

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.  
LANDESGRUPPE BERLIN

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

## Aus dem Inhalt

*Hans-Joachim Scholz, Köln*

Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren  
für die Zeit der Sprachentwicklung

*Susanne Kuchner, Ludwigshafen*

Stottererbehandlung aus verhaltenstherapeutischer Sicht

*Gabriele Hartz, Hamm*

Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Intelligenz und Stottern

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · August 1970 · 15. Jahrgang · Heft 4

## Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)  
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde  
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

### Vorstand:

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 6, Karolinenstraße 35, Telefon 34 10 93 067 · Postscheckkonto Hamburg 97 40

Vorsitzender . . . . . J. Wiechmann, 2 Hamburg 62, Wittekopsweg 35  
Stellvertretender Vorsitzender . . . . . K. H. Rölke, 1 Berlin 47, Fritz-Reuter-Allee 167  
Geschäftsführer . . . . . H. Thorwarth, 21 Hamburg 90, Koboldweg 48  
Schriftführer . . . . . H. G. Müller, 2 Hamburg 61, Ortleppweg 4  
Rechnungsführer und Mitgliederabteilung G. Reuter, 2 Hamburg 71, Haidlandsring 29  
Referent für Öffentlichkeitsarbeit . . . . K. Leites, 2071 Grande (Holstein)

### Landesgruppen:

Baden-Württemberg . Prof. Dr. A. Zuckrigl, 69 Heidelberg, Quinckestraße 72  
Bayern . . . . . Anni Braun, 8 München 22, Triftstr. 10  
Berlin . . . . . Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenweg 61  
Bremen . . . . . Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 38  
Hamburg . . . . . Karl Heinz Hahn, 2 Hamburg 64, Rolfinkstieg 1  
Hessen . . . . . Heinrich Eglins, 6301 Annerod, Gartenstraße 36  
Niedersachsen . . . . Hildegard Schneider, 3 Hannover, Rumannstraße 17/19  
Rheinland . . . . . Josef Möller, 5 Köln, Marienplatz 2  
Rheinland-Pfalz . . . Prof. Dr. Karl-Heinz Berg, 65 Mainz, Schillerstraße 11  
Saarland . . . . . Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16  
Schleswig-Holstein . . Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32  
Westfalen-Lippe . . . Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

---

### Die Sprachheilarbeit,

#### Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

Herausgeber . . . . Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.  
Verantwortlicher

Redakteur . . . . . Arno Schulze, 3570 Kirchhain/Landkreis Marburg/Lahn,  
Berliner Straße 11, Telefon (064 22) 8 50

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

**Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (04 11) 89 39 48**

Bezugspreis pro Heft 2,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 15,60 DM zuzüglich Portokosten

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

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 Gesellschaft oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

August 1970 · 15. Jahrgang · Heft 4

Hans-Joachim Scholz, Köln

## Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung

Die Forderung, sprachbehinderte Kinder möglichst frühzeitig, d. h. noch vor Beginn der Schulzeit, zu erfassen und zu behandeln, ist oft erhoben worden und scheint im Prinzip gerechtfertigt<sup>1)</sup>. Damit rückt ein Problem in den Mittelpunkt der Diskussion, das wegen der bisher relativ spät einsetzenden Behandlung sprachbehinderter Kinder nicht relevant war und daher in Lehrbüchern wohl Erwähnung, aber kaum explizite Darstellung fand. Es handelt sich in einer herkömmlichen, jedoch noch kritisch zu wertenden Terminologie um die Unterscheidung zwischen physiologischem und pathologischem Stammeln.

Wir wissen, daß ein Kind seine Muttersprache nicht schlagartig erwirbt, sondern daß es dazu eines jahrelangen Lernprozesses bedarf, der von dem Kinde — wie es scheint — im allgemeinen ohne sonderliche Mühe bewältigt wird. Jedenfalls gibt es keinen deutlichen Anhalt dafür, daß das Kind bewußt seine Aufmerksamkeit diesem Prozeß zuwendet und für die Bewältigung dieser für seine Persönlichkeitsentfaltung so eminent wichtigen Aufgabe spezifische Anstrengungen macht. Es läßt sich jedoch beobachten, daß die für den Erwerb der Sprache, d. h. die für die Aneignung eines Systems von phonologischen, morphologischen, syntaktischen und lexikalischen Regeln, benötigte Zeitspanne individuell verschieden ist. Zwar sind dem sprachlichen Entwicklungsprozeß in seiner Gesamtdauer als auch hinsichtlich Beginn und Ende gewisse Grenzen gesetzt, dennoch darf bei einer Abhandlung dieses Problems die Tatsache der Variabilität nicht übersehen werden. Der Zeitraum, innerhalb dessen die Entwicklung des Lautsystems sich vollzieht, und die Grenzen, die Anfang und Ende des Prozesses bestimmen, lassen sich jedoch nicht präzisieren, so daß in der Literatur sich nur Näherungswerte finden (vgl. ORTHMANN, a.a.O., 1966, S. 142: » . . . die entwicklungsbedingten Auffälligkeiten [können] im Zuge des Spracherwerbs bis in das Grundschulalter hinein anhalten . . . «).

Wenn es stimmt, daß sich für eine gewisse Zeit physiologisches Stammeln und pathologisches Stammeln überlappen, d. h., daß es zu einem Zeitpunkt T Kinder mit physiologischem Stammeln und Kinder mit pathologischem Stammeln gibt, so stellt sich im Zusammenhang mit der angestrebten Frühbehandlung notwendigerweise die Frage, welche Mittel dem Untersucher zur Verfügung stehen, diese beiden

<sup>1)</sup> In der »Sprachheilarbeit« haben zuletzt A. Zimmermann, *Die Sprachentwicklung im Kindesalter unter Berücksichtigung auftretender Störungen*, 2/1970, und von medizinischer Seite I. Stabenow, *Frühbehandlung von Sprachentwicklungsverzögerungen*, 5/1968, auf die Notwendigkeit der Früherfassung und Frühbehandlung sprachentwicklungsverzögerter Kinder hingewiesen. Auch anderenorts ist dieser Gedanke akzentuiert worden, so beispielsweise W. Orthmann, *Zur Frage der Rehabilitation Sprachbehinderter*, Neue deutsche Schule 7/8 (1966), und *Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik*, Berlin 1969, S. 144.

lautsprachlichen Erscheinungsformen ihrem Wesen nach voneinander zu unterscheiden. Die schlüssige Beantwortung dieser Frage scheint aus zweierlei Gründen geboten.

Neuere Untersuchungen (vgl. die Zahlenangaben bei Orthmann, a.a.O., 1966, S. 142) haben gezeigt, daß sich in Kindergärten und Anfangsklassen von Grundschulen zwischen 20 und 60 % sprachauffällige Kinder befinden. Es sei dahingestellt, welche dieser Zahlen einem Durchschnittswert am nächsten kommt (nach Orthmann: 41 %). Festzuhalten ist jedoch die Tatsache, daß die Anzahl der sprachauffälligen Kinder beträchtlich ist. Andererseits läßt sich nicht übersehen, daß ein großer Teil der sprachbehinderten Kindergartenkinder und Schulneulinge, wenn sie im dritten und vierten Schuljahr sind, nicht mehr auffällig ist und der Entwicklungsprozeß auch ohne gezielte logopädische Einflußnahme einen guten Abschluß gefunden hat.

Da die personellen und institutionellen Voraussetzungen für eine optimale logopädische Betreuung einer *großen* Anzahl sprachbehinderter Kinder denkbar schlecht sind, müssen Mittel und Wege gefunden werden, welche bei einer Früherfassung jene sprachauffälligen Kinder aussondern, die zwar aus der Sicht einer bloßen Tatsachenbeschreibung zu den Stammlern zählen, vom Standpunkt der Sprachentwicklung jedoch als normal oder als in Grenzen retardiert, jedoch mit günstiger Prognose anzusehen sind. Gelänge es dem Untersucher, eine solche Differenzierung bereits zu einem so frühen Zeitpunkt vorzunehmen, so wäre gewährleistet, daß die wenigen vorhandenen Fachkräfte ausschließlich den wirklich behandlungsbedürftigen Kindern zur Verfügung stünden. Außerdem scheint die Notwendigkeit einer solchen Unterscheidung auch psychologisch gut motiviert zu sein, wenn wir uns zu dem Grundsatz bekennen, eine Behandlung von Kindern und besonders von Kleinkindern erst dann aufzunehmen, wenn ein sachlich begründetes Erfordernis vorliegt. Selbst eine pädagogisch gut geführte Behandlung birgt die Gefahr in sich, daß Fehlerbewußtsein und sprachliche Hemmungen beim Kinde sich einstellen, deren mögliche nachteilige Folgen bekannt sind.

Die Schwierigkeit, vor die sich der Untersucher bei einer Lautprüfung von Vorschulkindern (und auch jüngeren Schulkindern) gestellt sieht, liegt in der Beantwortung der Frage, ob der ermittelte lautsprachliche Status des Kindes, der in den meisten Fällen (je früher, um so mehr) Abweichungen von der Erwachsenennorm zeigt, entwicklungsgerecht ist oder ob die ermittelten Differenzen bereits eine anormale Entwicklung anzeigen.

Eine Sprachprüfung bei Vier- und Fünfjährigen fällt mit ziemlicher Sicherheit in eine Phase existenter sprachlicher Entwicklung. Selbst die phonologische (lautliche) Komponente der Sprache, die im allgemeinen zuerst gemeistert wird, ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht in allen Details internalisiert; der Lernprozeß ist also noch nicht abgeschlossen. Die Lautprüfungen ermitteln in der Mehrzahl der Fälle ein unfertiges Lautsystem, insofern bestimmte Phoneme noch nicht in der von der Sprachnorm geforderten Weise realisiert werden. Das Kind behilft sich mit einem teilweise recht komplizierten System von Ersatzlauten (Substituten), das ihm trotz des beschränkten Phonembestandes ermöglicht, Wörter und Sätze zu konstruieren. Dieses (vom Standpunkt der sprachlichen Norm) unfertige Phonemsystem, das sich mit Hilfe linguistisch orientierter Prüfverfahren (ich nenne sie linguodiagnostische Verfahren) explizit machen läßt, ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses, der mit der Ausbildung der ersten distinktiven Lautopposition seinen Anfang genommen hat. Sowohl Gesamtdauer als auch Anfang und Ende dieser Entwicklung unterliegen individuellen Schwankungen, so daß es — wie bereits erwähnt — sehr schwerfällt, feste Altersgrenzen anzugeben, innerhalb deren sich dieser Prozeß voll-

zieht. Für den entwicklungsgerechten Abschluß dieses Vorgangs werden bis zu zwei Jahre differierende Angaben gemacht.

Für die weitere Diskussion möchte ich mit einer hypothetischen normalen Zeitdauer von fünf Jahren rechnen, die sich vom Abschluß des ersten Lebensjahres bis zum Abschluß des sechsten Lebensjahres erstreckt. Den Beginn dieser Entwicklung bezeichne ich mit  $T_1$ . Dieser Zeitpunkt fällt zusammen mit dem sprachlichen Zustand des Kindes, bei dem es über die erste distinktive Lautopposition verfügt. Dieser sprachliche Status (St) des Kindes wird mit A bezeichnet. Untersuchungen haben gezeigt<sup>2)</sup>, daß es sich bei den ersten Gegensatzpaaren, die die lautsprachliche Entwicklung des Kindes einleiten, um eine universelle Erscheinung handelt, was durch die folgenden Beispiele (selbstverständlich nur unzureichend) bestätigt werden soll: dt. Papa — Mama; frz. tata (Tantchen) — dada (Pferdchen); engl. tata (auf Wiedersehen) — daddy (Vater); engl. pap (Kinderbrei) — babe (kleines Kind); russ. papa (Vater) — baba (Großmutter); russ. tjatja (Vater) — djadja (Onkel) — tjojta (Tante). Aus diesem begrenzten Anfangsinventar entwickeln sich nun nach bestimmten Gesetzen, von JAKOBSON »Fundierungen« genannt, immer neue Phoneme, bis das Kind eines Tages das gesamte Phoneminventar seiner Muttersprache beherrscht und damit die phonologische Seite des Spracherwerbs abgeschlossen ist. Dieser Zeitpunkt fällt hypothetisch mit dem Abschluß des sechsten Lebensjahres zusammen und wird mit  $T_6$  bezeichnet. Der sprachliche Status des Kindes zum Zeitpunkt  $T_6$  ist Z (Besitz des vollständigen Phonemsystems).

