Vorschläge zur Sozialhilfe gemacht.

„Zur Frage der Sprech- und Stimmnot der Lehrkräfte“ äußert sich **Johannes Wulff** in der HAMBURGER LEHRERZEITUNG Heft 10, 1959. Stimmbeschwerden sind für viele Lehrerinnen und Lehrer eine echte Not, in die sie geraten, weil sie ihre Stimme oft falsch gebrauchen. Auch jede schwere seelische Belastung könne auf die Stimme wirken und bei längerer Fortdauer zu Stimm Schwierigkeiten führen. Im Anschluß daran werden sprechkundliche und sprecherzieherische Vorträge und Übungen für die Lehrerfortbildung gefordert. Einige Fallbesprechungen runden das Bild ab. **Wulff** schließt mit der Erkenntnis, daß die häufigsten Ursachen dieser meist nicht organisch-bedingten Stimmstörungen das zu hohe, zu harte und zu laute Sprechen im Unterricht ist, daß die Stimme nicht genügend kontrolliert werden kann oder nie die mühelose, gesunde und tragfähige Stimmführung und die prägnante Lautbildung eingeübt wurde. **Arno Schulze**

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

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

Von der Arbeitsgemeinschaft herausgegebene Schriften

1. „Die Sprachheilarbeit“, Fachzeitschrift unserer Arbeitsgemeinschaft —
 Bezugspreis pro Nr. 1,80 DM
 Jahresbezug (erscheint 4mal im Jahr) 7,20 DM
 Für Mitglieder ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.
2. **Übungsblätter zur Sprachbehandlung**
 1. Folge: Für Lispler: Folge 1—3
 2. Folge: Für Sch-Stammer pro Stück:
 3. Folge: Für K- und G-Stammer 0,40 DM
 4. Folge: Für R-Stammer
 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
 9. Folge: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) von H. Staps, 48 Seiten, Einzelheft 2,00 DM
 10. Folge: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen (Für stimmkranke und stotternde Erwachsene) von J. Wulff, 48 Seiten; steif kartoniert, Einzelheft 1,60 DM
 11. Folge: Stimmeinsatzübungen für Stotterer und Stimmgestörte. Zusammengestellt und erläutert von J. Wulff, 11 Seiten, Einzelheft 0,45 DM
3. „Hilf dem Stotterer“ v. M. Friedländer (Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes) 0,20 DM
4. **Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke** 0,50 DM
5. **Tagungsberichte**
 - a) Theorie und Praxis der Stotterertherapie, Hbg. 1955 5,00 DM
 - b) Stimme und Sprache, Hbg. 1956 5,00 DM
 - c) Notwendigkeit und Problematik der Team-Arbeit bei der Therapie von Sprachstörungen, Berlin 1958 7,50 DM
6. **Lautstreifen** v. P. 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

Druckschriftenbezug:

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

Überweisungen bitte wie folgt vornehmen:

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