Da die Ausweitung des Phonemsystems nicht zufällig, sondern nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten erfolgt, lassen sich weitere Statusmarkierungen ansetzen, bei denen das Kind unter der Annahme einer idealen Entwicklung von  $T_1$  nach  $T_6$  fortschreitend jeweils über ein vermehrtes, qualitativ zu definierendes Phonemsystem verfügt. Ich nehme drei weitere Haupt-Statusmarkierungen an, die im folgenden mit D, M und S bezeichnet werden. Führe ich bei den bisher genannten Statusmarkierungen Überprüfungen des Phoneminventars durch, so erwarte ich bei

- A die erste distinktive lautsprachliche Opposition, das Auftreten der ersten Phoneme;
- D ein Phoneminventar, bestehend aus den drei Grundvokalen (»minimaler Vokalismus«) und den Verschlusslauten;
- M ein um die übrigen Vokale und die Reibelaute (ohne Zischlaute) erweitertes Phoneminventar;
- S ein um die Zischlaute und den Laterallaut erweitertes Phoneminventar;
- Z ein um die Affrikaten und den Schwinglaut erweitertes und damit vollständiges Phoneminventar.

Selbstverständlich lassen sich zwischen diesen Haupt-Statusmarkierungen weitere Differenzierungen vornehmen. So liegt beispielsweise zwischen M und S ein Status P, bei dem sich das bei M vorhandene Phoneminventar u. a. um die dentalen Zischlaute /s/ und /z/ erweitert hat, während der palato-alveolare Zischlaut /ʃ/ erst nach P erworben wird. Der umgekehrte Vorgang ist jedoch nicht möglich, weil — wie Jakobson gezeigt hat — der palato-alveolare Zischlaut durch den dentalen bzw. labiodentalen Zischlaut fundiert sein muß und deshalb in der Reihenfolge der lautlichen Erwerbungen später auftritt.

Während die Markierungen A und Z den Zeitpunkten  $T_1$  und  $T_6$  zugeordnet sind, bleiben alle weiteren Statusmarkierungen zeitlich indeterminiert. Das geschieht ent-

<sup>2)</sup> Es muß an dieser Stelle auf die grundlegende Arbeit von R. Jakobson, *Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze*, Selected Writings I, 's-Gravenhage 1962, verwiesen werden.

sprechend der Jakobsonschen Feststellung, daß »die Reihenfolge der lautlichen Erwerbungen . . . in ihren Grundzügen als stabil erscheint«, während »das Tempo dieses Nacheinanders höchst unbeständig und individuell« ist, so daß beispielsweise »zwei Neuerscheinungen, die bei einem Kinde unmittelbar aufeinanderfolgen, . . . bei einem anderen durch mehrere Monate, ja sogar durch viele Jahre getrennt sein« können (a.a.O., S. 356). Damit ist gesagt, daß die zeitlichen Abstände zwischen den Statusmarkierungen variabel sind. Jedoch wird hier angenommen, daß die zwischen den Zeitpunkten  $T_1$  und  $T_6$  auftretenden positiven und negativen Veränderungen der Entwicklungsgeschwindigkeit sich ausgleichen, so daß im Normalfall der Zeitraum von fünf Jahren für die Sprachentwicklung eingehalten wird.

Abweichend von der Norm gibt es jene Fälle, bei denen ein solcher Tempoausgleich nicht erfolgt, d. h., daß die Zeit von fünf Jahren unter- oder überschritten wird. Ich nenne eine solche von der angenommenen Gesamtdauer abweichende Sprachentwicklung eine *temporell affizierte* Entwicklung. Wird die Norm von fünf Jahren unterschritten, so liegt eine *positiv* temporell affizierte Sprachentwicklung (beschleunigte Sprachentwicklung) vor. Dieser Sachverhalt ist gegeben, wenn ein Kind bei normalem Entwicklungsbeginn ( $T_1$ ) bereits nach drei, vier oder fünf Jahren das Phonemsystem seiner Muttersprache vollständig beherrscht. Wird dagegen die Norm von fünf Jahren überschritten, so handelt es sich um eine *negativ* temporell affizierte Sprachentwicklung (verzögerte Sprachentwicklung). Die Bezeichnungen »positiv« und »negativ« beziehen sich also auf die interne Ablaufgeschwindigkeit der Sprachentwicklung. Sie machen keine Aussagen über das Verhältnis der effektiven Entwicklungsgrenzen (Beginn und Ende der Entwicklung) zu den hypothetischen Grenzen  $T_1$  und  $T_6$ . Dieser Relation wird durch Hinzufügung weiterer Bestimmungsstücke Rechnung getragen. Es erhalten den Zusatz

»mit frühem Beginn« alle Sprachentwicklungen, die vor dem Zeitpunkt  $T_1$  einsetzen, d. h. zu einem Zeitpunkt  $T < 1$ ;

»mit spätem Beginn« alle Sprachentwicklungen, die nach dem Zeitpunkt  $T_1$  einsetzen, d. h. zu einem Zeitpunkt  $T > 1$ .

Der Zeitpunkt für das effektive Ende der Entwicklung resultiert aus den Koeffizienten der Komponenten »temporelle Affizierung« und »Beginn der Entwicklung«, wie aus dem folgenden Schema zu ersehen ist. Es gibt zugleich eine Übersicht über die verschiedenen Sprachentwicklungsformen (zeitliche Dimension). Außer den bereits genannten Zeitpunkten  $T_1$  und  $T_6$  werden noch eingeführt die Zeitpunkte  $T_3$  (entspr. 3 Jahre) und  $T_8$  (entspr. 8 Jahre), um für die Frage einer möglichen Sprachbehandlung relevante Toleranzbereiche zu schaffen.

Es wurde bereits ausgeführt, daß temporell affizierte Sprachentwicklungen nur in ihrer zeitlichen Dimension beeinträchtigte Entwicklungen sind. In ihrem inneren Gefüge laufen sie streng gesetzmäßig ab und weisen zu jedem Zeitpunkt ein nach den Fundierungsgesetzen erworbenes (unvollständiges) Phonemsystem auf. Demgegenüber gibt es Sprachentwicklungen, die bei Überprüfungen einen Lautbestand aufweisen, der dem nach den Fundierungsgesetzen zu erwartenden Phonemsystem nicht entspricht. Diese strukturelle Verschiebung ist meistens dadurch gekennzeichnet, daß noch nicht vorhandene Phoneme durch Laute, die außerhalb des Phonemsystems der betreffenden Sprache liegen, substituiert werden, wohingegen eine gesetzmäßige Substitution durch fundierende Phoneme erfolgt. So ist es beispielsweise eine gesetzmäßige Substitution, wenn zu einem Zeitpunkt  $T$  das Phonem /s/, welches das Kind noch nicht erworben hat, durch das Phonem /f/ ersetzt wird, da dieses Phonem das Phonem /s/ fundiert. Demgegenüber handelt



Aus diesem Grunde ist es notwendig, bei einer Früherfassung ein Mittel in der Hand zu haben, mit dessen Hilfe eine Sichtung der Sprachauffälligen nach den angegebenen Affizierungskriterien vorgenommen werden kann. Noch ist aber bis auf den heutigen Tag ein solches linguodiagnostisches Instrumentarium unbekannt. Als Pädagogen sind wir bei der Beurteilung von Sprachstörungen weitgehend auf die Beobachtung äußerlicher Fakten, also der sogenannten Stammelfehler, angewiesen, wobei wir kaum zu unterscheiden vermögen, ob es sich um eine behandlungsbedürftige, weil strukturell affizierte Entwicklung handelt oder um eine temporell affizierte, bei Vorschulkindern möglicherweise sogar normale Sprachentwicklung, bei der eine logopädische Einflußnahme (Stammerbehandlung) unter Umständen mehr schaden als nutzen kann. Man kann STABENOW durchaus zustimmen, wenn sie schreibt: »Nicht jede Sprachentwicklungsstörung bedarf der Frühbehandlung, . . .« (a.a.O., S. 139). Zu diesen im Frühstadium nicht behandlungsbedürftigen Abweichungen in der Sprachentwicklung rechne ich die (negativ) temporell affizierten Sprachentwicklungen, sofern sie noch im Toleranzbereich  $T_6$ — $T_8$  (vgl. Schema) ihren Abschluß finden. Entwicklungsverzögerungen, die sich über die (hypothetische) Grenze  $T_8$  hinaus erstrecken, bedürfen jedoch gezielter Einflußnahme, da zu befürchten ist, daß das Kind den für die Sprachentwicklung effektiven Phasen entwachst und damit die Vorbildsprache der kindlichen Umwelt nicht mehr stimulierend auf die Ausbildung des Phonemsystems einwirkt.

Einem möglichen Mißverständnis gilt es vorzubeugen: Es handelt sich bei den hier vorgetragenen Ansichten über die Beurteilung der Frühbehandlungsbedürftigkeit nicht um eine Modifikation jenes »merkwürdigen Fatalismus« (Stabenow), der die Entscheidung über eine notwendige Behandlung möglichst weit hinauszuschieben sucht, sondern um den Versuch, möglichst früh (im Sinne einer Früherfassung) mit Hilfe linguodiagnostischer Verfahren abzuklären, ob der vom Standpunkt der Erwachsenennorm defektive Lautsprachzustand eines Kindes Widerspiegelung einer normalen, möglicherweise in Grenzen zeitlich verschobenen Entwicklung ist oder eine strukturelle Fehlentwicklung, bei der mit einem normalen Erwerb des Phonem-inventars in der Zukunft nicht zu rechnen ist.

Die hier vorgetragenen Gedanken möchten zugleich als ein Beitrag verstanden sein zu dem immer wieder notwendigen Bemühen um Sicherung und Abklärung der verschiedensten Begriffsbestimmungen auf dem Gebiet der Sprachstörungen<sup>3)</sup>.

Wie vielfältig und wie unterschiedlich der Terminus »Stammeln« trotz praktikabler definitorischer Kurzformeln interpretiert und schließlich gehandhabt wird, ist bekannt. Von den besonders im nichtfachspezifischen Bereich divergierenden Begriffsbestimmungen war bereits an anderer Stelle die Rede<sup>4)</sup>. Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Thema soll auch auf die im logopädischen Raum bestehende Problematik im Gebrauch des Wortes »Stammeln« hingewiesen werden. Sofern wir akzeptieren, daß jede Form lautsprachlichen Fehlverhaltens gegenüber einer Entwicklungsnorm mit »Stammeln« bezeichnet wird, scheint es nicht gerechtfertigt, die aus der Sicht einer Tatsachenbeschreibung zwar erkennbaren, nach den Fundierungsgesetzen sich jedoch völlig normal vollziehenden Phonemsubstitutionen mit dem Terminus »Stammeln« zu belegen, was immer dann geschieht, wenn der Ausdruck »physiologisches Stammeln« verwendet wird. Diese Bezeichnung, die zudem durch das Bestimmungswort eine einseitige, nämlich rein mechanistische Interpretation der entwicklungsbedingten lautsprachlichen Formen ausdrückt (selbst wenn

<sup>3)</sup> W. Orthmann, *Zur Nomenklatur der Sprechstörungen*. Die Sprachheilarbeit 6/1969.

<sup>4)</sup> H.-J. Scholz, »stottern und stammeln«. Die Sprachheilarbeit 1/1968.

der Begriff des Normalen als impliziert gilt), sollte aufgegeben werden, damit nicht länger ein vermeintlicher Zusammenhang mit den anormalen Lautsprachmustern der strukturell Sprachentwicklungsgestörten, eben der »Stammerler«, evoziert wird.

Auf die auch in der sowjetischen logopädischen Literatur vorhandene und unge-rechtfertigte Vermischung beider lautsprachlicher Erscheinungen hat BELTJUKOW hingewiesen<sup>5)</sup>: » . . . von Anfang bis Ende läßt sich bei der Ausformung der Lautkomponente einer Sprache das Spezifikum der Phonemsubstitution beobachten, das in der logopädischen Literatur oft als physiologisches Stammeln bezeichnet wird. Daß dieser Ausdruck falsch ist, ergibt sich aus der Tatsache, daß jegliches Stammeln eine Störung der Lautkomponente einer Sprache bezeichnet, während die von uns beschriebenen Erscheinungen (gemeint sind die entwicklungsgerechten Lautsubstitutionen — der Verf.) zum natürlichen Verlauf einer Lautsprachentwicklung gehören . . .« (a.a.O., S. 112 ff.). So erklärt sich auch, daß Beltjukow in Übereinstimmung mit dem hier Vorgetragenen zu der Feststellung kommt: »Ist der natürliche Entwicklungsgang in der Aussprache des einen oder anderen Lautes nicht gestört, so stellt sich dessen richtige Artikulation ohne einen besonderen logopädischen Eingriff selbst dann ein, wenn eine erhebliche Entwicklungsverzögerung vorliegt.« (a.a.O., S. 114.)

Die hier in einer groben Skizze angedeutete Aufgabe besteht also darin, ein linguo-diagnostisches Instrumentarium zu entwickeln, das nicht wie die herkömmlichen Lautprüfmittel in einer taxonomischen Weise die Existenz oder Nichtexistenz von Lauten bei Kindern registriert, sondern das durch die Eigenart seiner Konstruktion einen Einblick in den jeweiligen entwicklungsabhängigen lautsprachlichen Status des Kindes zu geben vermag. Die Notwendigkeit eines solchen linguistisch orientierten Verfahrens ergibt sich aus den genannten praktischen Erwägungen.

<sup>5)</sup> W. I. Beltjukow, *K woprossu o mehanismach funkcionalnych naruschenij swukoproisnoschenija*. Spezialnaja schkola 1/1969.

Anschrift des Verfassers: Hans-Joachim Scholz, 5 Köln 80, Wallensteinstraße 19.

Aus der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen (Rhein) (Chefarzt: Prof. Dr. H. Blümlein), Abteilung für Hör-, Sprach- und Stimmstörungen (Leiterin: Frau Dr. I. Stabenow)

*Susanne Kuchner, Ludwigshafen*

### Stottererbehandlung aus verhaltenstherapeutischer Sicht\*)

#### *Einleitung*

Mit fortschreitender Zivilisation und Technisierung, die alle sozialen Schichten erfaßt, ist die Kommunikation des Menschen mit seiner Umwelt — insbesondere die sprachliche — wichtiger denn je geworden. Sprech- und Sprachstörungen erhalten immer größeres Gewicht und behindern das Fortkommen der Betroffenen; die Häufigkeit solcher Störungen beträgt beispielsweise bei Schulanfängern 31,4 %; allein 1,5 % der normal eingeschulten sechsjährigen Kinder sind Stotterer (1).

Die Theorien über die Entstehung des Stotterleidens sind vielfältig, ebenso die in der medizinischen, psychologischen und logopädischen Fachliteratur angegebenen

\*) Vorgetragen auf der 3. Regionaltagung der Logopäden, Phoniater, Sprachheillehrer und Sprech-erzieher Baden-Württembergs vom 13. bis 15. Februar 1970 in Inzigkofen.

Therapiemethoden. Da erbliche, hirnanorganische und konstitutionelle Faktoren mit situativen, analytisch im Sinne von FREUD und ADLER aufzufassenden Schwierigkeiten in der Entwicklung des Kindes als Ursachen des Stotterns angegeben werden (2), sind die traditionellen Behandlungsmethoden auch auf diese Ursachen hin ausgerichtet: Analytisch-psychotherapeutische Methoden werden mit Verfahren zur Übung der Sprechwerkzeuge einschließlich Atmung und Gesamtmotorik kombiniert. Die Erfolgsquoten, die von den verschiedenen therapeutischen Schulen mit verschiedenen Behandlungstechniken erreicht werden, ergeben sich zu etwa einem Drittel an geheilten Patienten, einem Drittel an gebesserten Patienten und einem Drittel in ihren Symptomen unveränderter Patienten (3).

#### *Die Verhaltenstherapie*

Wir haben nun versucht, eine bei der Therapie von Fehlanpassungen, Verhaltensstörungen und neurotischer Symptomatik relativ neue Behandlungsmethode, die sogenannte Verhaltenstherapie nach EYSENCK (4), kennenzulernen und aufzugreifen, die auch auf Stotterer anwendbar ist. Unter diesem Namen wurden 1959 von Eysenck einige neuere Methoden zusammengefaßt, denen gemeinsam ist — und sie heben sich dadurch gleichzeitig von anderen psychotherapeutischen Richtungen ab —, daß sie von den Prinzipien der modernen Lerntheorie ausgehen. Aufbauend auf den grundlegenden Lern- und Konditionierungsexperimenten PAWLOWS (5), hatte die naturwissenschaftliche Psychologie zu den Lerntheorien HULLS (6) und SKINNERS (7) geführt. Diese, ergänzt durch BANDURAS (8) sozialpsychologische Überlegungen, bilden heute die Basis der sogenannten Verhaltenstherapie. Vorausgesetzt wird, daß jedes Verhalten — angepaßt oder unangepaßt — gelernt worden ist und wieder verlernt werden kann; jedes Verhalten ist eine — angepaßte oder unangepaßte — konditionierte Reaktion, die durch entsprechende Verstärkung biologischer oder sozialer Relevanz (z. B.: Süßigkeiten, Lob, Anerkennung, Geld = positiv; Kälte, Lärm, soziale Mißbilligung, Strafen = negativ) in der Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens bestimmt wird.

Die Behandlung besteht daher in einer *Dekonditionierung* fehlangepaßten Verhaltens und einer *Konditionierung* von angepaßtem Verhalten. Dabei beeinflußt der Therapeut den Patienten in ganz systematischer Weise, um ein Verhalten zu provozieren, das mit dem früheren, unangepaßten Verhalten unvereinbar ist.

Behandelt wird das offensichtlich zutage tretende Fehlverhalten oder »Symptom«, ohne daß man irgendwelche »Ursachen« (etwa frühkindliche Erlebnisse) aufdecken will, wie es die verschiedenen tiefenpsychologischen Richtungen versuchen. EYSENCK und RACHMAN (9) haben diesen Standpunkt so formuliert: Neurotische Symptome werden einfach als erlernte Gewohnheiten betrachtet. Es gibt keine Neurose, die dem Symptom zugrunde liegt, sondern nur das Symptom selbst. Man beseitigt das Symptom, und man hat die Neurose eliminiert.

Die Verhaltenstherapie stellt somit eine der tiefenpsychologischen konträre Behandlungsmethode dar. Zur Illustration seien die wichtigsten Unterschiede zwischen der traditionellen analytisch-psychotherapeutischen Methode und der Verhaltenstherapie in tabellarischer Form dargestellt: Tabelle S. 105 (10).

Die Verhaltenstherapie ist bei allen Verhaltensstörungen, neurotischer Symptomatik, Phobien, Erziehungsschwierigkeiten verschiedener Art, bei Lernschwierigkeiten, bei Autismus und geistiger Retardation sowie auch bei allen Formen sozialen Fehlverhaltens anwendbar. Die meisten dieser Verhaltensstörungen werden ja als Ergebnis eines falschen Lernens angesehen und können somit wieder verlernt werden. Auch Stottern ist aus verhaltenstherapeutischer Sicht ein angelerntes sprachliches Fehl-

### *Psychotherapie*

1. Begründet auf einer widerspruchsvollen Theorie, die niemals angemessen axiomatisch formuliert wurde.
2. Abgeleitet von klinischen Beobachtungen, ohne die notwendigen Kontrollbeobachtungen oder Experimente.
3. Sieht Symptome als sichtbare Entladungen unbewußter Ursachen (»Komplexe«) an.
4. Betrachtet Symptome als Beweis einer Verdrängung.
5. Glaubt, daß Symptomatologie durch Verteidigungsmechanismen determiniert ist.
6. Jede Behandlung neurotischer Störungen muß lebensgeschichtlich begründet sein.
7. Heilungen werden durch Behandlung der zugrunde liegenden (unbewußten) dynamischen Faktoren, nicht hingegen durch Behandlung des Symptoms selbst erreicht.
8. Die Deutung von Symptomen, Träumen, Handlungen usw. bildet ein wichtiges Element der Behandlung.
9. Symptombehandlung führt zum Entstehen neuer Symptome.
10. Eine »Übertragung« ist für die Heilung neurotischer Störungen wesentlich.

### *Verhaltenstherapie*

1. Begründet auf einer durchgängigen, angemessen formulierten Theorie, die zu überprüfbaren Deduktionen führt.
2. Abgeleitet von experimentellen Untersuchungen, die spezifisch geplant wurden, um die Grundannahmen und die weiteren Deduktionen zu überprüfen.
3. Sieht Symptome als unangepaßte bedingte Reaktionen an.
4. Betrachtet Symptome als Beweis falschen Lernens.
5. Glaubt, daß Symptomatologie durch individuelle Unterschiede der Konditionierbarkeit, der vegetativen Labilität und auch durch zufällige Umweltbedingungen bestimmt ist.
6. Jede Behandlung neurotischer Störungen hat es mit in der Gegenwart vorhandenen Gewohnheiten zu tun. Die lebensgeschichtliche Entwicklung ist größtenteils irrelevant.
7. Heilungen werden durch Behandlung des Symptoms selbst erreicht, d. h. durch Löschung unangepaßter und Aufbau erwünschter bedingter Reaktionen.
8. Die Deutung ist selbst dann irrelevant, wenn sie nicht völlig subjektiv und falsch ist.
9. Symptombehandlung führt zu anhaltenden Besserungen, vorausgesetzt, daß sowohl vegetative als auch bedingte Reflexe des Bewegungsapparates gelöscht werden.
10. Persönliche Beziehungen sind für die Heilung neurotischer Störungen nicht wesentlich, obgleich sie unter Umständen nützlich sein können.

verhalten, das wieder verlernt werden soll. An seine Stelle soll angepaßtes Verhalten treten, das auch gelernt, konditioniert werden kann.

Die für die Stotterertherapie zur Verfügung stehenden und erprobten Verhaltenstherapiemethoden sind vielfältig und daher fallspezifisch sorgfältig auszuwählen,

beispielsweise die Methode der »Negativen Praxis« (11, 12), die »Reziproke Hemmung« (13), Konditionierung über feedback (14), operante Methoden (15) oder die »Systematische Desensibilisierung« (16).

#### *Therapie mit Hilfe der systematischen Desensibilisierung*

Auf die letztere soll hier etwas näher eingegangen werden, da sie uns bei einem noch zu schildernden Fall, bei dem eine massive Sprechangst im Vordergrund stand, weiterführte. Man versteht unter systematischer Desensibilisierung eine Methode zur allmählichen Dekonditionierung der Angstreaktion. Dazu ist es notwendig, eine antagonistisch zur Angst wirkende Reaktion auszulösen, und diese auch in Situationen auszulösen, die sich stufenweise der ursprünglichen, angsterregenden Situation annähern. Als solche Angst-Antagonisten werden u. a. Freude, soziale Geborgenheit, Selbstbehauptung oder Entspannung eingesetzt. Denn nur wenn es gelingt, in Gegenwart eines angstausslösenden Reizes eine der Angst entgegengesetzte Reaktion hervorzurufen, kann man die Angst unterdrücken und die Verbindung zwischen dem entsprechenden Angstreiz und der Angstreaktion abschwächen.

Ein einfaches Beispiel möge dies illustrieren (17): »Peter, ein dreijähriger Junge, fürchtete sich vor weißen Kaninchen, Pelzen . . . und anderen Reizen ähnlicher Art . . . Er wurde während seiner täglichen Spielzeit allmählich mit einem Kaninchen in Kontakt gebracht. Er kam in eine Spielgruppe mit drei furchtlosen Kindern, und das Kaninchen wurde täglich eine kurze Zeit in das Zimmer gebracht. Die beobachteten allmählichen Entwicklungsfortschritte waren: »Kaninchen im Käfig 12 Fuß entfernt geduldet . . . in offener Kiste 4 Fuß entfernt geduldet . . . dicht daran im Käfig geduldet . . . frei im Zimmer geduldet . . . streichelt schließlich das Kaninchen liebevoll.« Man hat also als eine der Angst entgegengesetzte Reaktion die Freude und Beruhigung durch stabile Spielgefährten verwendet und verstärkt.

Die schrittweise Annäherung an Angstsituationen läßt sich bei Erwachsenen in analoger Weise durchführen. Man stellt, meist unter Mitwirkung des Patienten, eine »Angsthierarchie« auf, die zum Zwecke der systematischen Desensibilisierung zunächst in der Vorstellung, dann in der Realität durchgegangen wird. Diese Technik — die systematische Desensibilisierung an Hand einer Angsthierarchie — wandten wir bei einer stotternden Patientin an. Zur Illustration dieser Methode sei der Fall etwas näher besprochen.

Die Patientin ist 21 Jahre alt, hat durchschnittliche Intelligenz, ist Näherin in einem großen Betrieb. In Verbindung mit mittelgradigem tonischem Stottern stand eine massive Sprechangst, die mit Depressionszuständen und Hemmungen im außerhäuslichen mitmenschlichen Verkehr einherging. Dies nahm derartige Formen an, daß die Patientin nicht mit ihrem Vorgesetzten sprechen, keine Einkäufe machen, keine Fahrkarten kaufen konnte u. ä. Alle Einkäufe besorgte die Mutter, soweit keine Selbstbedienungsläden greifbar waren. Diese Patientin wurde einer kombinierten logopädischen und verhaltenstherapeutischen Behandlung unterzogen.

Zuerst wurde der Patientin erklärt, was man mit ihr vorhabe und was im Laufe der Therapie geschehen sollte. Diese genaue Information des Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie im Gegensatz zur Psychotherapie. Weiter versuchten wir, zum Zeitpunkt der Therapie jede Art von Konflikt oder angsterzeugenden Situationen soweit wie möglich zu reduzieren, um keine neue Angst anzukonditionieren.

Wir begannen damit, die stärkste Angstkomponente oder die für die Patientin am meisten im Vordergrund stehende Verhaltensauffälligkeit herauszuarbeiten, auf die

die Therapie ausgerichtet wurde. (Man greift also das Hauptsymptom auf und fragt nicht nach etwa zugrunde liegenden frühkindlichen Erlebnissen. Das war im Falle unserer Patientin die Angst vor dem Sprechen mit Fremden, beispielsweise beim Einkaufen, und speziell beim Einkauf beim Metzger, bei dem man ja ganz exakte Angaben machen muß.)

Als nächsten Schritt stellten wir zusammen mit der Patientin in diesem zentralen Angstbereich eine Liste von angsterregenden Gegenständen und Situationen auf und brachten diese dann je nach Stärke der Angstbetonung in eine Rangreihe.

Eine wenig oder nicht angsterregende Situation am Anfang der Hierarchie war im Falle unserer Patientin beispielsweise das Sprechen mit den Familienmitgliedern, das ging fast immer glatt. Eine Situation, die etwas mehr Angst machte, war das Sprechen mit den Arbeitskolleginnen. Noch unangenehmer war das Vorhandensein eines fremden Gesprächspartners, und somit war also die nächste Stufe in der Angsthierarchie das Vorlesen vor einem fremden kleinen Kind, das selbst noch nicht über allzuviel Sprache verfügte, dann das Sprechen mit einem fremden, etwas größeren kritischen Kind, das Fragen stellen könnte. Die nächste Stufe war nicht mehr Vorlesen, sondern Antwortgeben, zuerst wieder bei Kindern, dann bei Erwachsenen usw. Weitere Stufen waren: Am Telephon eine bestimmte Antwort geben; am Telephon frei sprechen; Einkaufen in irgendeinem Laden. Schließlich die letzte Stufe: Einkaufen im Metzgerladen. Diese Angsthierarchie (in unserem Falle 12 Stufen) wurde also mit der Patientin erarbeitet.

Dann mußte eine Reaktion gefunden werden, die der Angst entgegengesetzt ist, der Angst entgegenarbeitet. Als einen solchen Angst-Antagonisten wählten wir nach JACOBSON (18) und WOLPE (19) die progressive Relaxation und führten vor Beginn der eigentlichen Behandlung ein entsprechendes Training durch.

Nun mußte die Entspannung, diese mit der Angst inkompatible Reaktion, in kritischen angstausslösenden Situationen geübt werden. Wir gingen also — mit der entspannten Patientin — die einzelnen Situationen der Angsthierarchie zunächst in der Vorstellung durch. Wenn bei der Vorstellung einer Situation Unruhe oder Spannung entstand, wurde die Patientin sofort angeleitet, sich wieder zu entspannen, zu beruhigen. Diese Vorstellung von Angstsituationen und daran anschließende Entspannung wurde so oft wiederholt, bis sich keine Angstsymptome mehr zeigten (oft 15mal). Voraussetzung ist, daß die Patientin wirklich dazu fähig ist, lebhaft visuelle Vorstellungen zu entwickeln. Als es dann gelang, bei der Vorstellung der einzelnen Angstsituationen völlig ruhig zu bleiben, war zu erwarten, daß es auch gelingen würde, diese Ruhe und Entspannung langsam auf reale Situationen zu übertragen. Die Patientin mußte also wirklich vor einem Kind vorlesen, wirklich telefonieren, wirklich mit dem Therapeuten Einkäufe machen usw., immer unterstützt durch Entspannungsanleitung.

Bisher haben wir nur die spezifische soziale Situation der Patientin besprochen und die in ihr enthaltenen Bedingungen, die zu einem Fehlverhalten beim Sprechen geführt haben. Aber nicht nur die soziale Umwelt, sondern auch der fehlerhafte Sprechablauf selbst gibt die Signale für eine bereits eingefahrene falsche motorische Koordination. Im Sprechablauf selbst gibt es beispielsweise Wiederholungen, Zwischenatmen, Zwischenlaute, spezielle motorische Reaktionen, die einmal zu einem Signal für sprachliches Fehlverhalten motorischer Art geworden sind (20). Der Stotterer hat gelernt, auf diese Signale im Sprechablauf mit einer fehlgeleiteten Sprechmotorik zu reagieren. Man muß nun eine Sprechart suchen, in der diese Reizbedingungen, die also auch das Stottern auslösen, nicht enthalten sind, bei-

spielsweise Sprechrhythmusveränderungen, extrem langsames Sprechen, Tonlage- und Lautstärkeveränderungen u. ä., in der Logopädie schon lange bekannte Methoden. Wir ließen unsere Patientin stimmlos ohne Luftstrom übertrieben artikulieren. Als der Sprechablauf auf diese Weise eine längere Trainingszeit hindurch ohne Störung erfolgt war, wurde wiederum sehr allmählich eine Annäherung an die normale Sprechweise mit angemessener Lautstärke und Stimmlage vorgenommen. Dieses Training erfolgte parallel mit der systematischen Desensibilisierung und diente dem Aufbau neuen, angepaßten Sprechverhaltens.

Um die starken Hemmungen der Patientin zu bekämpfen, machten wir zusätzlich noch ein sogenanntes »assertive training« nach SALTER (21), eine Art Selbstbehauptungstraining, das sich recht gut in den verhaltenstherapeutischen Rahmen fügt. Die Patientin wurde beispielsweise ermutigt, ihre Empfindungen klar zum Ausdruck zu bringen: »Wenn Sie etwas nicht sagen wollen, dann sagen Sie ›Ich will nicht!‹ und simulieren Sie nicht Zustimmung; oder wenn Sie ärgerlich sind, sehen Sie ruhig ärgerlich drein.« Außerdem ermutigten wir die Patientin, das Wort »Ich« oft zu gebrauchen u. ä. Diese einfach anmutende Behandlung bewährte sich in der Praxis sehr gut.

Der Erfolg unserer Behandlung (ein halbes Jahr) ist recht gut. Wir haben die Angsthierarchie in der Vorstellung zu Ende durchgearbeitet, haben aber noch nicht alle Situationen in der Realität durchgemacht. Trotzdem ist die Patientin derart hoch motiviert, daß sie der Behandlung bereits vorgreift, wieder telephonierte, in einigen Geschäften Einkäufe macht und dort sprachlich gut zurecht kommt, obwohl diese Situationen real in der Therapie noch nicht behandelt wurden. Der Therapieerfolg in vorgestellten Situationen wurde also auf reale Situationen übertragen und schließlich auf ähnliche Umweltsituationen generalisiert.

Abschließend sei noch kurz auf die hohe Erfolgsquote bei allgemeiner verhaltenstherapeutischer Behandlung hingewiesen. Sie liegt bei etwa 80%. Von weit über 1000 in der Literatur beschriebenen Fällen können über 80% als geheilt oder gebessert bezeichnet werden; der Therapieerfolg ist natürlich bei verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten nicht gleich und wird speziell beim Stottern geringer als bei anderen Krankheitsbildern angegeben. Trotzdem wird übereinstimmend festgestellt, daß Behandlungsdauer und -aufwand signifikant niedriger liegen als bei anderen Psychotherapiearten.

Da mit der Verhaltenstherapie nur »Symptome« behandelt werden, wird oft die Frage gestellt, ob sie im Laufe der Therapie nicht nur unterdrückt würden und dafür an anderer Stelle wieder aufträten. Die bisher publizierten Ergebnisse enthalten aber keinerlei Hinweise auf eine solche Symptomverschiebung. Es wird im Gegenteil beschrieben, daß häufig eine Generalisation des neuen, angepaßten Verhaltens erfolgt, d. h., daß die Entfernung einer Fehlanpassung die Entfernung anderer erleichtert.

#### *Zusammenfassung*

Stottern, das mit etwa 1,5% unter Schulanfängern sehr häufig ist, wird von der Verhaltenstherapie als angeleitetes unangepaßtes Verhalten betrachtet. Einer kurzen Einführung in die Verhaltenstherapie nach Eysenck (4), die auf den Prinzipien der Lerntheorie aufbaut, folgt die Darstellung einer speziellen Verhaltenstherapie-Methodik, der sogenannten »Systematischen Desensibilisierung«. Die nach einem halben Jahr erfolgreiche Behandlung einer stark stotternden Patientin mit dieser Technik wird geschildert.

#### Literatur:

- (1) Loebell, H.: Schuluntersuchung über die Häufigkeit von Hör- und Sprachstörungen. HNO 14 (1966), S. 319.
- (2) Bäumler, F.: Mehrdimensionale Stotterbehandlung von Kindern und Jugendlichen in Sprachheilgruppen. Z. Psychoth. und med. Psychol. 7 (1957), S. 99 [Zit. nach Kehrer und Stegat (12)].
- (3) Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien 1959.
- (4) Eysenck, H. J.: Learning theory and behaviour therapy. J. ment. Sci. 105 (1959), S. 61.
- (5) Pawlow, I. P.: Conditional reflexes. Oxford Univ. Press, 1927.
- (6) Hull, C. L.: Principles of behavior. New York, N. Y., 1943.
- (7) Skinner, F. B.: Science and human behavior. New York, N. Y., 1953.
- (8) Bandura, A.: Psychotherapy as a learning process. Psychol. Bull. 58 (1961), S. 144.
- (9) Eysenck, H. J., und Rachman, S.: Neurosen — Ursachen und Heilmethoden. Berlin 1968, S. 20.
- (10) Eysenck, H. J., und Rachman, S.: a.a.O., S. 21.
- (11) Sheehan, J. G.: The modification of stuttering through non-reinforcement. J. abnorm. soc. Psychol. 46 (1951), S. 51.
- (12) Kehrer, H. E., und Stegat, H.: Über die Behandlung von Stotterern nach verhaltenstherapeutischer Methode (negative Praxis). Prax. der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatr. 5 (1968), S. 164.
- (13) Kelham, R., und McHale, A.: The application of learning theory to the treatment of stammering. Brit. J. Disorders Comm. 1 (1966), S. 114 [Zit. nach Kehrer und Stegat (12)].
- (14) Lee, B. S.: Effects of delayed speech feed-back. J. Acoust. Soc. Amer. 22 (1950), S. 639 [Zit. nach Kehrer und Stegat (12)].
- (15) Flanagan, B., Goldiamond, I., und Azrin, N.: Operant stuttering — the control of stuttering behavior through response-contingent consequences. J. exp. anal. Behav. 1 (1958), S. 173 [Zit. nach Eysenck und Rachman (9)].
- (16) Lazarus, A. A., und Rachman, S.: The use of systematic desensitization in psychotherapy. S. Afr. Med. J. 31 (1957), S. 934 [Zit. nach Kehrer und Stegat (12)].
- (17) Jones, M. C.: A laboratory study of fear: The case of Peter. Pedagog. Sem. 31 (1924), S. 308 [Zit. nach Eysenck und Rachman (9), S. 183].
- (18) Jacobson, E.: Progressive relaxation. Chicago 1938.
- (19) Wolpe, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford Univ. Press, 1958.
- (20) Tunner, W., und Florin, I.: Lernpsychologische Überlegungen zur Genese und Therapie des Stotterns. Mitt. Ges. Förd. Verhaltenstherapie 1 (1969), Heft 2/3, S. 20.
- (21) Salter, A.: Conditioned reflex therapy. New York, N. Y., 1950.

Anschrift der Verfasserin: Dr. Susanne Kuchner, Städtische Krankenanstalten, 67 Ludwigshafen (Rhein), Bremsersstraße 79.

*Gabriele Hartz, Hamm*

#### Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Intelligenz und Stottern

»Nicht selten hört man auch aus dem Munde von Pädagogen und Ärzten, bei den Stotterern handle es sich meistens um zwar sensible, aber sehr intelligente Menschen . . . Was mag der Grund sein, daß vor allem auch die Lehrer sich immer wieder täuschen lassen und ihre Stotterer für besonders begabte Kinder halten? . . . Möglicherweise ist es die Rücksichtnahme auf das Leiden, die dem Stotterer manchmal zu einer besseren Zensur verhilft, das Mitleid also, hinter dem sich die Meinung stark macht, der Stotterer könne schon Besseres leisten, wenn er nicht so »gehemmt« wäre . . . Stottern ist nicht an vorhandene oder fehlende Intelligenz gebunden. Stottern und Intelligenz stehen nicht in Korrelation . . . jede frühere oder spätere anders lautende Behauptung dürfte sich als nicht ernst zu nehmende Verallgemeinerung erweisen.« (1; S. 33—34.)

Mit dieser strikten, jeden Widerspruch ausschließenden Folgerung scheint für K. H. BERG (1965) das Problem »Zusammenhang von Stottern und Intelligenz« abgetan zu sein. Für ihn steht fest, daß die Lehrer sich irren, wenn sie glauben, Stotterer seien besonders begabt, nur komme diese Begabung durch eine tiefsitzende Hemmung oftmals nicht zum Ausdruck. Schon die Behauptung, daß Lehrer »immer wieder« zu dieser Annahme neigen, muß Verwunderung erregen; sie kann von uns nicht ohne Einschränkung bestätigt werden. Sicherlich kann ein Stotterer in der Schulsituation auch einmal Vorteile aus seiner Sprachschädigung ziehen, doch viel häufiger ist das Gegenteil der Fall. Sehr oft bekommen wir z. B. von bekümmerten Eltern zu hören, daß der Lehrer es abgelehnt habe, ein Kind für eine höhere Schule anzumelden, da es stottere. Auch das soziale Verhalten mancher Lehrer Stotterern gegenüber (hier ist an Lehrerbemerkungen gedacht wie »Na, du Stotterbock« oder »Willst du uns mal wieder etwas vorstottern?«) weist eher auf Diskriminierung hin und läßt jedes Verständnis vermissen.

Mir scheint, daß die Frage, ob Stottern und Intelligenz im Zusammenhang stehen, bis jetzt noch nicht zur Genüge geklärt ist. Während LUCHSINGER und ARNOLD (1959) meinen, daß die Mehrzahl der Stotterer geistig hoch begabt sei, kann man bei KAINZ (10; S. 431) nachlesen: »... auch Stottern kommt in Prozentsätzen vor, die gegenüber den Nicht-Schwachsinnigen bedeutend erhöht sind«; an anderer Stelle stellt derselbe Autor fest »... wogegen Stottern gerade in schweren Fällen der Geistesschwäche seltener ist als bei den leichteren«. (10; S. 439.)

Luchsinger und Arnold wiederum zitieren eine Arbeit von KERR (1937), in der nachgewiesen wurde, daß von 139 Stotterern 21 unterdurchschnittlich, 107 mittelmäßig und 11 überdurchschnittlich begabt waren (11; S. 258). Leider ist nicht angegeben, wie die Begabungshöhe gemessen wurde.

Ergebnisse, die statistisch belegt sind und zunächst einmal gesichert erscheinen, liegen bei WIECHMANN (16), BOCHNIK u. a. (2) und BERG (1) vor. Wiechmann (1955) stellte die Begabung 200 stotternder Kinder im Rahmen einer Untersuchung über das sprachgestörte Kind fest. Diese Untersuchung wurde an vier Hamburger Sprachkrankenschulen durchgeführt. Es wurde ein Durchschnitts-IQ (nach dem HAWIK) errechnet; er betrug 94 und hatte eine Standardabweichung von 10. Eine Auswertung nach dem Alter der Kinder ergab folgende Verteilung:

Alter in Jahren	Durchschnitts-IQ
7	102
8	96
9	96
10	94
11	93

Dieser auffällige Intelligenzabfall bedeutet nicht, daß die Kinder mit zunehmendem Alter weniger begabt wären, sondern »... ist eher ein Ergebnis des Auslesevorgangs unserer Schulen, die als geheilt zuerst diejenigen Kinder entlassen, die Qualitäten besitzen, die nicht nur die therapeutischen Maßnahmen beschleunigen, sondern die auch die Intelligenz mitbestimmen« (16; S. 106). Man kann also in etwa davon ausgehen, daß intelligentere Kinder eher aus der Sprachkrankenschule entlassen werden als schwächer begabte<sup>1)</sup>. Es spricht einiges dafür, daß vor allem die relativ schwächer begabten Stotterer in die Sprachkrankenschulen kommen, wäh-

<sup>1)</sup> Wie ORTHMANN (1969) berichtet, werden bereits nach dem 2. Schuljahr 33 %, nach dem 4. Schuljahr 50 % der Stotterer entlassen.

rend die besser begabten Stotterer häufiger die normalen öffentlichen Schulen besuchen, da sie sich dort auf Grund ihrer Begabungskapazität trotz ihres Stotterns zurechtfinden können. Deshalb muß die Aussagefähigkeit des Wiechmannschen Ergebnisses so lange angezweifelt werden, als nicht bewiesen ist, daß es sich bei seiner Stichprobe nicht um eine negative Auslese handelte.

Bochnik (1963) prüfte die Intelligenz von 100 stotternden Kindern, die ebenfalls aus einer Hamburger Sprachkrankenschule stammten. Es ergab sich folgende prozentuale Verteilung der (nach dem HAWIK) ermittelten IQs:

IQ	Anteile in %
keine Angaben	1
bis 69	1
70—79	4
80—89	20
90—109	39
110—119	20
120—129	11
130 und mehr	3

Es überwiegen mittlere und gute Intelligenzen. Der Durchschnitts-IQ beträgt 103. 35 % der untersuchten Kinder waren jünger als 13 Jahre, 65 % waren 13 bis 16 Jahre alt. Auf Grund des obigen Hinweises, daß gut begabte Kinder früher entlassen werden, und auf Grund der Tatsache, daß 65 % dieser Stichprobe in die Altersklasse 13 bis 16 Jahre fallen, kann angenommen werden, daß die Begabungskapazität dieser Stotterer größer war und auch Bochnik eine negative Auslese erfaßte.

Der Unterschied zwischen den von Wiechmann und Bochnik ermittelten Durchschnitts-IQs könnte u. U. dadurch bedingt sein, daß Bochnik einen höheren Anteil von Schülern weiterführender Schulen in seine Stichprobe einbezogen hat. Er gibt den Anteil der Mittelschüler mit nicht weniger als 43 % an; Wiechmann erfaßte Kinder aus dem 1. bis 5. Schuljahr.

Berg (1) ermittelte bei 100 Kindern einen Durchschnitts-IQ (nach dem HAWIK) von 98. Die zugrunde liegende Untersuchung wurde 1963 bis 1964 in der HNO-Klinik Mainz durchgeführt. Selbst wenn man unterstellt, daß es sich hierbei um ein statistisch gesichertes Ergebnis handelt, erscheint jedoch seine Schlußfolgerung » . . . jede frühere oder spätere anders lautende Behauptung dürfte sich als nicht ernst zu nehmende Verallgemeinerung erweisen« fragwürdig und anmaßend.

Das Westfälische Landeskurheim für Sprachgeschädigte in Hamm (Westfalen) nahm in der Zeit vom 17. September 1967 bis zum 31. Juli 1968 126 Kinder mit der Symptomatik Stottern auf; es handelt sich dabei um Kinder im Schulalter von 6 bis 15 Jahren, die im Kurheim untersucht und behandelt wurden.

Die Intelligenzleistungen dieser Kinder wurden ebenfalls mit dem HAWIK gemessen; es gab vier Versuchsleiter. Der ermittelte Durchschnitts-IQ betrug 112. Die gewonnenen Ergebnisse konnten durch die schulische Beurteilung eines Sonderschulpädagogen und durch Verhaltensbeobachtungen gestützt werden. Die Signifikanzprüfung nach der Chi-Quadrat-Methode ergab, daß die Nullhypothese, die besagt, daß dieses Ergebnis zufällig zustande kam, allerdings nicht widerlegt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, daß die Ergebnisse auf Zufallseinflüssen beruhen, beträgt etwa 12 %. Stellt man die Normalverteilung (in der angegeben wird, wieviel Prozent der Bevölkerung eine bestimmte Intelligenzhöhe haben) und die tatsächlich beobachtete Verteilung gegenüber, erhält man folgendes Bild:

IQ	Normalverteilung	beobachtete Verteilung
unter 70	2,2 %	0 %
70— 79	6,7 %	4,8 %
80— 89	16,1 %	8,0 %
90—109	50,0 %	53,1 %
110—119	16,1 %	20,6 %
120—129	6,7 %	10,3 %
130 und mehr	2,2 %	3,2 %

Besonders im dritten (IQ zwischen 80 und 89), fünften (IQ zwischen 110 und 119) und sechsten Zwischenbereich (IQ zwischen 120 und 129) sind die unterschiedlichen Prozentwerte sehr deutlich. Da außerdem 50 % der Fälle in den vierten Zwischenbereich (IQ zwischen 90 und 109) fallen und beobachteter und erwarteter Wert fast übereinstimmen (50 % zu 53,1 %), wurde errechnet, wieviel Prozent unserer »Normalbegabten« einen IQ zwischen 90 und 99 und wieviel einen IQ zwischen 100 und 109 hatten. Die ermittelten Werte (31 % und 69 %) lassen darauf schließen, daß auch innerhalb der Normalbegabungsspanne gute Durchschnittsbegabung vorwiegt. Die Überprüfung mit der Chi-Quadrat-Methode ergibt, daß die Abweichung der erhaltenen Werte 31 % zu 69 % zu den erwarteten 50 % zu 50 % sehr signifikant ist, d. h., es ist kein Zufall, daß die durchschnittlich begabten Kinder unserer Stichprobe einen IQ hatten, der eher zwischen 100 und 109 liegt als zwischen 90 und 99. Insgesamt kann gesagt werden, daß gute Begabung in der beobachteten Verteilung (vgl. vorstehende Tabelle) linear ansteigt.

Die Aussagefähigkeit dieses Ergebnisses könnte theoretisch durch drei Einwände in Zweifel gezogen werden.

Erster Einwand: Bei den Kindern, die dem Kurheim zugeführt werden, handelt es sich um eine positive Auslese, d. h., schwachbegabte Stotterer werden in anderen Heimen untergebracht. Dieser Einwand kann entkräftet werden. Es wurde geprüft, was mit den den Gesundheitsämtern gemeldeten sprachgestörten Kindern 1967 und 1968 geschehen war<sup>2)</sup>.

Außer den 126 Kindern, die in das Sprachheilheim aufgenommen wurden, waren weitere 139 Sprachgeschädigte<sup>3)</sup> gemeldet worden; hierunter befanden sich nur 15 Kinder, die stotterten. Sie wurden deswegen in anderen Heimen untergebracht, weil sie außerdem mehr oder weniger starke Stammerler waren. Von dieser Gruppe stellten sich 10 als normal begabt, 3 als schwachbegabt (IQ zwischen 80 und 89) und 2 als sehr schwach begabt heraus (IQ zwischen 70 und 79). Erweitert man die Stichprobe durch Einbeziehung dieser 15 Kinder auf  $N = 141$ , dann sinkt der Durchschnitts-IQ geringfügig; die Zufallswahrscheinlichkeit erhöht sich auf 15 bis 18 %.

Ein zweiter Einwand gegen unser Untersuchungsergebnis könnte sich aus der Annahme ergeben, daß nur Eltern aus den sogenannten mittleren und höheren Sozialschichten sich in ausreichender Weise um ihre sprachgeschädigten Kinder kümmern, das heißt in unserem Falle, sie zur stationären Behandlung schicken<sup>4)</sup>. Auch dieses Argument läßt sich leicht widerlegen. 65 % der Väter unserer Kinder sind Arbeiter, davon 16 % ungelernete Arbeiter, während im Durchschnitt in NRW

<sup>2)</sup> Herr LOVR Wallrabenstein stellte die entsprechenden Unterlagen in dankenswerter Weise zur Verfügung.

<sup>3)</sup> Gaumenspalten und aphasische Störungen nicht einbezogen.

<sup>4)</sup> Dabei ist impliziert, daß Kinder aus diesen Schichten wegen ihrer besseren »Startbedingungen« ein höheres durchschnittliches Intelligenzniveau erreichen als Gleichaltrige aus den unteren Schichten.

nur 51 % der Erwerbstätigen Arbeiter sind. Laut mündlicher Mitteilung des Herrn LOVR WALLRABENSTEIN, Sprachheilbeauftragter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, sind es auch erfahrungsgemäß eher die Eltern aus den sogenannten gehobenen Sozialschichten, die ihre Kinder wegen des möglichen Schuljahrausfalls nicht zur stationären Behandlung schicken, sondern es vorziehen, sie ambulant und privat behandeln zu lassen.

Ein dritter Einwand könnte schließlich damit begründet werden, daß Versuchsleiterinflüsse bestimmte Testergebnisse hervorrufen können. Die Testuntersuchungen wurden aber von vier Testleitern durchgeführt, denen nicht gleiche Vorurteile und die gleiche Neigung unterstellt werden können, ihre Probanden für intelligenter zu halten, als sie in Wirklichkeit sind.

Haben nun die obengenannten Ergebnisse, die insgesamt gesehen nicht mit einer statistischen Signifikanz untermauert sind, irgendeine Bedeutung? Sagen sie etwas Neues über Stottern und Intelligenz aus? Was ergibt sich aus ihnen?

Folgende Schlußfolgerungen können aus dem Dargelegten gezogen werden:

Wahrscheinlich besteht zwischen Stottern und Intelligenz eine Beziehung der Art, daß intelligentere Kinder eher zum Stottern neigen als mäßig und unterdurchschnittlich begabte Kinder. Das Ergebnis besagt nicht, daß Stotterer per se intelligenter sind als Nicht-Stotterer.

Bekanntlich muß Stottern als multifaktorielles Problem angesehen werden (vgl. dazu BOCHNIK u. a., BERG, HENNIG und RINGSDORF sowie HEESE), das ganz unterschiedliche Ursachen haben kann. So können erbbiologische, konstitutionelle, hirnganische oder psychische Faktoren ausschlaggebend für das Auftreten des Symptoms gewesen sein. Wegen der verschiedenartigen ätiologischen Möglichkeiten wird verständlich, daß nicht etwa gefolgert werden kann, Stotterer seien intelligenter als Nicht-Stotterer.

Lautet die Aussage: intelligente Kinder neigen eher zum Stottern, dann können — müssen aber nicht — alle aufgeführten Faktoren genetisch wirksam gewesen sein. Bei gleicher erbbiologischer oder konstitutioneller Belastung z. B. würde nach unserer Hypothese das Kind eher anfangen zu stottern, das intelligenter ist.

Auch FREUD sprach seinen Neurotikern eine relativ hohe Intelligenz und Differenzierungsfähigkeit zu, ohne die es seiner Meinung nach gar nicht zur Neurose kommen konnte. So hat auch Stotterverhalten häufig psychische Auslösemomente, seelisch traumatisierende Erlebnisse zur Ursache. Für ein intelligentes Kind mögen halb ernsthafte Redewendungen wie »Ich hau ab, wenn du so weitermachst« traumatisierend wirken, während sie bei anderen Kindern keine Spuren hinterlassen; ebenso »lernt« ein intelligentes Kind u. U. schneller, daß die Eltern z. B. mit vermehrter Zuwendung reagieren, wenn es ein paarmal »angestoßen« oder »stecken geblieben« ist, und behält dieses Verhalten bei, um sich die elterliche Zuwendung zu sichern.

Stottern wird also bei intelligenten Kindern häufig durch einen psychischen Konflikt ausgelöst. Daß das Symptom Stottern und nicht Enuresis, Schlafstörung o. ä. ist, mag daran liegen, daß das Sprachzentrum bei diesen Kindern locus minimae resistentiae ist.

Es fragt sich nun, warum weniger gut begabte Kinder ebenfalls stottern. Die Entstehungsursache könnte hier folgende sein: Das Stottern wurde als sekundäres Symptom dem Stammeln aufgepfropft. Im Stammelstadium wurde das Kind immer wieder aufgefordert, langsam und deutlich zu sprechen, bis es aus einer inneren

Abwehr blockierte, Atemstauungen produzierte und es u. a. zu tonischen Ansatzstörungen kam. Manchmal wird auch das Poltern erethisch Schwachsinniger mit Stottern verwechselt.

Ebenfalls führen Hirnorganschäden bei Schwachbegabten oftmals zur Sprachstörung »Stottern«. Aus dieser Überlegung heraus wurde die Genese des Stotterns bei den 17 Kindern unserer Stichprobe, die einen IQ unter 90 hatten, geprüft. 10 Kinder hatten nachweislich ein langes Stammelstadium durchgemacht, 5 Kinder hatten mit Sicherheit einen Hirnorganschaden, der sich u. a. auch im EEG nachweisen ließ, bei weiteren 6 Kindern konnte mit einiger Sicherheit ein HO vermutet werden.

Anzahl	Stotternde Kinder mit IQ < 90 davon mit ...		
	sicherem HO	wahrscheinlichem HO	HO und langem Stammelstadium
5	5	—	2
6	—	6	3
5	—	—	5
1	—	—	—
17	5	6	10

16 der 17 Kinder hatten also entweder ein langes Stammelstadium durchgemacht (10 von 17) oder litten mit einiger Wahrscheinlichkeit an einem Hirnschaden (11 von 17). Außerdem hatten alle 15 Kinder, die uns in den Jahren 1967/1968 nicht zugeführt worden waren, ein langes Stammelstadium mitgemacht.

Zusammengefaßt: Zwischen Stottern und Intelligenz wird ein positives Beziehungsverhältnis angenommen; es lautet: Intelligente Kinder neigen wegen ihrer größeren Differenzierungsfähigkeit, ihres Einfühlungsvermögens und ihrer Sensibilität eher zum Stottern. Psychische Faktoren spielen genetisch gesehen hierbei die entscheidende Rolle.

Wenn schwachbegabte Kinder stottern, ist dieses in der Regel als sekundäres Symptom anzusehen, zu dem es durch einen Hirnorganschaden oder ein langes Stammelstadium gekommen ist.

Es wäre von großem Interesse, zu sehen, ob diese Annahmen sich bei einer größeren Stichprobe bestätigen würden.

Schließlich erhebt sich die Frage, ob die intelligenten stotternden Kinder ihrer Begabung entsprechend gefördert werden.

Von unseren Kindern, die einen IQ über 110 hatten, besuchten 26% das Gymnasium, 14% die Realschule und 60% die Volksschule. Leider ist nicht bekannt, wie die Normalverteilung für Kinder dieser Intelligenzstufe aussieht. Unserer Meinung nach müßten sich diese Zahlen zugunsten des Gymnasiums und der Realschule verändern. Ob die Errichtung weiterer Sprachheilschulen oder Sprachkrankenschulen die ideale Förderungsmöglichkeit darstellt, sei dahingestellt. Sicherlich sind die Kinder hier nicht isoliert in ihrem Leiden, brauchen keine Minderwertigkeitsgefühle zu entwickeln, und ihr Selbstbewußtsein wird nicht in der Weise beeinträchtigt, wie es leider manchmal in den Normalschulen der Fall ist. Dennoch sollten auch die Nachteile derartiger Schulen nicht übersehen werden. Der Stotterer wird sich so lange wohl fühlen, wie er sich im Schulgelände befindet. Dann aber kommt das große Problem der Kontaktaufnahme zur Umwelt. Da er keine Übung im Umgang mit Nicht-Sprachgestörten hat, wird ihm der Kontakt sehr schwerfallen. In der Sprachkrankenschule wächst er in einem gewissen Treibhausklima auf, aus dem er jäh nach der Schulentlassung herausgerissen wird. Diese Gründe werden u. a. eine Rolle dabei gespielt haben, als die Hamburger Sprachkrankenschulen beschlossen,

gut begabte Stotterer früh zu entlassen (30 % aller Stotterer nach dem 2., 50 % nach dem 4. Schuljahr; nach ORTHMANN).

Wenn also die Symptomansammlung in Sprachkrankenschulen nicht befürwortet werden kann, welche Forderung ergibt sich dann daraus, daß wir wissen, wie viele Stotterer gut begabt sind? Bessere Schulung unserer Lehrer! Viele wissen nicht einmal, daß jährlich alle sprachgestörten Kinder dem Gesundheitsamt gemeldet werden sollen, damit sie in der Sprachheilfeilsorge erfaßt werden können.

Ganz gleich, ob die Lehrer glauben, daß sie es mit schwach- oder gutbegabten Kindern zu tun haben, eines haben fast alle gemeinsam: sie wissen nicht, wie sie sich dem stotternden Kind gegenüber verhalten sollen. Zum Teil fordern sie es zu keiner sprachlichen Äußerung mehr auf (Antworten dürfen an die Tafel geschrieben werden usw.), zum anderen fordern sie es in sehr extremem Maße, da man sich ja nicht täuschen lassen will (vgl. Berg).

#### *Zusammenfassung:*

An einer Stichprobe von 126 stotternden Jungen und Mädchen im Alter von 6 bis 15 Jahren wurden Intelligenzuntersuchungen von vier verschiedenen Versuchsleitern durchgeführt. Es wurde ein Durchschnitts-IQ von 112 ermittelt; die Abweichung von der Normalverteilung ist nicht signifikant (Zufallswahrscheinlichkeit beträgt 12 %). Trotzdem scheint ein Beziehungsverhältnis positiver Art zwischen Stottern und Intelligenz vorzuliegen; es besagt, daß intelligente Kinder eher zum Stottern neigen als nur durchschnittlich oder schwach begabte. Einwände, die gegen die Aussagefähigkeit unseres Ergebnisses gemacht werden könnten, wurden durchdacht. Abschließend wird die Frage erörtert, ob die sprachgestörten Kinder ihrer Begabung entsprechend schulisch gefördert werden. Uns scheint, daß das nicht der Fall ist. Durch bessere Schulung der Lehrer könnte mit Sicherheit einiges erreicht werden.

#### *Literatur:*

- (1) Berg, K. H.: Zur Diagnostik, Typologie und Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher. In: Die Sprachheilarbeit, Heft 2, 1965, S. 33—50.
- (2) Bohnik, H. J., Barz, H., Kühn, W., Legewie, H., Spink, H., und Wiedefeld, H.: Stottern als multifaktorielles Problem. In: Bericht 5. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V. Hamburg 1963, S. 57—76.
- (3) Fernau-Horn, H.: Die Sprachneurosen. Aufbauformen — Wesen, Prinzip und Methode der Behandlung. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1969.
- (4) Fitz, O.: Schach dem Stottern. Lambertus-Verlag, Freiburg i. B. 1961.
- (5) Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und neue Folgen. S. Fischer, 1969, *Conditio Humana*, Studienausgabe, Bd. 1.
- (6) Heese, G.: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Carl Marhold Verlag, Berlin-Charlottenburg 1960.
- (7) Hennig, W.: Beiträge zur Erforschung des Stotterns. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1959.
- (8) Jorswiek, E., und Stephan, O.: Differenzierende Betrachtung zur Intelligenz von stotternden und stammelnden Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 5, 1966.
- (9) Kainz, F.: Psychologie der Sprache, 1. Bd. Grundlagen der allgemeinen Sprachpsychologie, Stuttgart 1954.
- (10) Kainz, F.: Psychologie der Sprache, 2. Bd. Vergleichend-genetische Sprachpsychologie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1960.
- (11) Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer Verlag, 1949.
- (12) Mittenecker, E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. Verlag F. Deuticke, Wien 1963.

- (13) Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Carl Marhold Verlag, Berlin-Charlottenburg 1969.
- (14) Schepank, H.: Intelligenzleistungen, Schulschwierigkeiten und psychosomatische Probleme bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 1, 1970.
- (15) Schneider, E.: Über das Stottern. Ursache, Entstehung, Verlauf und Heilung. Hans Huber Verlag, Bern 1953.
- (16) Wiechmann, J.: Untersuchungen über die Intelligenz stotternder Kinder. In: Bericht über die 1. Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V. Hamburg 1955, S. 102—106.

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Psych. Gabriele Hartz, 47 Hamm, Westfälisches Landeskurheim für Sprachgeschädigte, Heithofer Allee 62.

## Umschau und Diskussion

*Heinz Lang, Hameln*

### Das »Hamelner Modell«, eine Schule für cerebral geschädigte Kinder

Begründung, Entwicklung, Organisation und Probleme

Im Maiheft 1969 der Zeitschrift für Heilpädagogik wurden Gedanken »zum Auftrag schulischer Einrichtungen für cerebral geschädigte Kinder« konzipiert, die in der Leserschaft ein außerordentlich positives Echo gefunden haben. Dieser Abriß entsprang nicht einer theoretisierenden Vorstellung, sondern ist aus der Arbeit mit sogenannten »geistig Behinderten« erwachsen, wobei die »Sprachstörungen bei cerebralen Mehrfachschädigungen im Kindesalter« (Sprachheilarbeit Nr. 2/1968) eine wesentliche Grundlage darstellen. Es wird deshalb nachfolgend ein kritischer und begründeter Erfahrungsbericht aus der Entwicklung des »Hamelner Modells« zur Diskussion gestellt.

#### Begründung:

Sicher ergibt sich nach dem zitierten Aufsatz konsequenterweise die Frage, wie eine solche Schule in der Praxis gestaltet sein müsse, um ihren Auftrag zu erfüllen. Nach dem Gesagten kann es sich nicht um die Konzeption einer Erziehung und Bildung von »Schwachbegabten« oder geistig Behinderten im Sinne der Schwachsinnigenpsychologie und -pädagogik handeln, wie dies nach den Vorstellungen der Lebenshilfe und den entsprechenden Empfehlungen der Kultusministerien angeregt und in den meisten bestehenden, noch jungen Einrichtungen dieser Art auch zu praktizieren versucht wird.

Die Orientierung der bestehenden Schulen für geistig Behinderte erfolgt an der Intelligenz, genauer: der theoretischen Intelligenz, ausgedrückt durch die Quotienz, wobei als trennende Grenze zwischen Lernbehinderten und geistig Behinderten mit einigen Schwankungen etwa eine Quotienz von 0,60 bis 0,65 angesehen wird. Dabei wird allzuleicht übersehen, daß diese theoretische Intelligenz nur eine recht einseitige Betrachtungsweise darstellt, die den Behinderten nur sehr unvollkommen gerecht wird, zumal unbewußt vom gesellschaftlichen Standpunkt aus mit der immer noch herrschenden Überbetonung der einseitigen Intelligenz sehr leicht die Gefahr einer Minderbewertung dieser Behinderten besteht, die durch Mitleid im öffentlichen Bewußtsein kompensiert werden könnte. Aber weder die unbewußte Minderbewertung noch das bewußte Mitleid sind günstige Ausgangspunkte für eine heilpädagogische Wirksamkeit mit dem Ziel einer weitgehenden Habilitation. Vielmehr ist dazu eine angepaßte Bildung im vollen Sinne notwendig, die einen entsprechend revidierten pädagogischen Standort — medizinisch, heilpädagogisch und gesellschaftlich — zur Voraussetzung hat.

Eine psychometrische Überprüfung der praktischen Intelligenz mit den daraus zu folgenden Relevanten erfolgt praktisch nie, es sei denn, man wertet den Handlungsteil eines

theoretischen Intelligenztests als solche, was allerdings ein fragwürdiges Unterfangen darstellt.

Man hat den Begriff der geistigen Behinderung vielfach wohlwollend umschrieben und spricht von »motorisch« oder »praktisch« Bildbaren, um dem Begriff des Schwachsinns auszuweichen, in der vorgefaßten Meinung, der theoretisch Entwicklungsgehemmte oder »Schwachbegabte« — ebenfalls eine menschenfreundlich sein sollende Umschreibung — sei auf praktischem Gebiet zu fördern.

Die vielgestaltigen Erscheinungsbilder von Kindern in den Tagesstätten, Schulen und Werkstätten mit ihren paretischen, plegischen, koordinativen, spastischen, choreatischen oder athetischen Motilitätsstörungen weisen jedoch ganz im Gegenteil in eine völlig andere Richtung. Es handelt sich also weitgehend auch um körperliche Behinderungen, wodurch die »praktische Bildbarkeit« vielmehr zu einem Problem ersten Ranges wird, wie auch jeder bestätigen wird, der mit solchen Kindern arbeitet. Gar keine Aussagen machen in der Regel die Untersuchungsbefunde bei der Überprüfung der Förderungsfähigkeit über die »emotionale« und »soziale« Intelligenz, wenn man schon beim Begriff der Intelligenz bleiben will.

Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, daß es solche emotionalen und sozialen Intelligenzen gibt. Sie sind allerdings bisher nicht mit metrischen Methoden exakt prüfbar und werden deshalb zu gern ignoriert. Sie lassen sich aber in etwa umreißen, durch längere Verhaltensbeobachtungen in verschiedenen Situationen etwa die emotionale Intelligenz, durch Verfolgung des Lebens- und Berufsweges, auch der Eltern, die soziale Intelligenz. Ihre Berücksichtigung bei der Überprüfung der Bildungsfähigkeit und in der Betreuung der geistig Behinderten sollte mehr als bisher in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden. Im übrigen wird jedoch die Fragwürdigkeit der Orientierung der geistigen Behinderung an solchen intellektuellen Maßstäben an diesen Gedankengängen deutlich.

Das Problem liegt grundsätzlich anders. Wie in der Abhandlung »Zum Auftrag schulischer Einrichtungen . . .« dargestellt wurde, handelt es sich in der Regel um Cerebralschädigungen unterschiedlicher Ätiologie mit verschiedenartiger Symptomatologie, wobei komplexe Schädigungen überwiegen, jedoch isolierte Defekte von erheblicher Gravidität auch nicht selten sind. Das bedeutet, um die geläufige, an der Intelligenz orientierte Terminologie zu gebrauchen, daß z. B. ein Kind mit durchweg normalen Intelligenzleistungen auf allen Gebieten weder in der Volksschule noch in der Hilfsschule gefördert werden kann, weil es am praktisch totalen Ausfall des Kurzzeitgedächtnisses leidet, verbunden mit Konzentrationsschwäche, stark verminderter Ausdauer und beträchtlicher psychomotorischer Unruhe bei allgemeiner psychischer Labilität mit depressiven Tendenzen infolge eines eng begrenzten fokalen Hirndefekts. Uns ist der Fall eines solchen Kindes bekannt mit einem IQ von 0,87 nach Kramer, das mit den geschilderten Ausfällen entscheidende Kriterien für die Einweisung in die Schule für Cerebralschädigte aufwies. Nach hilfsschulpädagogischen Gepflogenheiten würde man hier von einem intellektuell begründeten lernschwachen Kind sprechen und es in eine Hilfsschule einweisen, da es ja mit einem IQ von 0,87 an der Grenze zur Debität steht.

Das genannte Beispiel macht den Unterschied deutlich zwischen der Auffassung einer Schule für geistig Behinderte im schwachsinigen und im hirnpathologischen Sinne. Deshalb sollte die Heilpädagogik sich klarer der Unterschiede bewußt werden, die zwischen Schwachsinnsformen und **Hir n l e i s t u n g s s c h w ä c h e** bestehen. Dieser Begriff ist in der Neurologie der Erwachsenen ein feststehender Begriff zur Unterscheidung von den dementen Schwachsinnsformen, in der Heilpädagogik des Kindesalters ist er noch so gut wie unbekannt. Bei dem oben geschilderten Kind handelt es sich um eine solche Hirnleistungsschwäche, die sich durch ihre lokale Einseitigkeit auszeichnet.

Es ergibt sich deshalb die Frage, welcher Kreis von geschädigten Kindern für eine solche Schule für Cerebralschädigte in Frage kommt. Die Lebenshilfe-Empfehlungen sehen vor, alle Kinder der Tagesstätte vom Einschulungsalter an hierfür vorzusehen, ohne Rücksicht auf Art oder Umfang der Schädigung. Sie wollen hierdurch eine unterschiedliche Wertung der behinderten Kinder vermeiden, weil dann in der Tagesstätte verbleibende Kinder den untersten Wertrang besäßen. Allein diese Formulierung aus berufenem Munde der Lebenshilfe zeigt in aller Deutlichkeit, woran die pädagogische Arbeit der Tagesstätten

von der Lebenshilfe selbst gemessen wird: an der intellektuellen Wertung, mit anderen Worten an den Kriterien des Schwachsinn.

Grundsätzlich könnte dem Vorschlag zugestimmt werden, ohne jedoch damit den gleichen Standpunkt zu teilen. Dann müßten allerdings die Bedingungen des Schulsektors räumlich, fachlich und personell eine entsprechende Organisation des Schulbetriebes mit geeigneter Förderung der Kinder zulassen. In vielen Einrichtungen der Lebenshilfe sind zur Zeit die Bedingungen besser als in der Schule.

Die Bedingungen sind jedoch im Bereich der Schulträger und Schulverwaltungen ungeeignet aus folgenden Gründen:

1. Die räumlichen Verhältnisse sind zunächst nicht angepaßt (zuwenig, zu große, z. T. auch zu kleine Räume), Mangel an geeigneten Nebenräumen, unangepaßte Raumgliederung.
2. Die personellen Verhältnisse sind unterwertig, da man Kindergärtnerinnen und Jugendleiterinnen für ausreichend qualifiziert hält, bei nur einem ausgebildeten Sonderschullehrer — dem Leiter —, die notwendigen Maßnahmen zur Förderung und Habilitation durchführen zu können. Außerdem fehlt es an Pflegepersonal für die Erledigung der vitalen Bedürfnisse. Darüber hinaus fehlen Fachkräfte wie Beschäftigungstherapeuten, Heilgymnastinnen, Logopädinnen, Aufsichtspersonal für wartende Fahrschüler, Psychologe, um nur wahllos einige zu nennen.
3. Die materiellen Bedingungen sind unzureichend, da die Etatmittel für Einrichtung und Verbrauchsmittel bei weitem nicht ausreichen.
4. Die zeitlichen Möglichkeiten sind zu gering, da Behinderte der Ganztagsbetreuung bedürfen. Vielfach liegt ihre Schulzeit beträchtlich unter dem Minimum, das Volksschülern zugestanden wird.
5. Die zahlenmäßigen Voraussetzungen sind nicht gegeben, solange bei der Bemessung der Planstellen nicht maximal 8 Kinder pro Gruppe zugrunde gelegt werden.
6. Die Schulwege sind, sofern es sich um weiter entfernt wohnende Kinder handelt, transportmäßig nicht immer ausreichend versorgt.
7. Die bürokratischen Vorgänge sind zu umständlich und zu langwierig, so daß im Zuge des Auf- und Ausbaues solcher Schulen kostbare Zeit verlorenght, wodurch die Grenzen der Besserungs- und Entwicklungsfähigkeit weiter beengt werden, da für den Erfolg das frühe Einsetzen heilpädagogischer Tätigkeit, möglichst vor dem 8. Lebensjahr, von entscheidender Bedeutung ist.

Andererseits muß davon ausgegangen werden, daß eine Schule für Cerebralgeschädigte auch nach leistungsmäßigen Prinzipien im Rahmen der Kulturtechniken und der Sachkunde arbeitet, wenn auch weitgehend — den Schädigungen entsprechend — nur auf Teilgebieten. Das hat zur Folge, daß durch eingehende körperlich-geistige Untersuchungen eine Eignung für diese Schulform festgestellt werden muß. Dabei bleibt es nicht aus, daß auch Kinder über das 6. Lebensjahr hinaus weiter in der Lebenshilfe-Tagesstätte verbleiben, um dort nach allerdings anderen Gesichtspunkten als in der Schule parallel zu dieser habilitiert zu werden, auch mit anderer Zielsetzung. Dabei sollte jedoch dafür gesorgt werden, daß eine permanente Durchlässigkeit zwischen beiden Einrichtungen besteht, so daß ein Übertritt jederzeit möglich ist. Darüber hinaus dürfte sich, bei sorgfältig abgestimmter Zusammenarbeit, auch ermöglichen lassen, das Prinzip der Ganztagsbetreuung auch für die in der Schule befindlichen Kinder verwirklichen zu lassen. Es handelt sich hierbei lediglich um eine organisatorische Frage.

Die Konzeption einer Sonderschule im umrissenen cerebralpathologischen Sinne läßt sich allerdings nur dann durchführen, wenn bereits bei der Entwicklung aus den ersten Anfängen heraus die Grundsätze dieser Zielstellung vorliegen. Eine Umstrukturierung schon bestehender Einrichtungen dürfte dagegen aus verschiedenen Gründen kaum möglich sein.

So kann die Hamelner Schuleinrichtung in diesem Sinne als Modellfall gelten. Es handelt sich dabei um eine Schule, deren Zuzugsgebiet aus der Stadt Hameln mit etwa 50 000 Einwohnern mit einem ländlichen Hinterland von etwa 150 000 Einwohnern besteht. Es ist eine Schule, die in schneller Entwicklung begriffen ist, ein Zeichen dafür, wie die Bedürfnisse und Notwendigkeiten drängen.

#### Entwicklung von 1965 bis 1970

Ostern 1965: Aufnahme von 4 geistig Behinderten, die zusammen in Form eines Gruppenunterrichts mit einer Klasse 4 von Lernbehinderten betreut wurden.

Ostern 1966: Durch laufende Neuzugänge im Schuljahr 1965/66 und 13 Neuaufnahmen zu Ostern 1966 Anwachsen der Schülerzahl auf 22 Kinder, die als eine Förderklasse im Verband der Sonderschule für Lernbehinderte betreut wurden.

Dezember 1966: Die 22 Kinder werden in 2 Klassen aufgeteilt, die von 1 Lehrer betreut werden, und räumlich von der Sonderschule für Lernbehinderte getrennt durch Unterbringung in 1 Raum einer Volksschule.

August 1967: Aufnahme von weiteren 12 Kindern, so daß nun 3 Gruppen mit insgesamt 34 Kindern von 1 Lehrer betreut wurden.

September 1967: Abstellung eines zweiten Lehrers von der Sonderschule für Lernbehinderte. Stand: 34 Kinder, 3 Gruppen, 2 Lehrer, 1½ Klassenräume.

August 1968: Umsiedlung in 2 Klassenräume einer anderen Volksschule, keine Neuaufnahmen. Antrag des Rates der Stadt Hameln auf Errichtung einer Abteilung für geistig Behinderte an der Sonderschule für Lernbehinderte durch die Regierung.

August 1969: Anerkennung als »Sonderklassen an der Sonderschule für Lernbehinderte« durch die Regierung, Aufnahme von weiteren 21 Kindern, von denen 10 die Schule aus Weggründen noch nicht besuchten, 1 Abgang in ein Heim, Zuweisung einer 3. Lehrkraft (heilpädagogisch ausgebildete Kindergärtnerin). Listenmäßiger Bestand 55 Kinder, davon beschult 44 Kinder in 5 Gruppen durch 3 Lehrer in 2 Räumen und einem als Mehrzweckraum nicht für Unterrichtszwecke geeigneten Raum. Zur Linderung der drängenden Raumnot wurde während der Sommerferien ein normaler Klassenraum durch Einbau einer Zwischenwand zweigeteilt, so daß ein Raum von etwa 18 qm und ein Raum von etwa 36 qm entstand. Der kleine Raum, begehbar durch den größeren, muß bis zu 12 behinderte Kinder fassen.

Oktober 1969: Zuweisung einer 4. Lehrkraft (ebenfalls ehemalige Kindergärtnerin mit Zusatzausbildung für Rhythmik und Bewegungstherapie). Stand: 4 Lehrer bei 44 beschulten Kindern in 3 Räumen.

Anfang 1970: Einsatz von Schulbussen für die Behinderten und Schulung aller Behinderter. Stand: durch inzwischen erfolgte Neuzugänge 62 Kinder in 6 Gruppen bei 4 Lehrern in 3 Räumen. Zuweisung einer Beschäftigungstherapeutin von der Lebenshilfe zur Beaufsichtigung der wartenden Fahrkinder; sie wurde jedoch mit entsprechenden Arbeitsbereichen voll in den Gesamtplan integriert.

#### *Welche Kinder besuchen die Schule oder haben diese besucht?*

1. Geistig Behinderte mit unterschiedlicher intellektueller Schädigung im Zusammenhang mit hirnanorganischen Syndromen.
2. Spastiker mit erheblicher Mehrfachschädigung (körperlich, sprachlich, intellektuell).
3. Schwer Sprachgeschädigte aus hirnanorganischer Ursache bei normaler Intelligenz.
4. Cerebralparetiker mit Sprachstörungen.
5. Hirnanorganiker mit lokalen erheblichen Hirnleistungsschwächen, auch bei sonst guter Intelligenz.
6. Vom Schulbesuch wegen zentralorganisch bedingter Entwicklungsretardierung zurückgestellte Kinder.
7. Lernbehinderte aus hirnanorganischer und psychogener Ursachenbeteiligung heraus.
8. Sinnesgeschädigte Kinder (hör- und sehbehindert) in Verbindung mit zentralorganischer Schädigung.
9. Kinder mit Unfall- und Operationsfolgen nach hirnanorganischer Schädigung.
10. Imbezille und Mongoloide in besonderen Fällen.

Aus dieser Zusammenstellung des Kindergutes mag der Unterschied in der Auffassung von geistig Behinderten im Sinne der Schwachsinnformen und im Sinne der Hirnpathologie noch deutlicher werden als durch die theoretischen Ausführungen.

Bei all diesen Kindern handelt es sich zunächst um eindeutige Schulversager im Rahmen

der Volksschule und der Hilfsschule, selbst bei relativ hohem IQ. Andererseits wird gerade hierbei die Fragwürdigkeit der isolierten Betrachtungsweise des IQ deutlich, von der aus landläufig immer noch die Staffelung der Schulfähigkeit für die einzelnen Schultypen abhängig gemacht wird. Gerade bei hirnorganischer Schädigung ist es sehr oft nicht so, daß bei einem IQ über 0,90 z. B. Volksschulfähigkeit besteht und bei einem IQ etwa unter 0,60 die Bedürftigkeit im Sinne der Sonderschule für geistig Behinderte beginnt.

Das Hamelner Modell, das immer noch in den Anfängen der Entwicklung steckt und zudem — angesichts der gestellten Aufgabe — unter völlig unzureichenden äußeren Verhältnissen arbeitet, hat durch die bisherigen Erfahrungen bereits jetzt eindeutig bewiesen, daß der qualitativen Analyse der psychologisch-heilpädagogisch-ärztlichen Untersuchungsbefunde die entscheidende Bedeutung für die Beurteilung der pädagogischen Förderungsbedürftigkeit und -fähigkeit zukommt, wohingegen der IQ nur eine rein rechnerische Bedeutung bekommt. So können Kinder beispielsweise mit einem IQ unter 0,50 bei entsprechend ausgebildeten Partialfunktionen besser lesen, schreiben oder rechnen als andere mit einem IQ über 0,80, dafür zeigen sie diesen gegenüber erhebliche Abweichungen in anderen Funktionsbereichen. Vor allem spielen bei der Beurteilung die psycho-organischen Schädigungen im sozialen, emotionellen und voluntativen Bereich eine sorgfältig beachtete Rolle, die bei der einseitigen pädagogischen Beobachtung allzuleicht einer folgenschweren Fehldeutung unterliegen können. Deswegen wird großer Wert auf die zunächst diagnostische Mitwirkung von Fachärzten, in erster Linie Neurologen, gelegt, gegebenenfalls wird auch von den vorhandenen stationär-klinischen Möglichkeiten Gebrauch gemacht. Dabei gewinnen elektrisches Hirnwellenbild und Röntgenbefunde eine nicht zu unterschätzende Bedeutung im Hinblick auf den Nachweis organischer Läsionen und ihre Lokalisation. Die Kenntnis dieser Befunde ist deshalb besonders wichtig, weil u. a. durch laufende Kontrollen die Krankheitsentwicklung und die Prognose der pädagogischen Maßnahmen sowie deren Ansatzmöglichkeiten fixiert werden und viele Verhaltensweisen der Kinder eine signifikante Deutung erfahren.

Es mag auch interessieren, daß etwa ein Drittel der Kinder des Hamelner Modells unterschiedliche Krampfleiden haben, die medikamentös behandelt werden müssen. Der Einfluß dieser durchweg dämpfenden Mittel zur Krampfhemmung und motorischen Beruhigung auf die allgemeine Hirnleistungsfähigkeit und damit auf das schulische Leistungsvermögen liegt auf der Hand, obwohl dieser Umstand in der Schulpraxis immer wieder erstaunlich vernachlässigt wird.

#### Organisation:

Die aufgezählten Schädigungsgruppen machen es notwendig, daß — der Gesamtstruktur des jeweiligen Kindes entsprechend — in der Organisation eine Vierteilung erforderlich wird

1. für Kinder, die von vornherein befristet die Schule besuchen, solange eine Schädigung schulbehindernd besteht,
2. für Kinder, die dauernd die Schule besuchen wegen Schwere und Umfang ihrer Schädigung,
3. für Kinder, die während der Zeit der Zurückstellung heilpädagogisch gefördert werden,
4. für Kinder, die zur näheren Abklärung und Beobachtung eingewiesen werden.

Das Ideal wäre nun eine entsprechend dieser Aufteilung klare Gliederung der Gruppen:

1. Leistungsgruppen für die dauernd beschulten Kinder, wobei die Zusammensetzung der Gruppen nicht nach Jahrgängen erfolgt, sondern nach Art und Umfang der Schädigung mit entsprechend sich verändernder Funktionstüchtigkeit, wobei der Wechsel eines Kindes von einer Gruppe zur anderen jederzeit möglich ist ohne Bindung an bestimmte Halbjahres- oder Jahrestermine.
2. Förderungsgruppen für die befristet eingeschulten Kinder bis zur ausreichenden Besserung ihrer Hirnleistungsschwächen bei gleichzeitiger schulbildungsmäßiger Förderung, damit sie eines Tages den ihrer Struktur gemäßen Anschluß in einer für sie geeigneten Schulform (in der Regel Volksschule oder Sonderschule für Lernbehinderte) erreichen.
3. Förderungsgruppen für die vom Schulbesuch zurückgestellten Kinder unter Berücksichtigung der Schädigungen nach schulpädagogischen Gesichtspunkten.

4. Beobachtungsgruppen zur näheren heilpädagogischen Abklärung.
5. Therapiemöglichkeiten für Gruppen- und Einzelbehandlung bei
  - a) Schädigungen des Bewegungsapparates (Plegien, Paresen, Koordinationsstörungen, Dyspraxien),
  - b) Schädigungen der Sprache (Dysarthrien, Aphasien),
  - c) Schädigungen der Sinnesfunktionen (hören, sehen, tasten) z. B. bei Agnosien unter Berücksichtigung auch peripherer Sinnesschädigungen,
  - d) Schädigungen im Emotional- und Voluntativbereich,
  - e) Schädigungen des Anpassungsverhaltens,
  - f) Schädigungen der psychischen Funktionen, z. B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Belastbarkeit, Ansprechbarkeit u. ä.

Es liegt auf der Hand, daß eine solche organisatorische Durchgliederung erst bei vollem Ausbau nach abgeschlossener Entwicklung durchführbar erscheint. Solange die Einrichtung sich im Prozeß des Werdens und Wachsens befindet, erscheinen Provisorien und Übergangslösungen notwendig. So hat auch das im Entwicklungsfluß befindliche Hamelner Modell zunächst sechs Stammgruppen, die soweit wie möglich nach Schädigungsmerkmalen zusammengestellt sind, mit der fortlaufenden Bezeichnung von A bis E, wobei die A-Gruppe, die doppelzünftig läuft, die frisch eingewiesenen Kinder umfaßt. Auf eine zahlenmäßige Numerierung wurde verzichtet, um keine jahrgangsähnliche Struktur zu erreichen. Soweit in diesem laufend sich verändernden Stadium Kinder zur befristeten Rehabilitation oder zur Hirnleistungsbehandlung eingewiesen sind, werden sie als »Spezialfälle« in einer der Stammgruppen geführt bei weitgehender individueller Förderung. Ähnlich wird verfahren bei den zurückgestellten Lernerfängern, die einer hirnleistungsmäßigen Kompensations- und Anpassungsbehandlung unterzogen werden.

Darüber hinaus ist die planorganisatorische Schularbeit so aufgebaut, daß fünf Bereiche bestehen:

1. Heilpädagogische Diagnostik und Beratung,
2. Kulturtechniken, Sach- und Umweltkunde,
3. Musisch-handwerkliche Förderung,
4. Körperliche Förderung mit spezieller Therapie,
5. Hirnleistungstraining, Sprachtherapie, Funktions- und Sinnesübung.

Solange allerdings die Personalfrage so unbefriedigend gelöst ist, daß auf eine Lehrkraft 15 Kinder entfallen, bietet der Gesamtstundenplan wenig Raum für therapeutische Zwecke. Das gleiche gilt für diagnostische Maßnahmen. So bleibt vorübergehend nichts anderes übrig, als im Rahmen der zur Verfügung stehenden Gesamt-Lehrerstunden ein kompromißträchtiges Verhältnis zwischen Unterrichtsstunden und Therapiestunden zu finden, das natürlich nicht befriedigen kann. Im übrigen muß versucht werden, den Therapiefaktor als Prinzip in den Unterricht einzubauen, wie umgekehrt die Therapiemaßnahmen weitgehend gleichzeitig im Dienste des Unterrichts stehen müssen.

Als wesentliche Hilfe in diesem Dilemma hat es sich erwiesen, die Lehrkräfte nicht mit je einer Klasse ganzheitlich zu betrauen, die dann als »All-round«-Lehrer alles betreiben müssen, sondern es wurde eine Rationalisierung vorgenommen in der Art, daß z. B. der eine Lehrer durchgängig in zwei Gruppen den Deutschunterricht gibt, gekoppelt mit Sprachtherapie und Hirnleistungstraining, der andere den Rechenunterricht und Sachkundegehalte verbindet mit Funktions- und Sinnestraining, ein dritter hat den musisch-manuell-handwerklichen Bereich aller Gruppen in seiner Hand, während der vierte den gesamten körperlichen Therapiebereich mit Rhythmik, Gymnastik und Bewegungstherapie der Schule von Grund auf durchgängig betreut. Die als »Aushilfskraft zur Beaufsichtigung« zugewiesene Beschäftigungstherapeutin wird entsprechend ihren Ausbildungsvoraussetzungen und klinischen Erfahrungen in der Neurologie vollwertig im gleichen Sinne eingesetzt, speziell bei den jüngeren Jahrgängen, um das Hirnleistungstraining von der Hand her zu ergänzen. Dabei baut die werkgerichtete Ausbildung zur Arbeitshaltung teils auf den Grundlagen der Beschäftigungstherapie auf, teils laufen die Arbeitsgebiete integrierend ineinander.

Diese geteilte Arbeitsform widerspricht zwar den hergebrachten Vorstellungen von der Betreuung geistig Behinderter völlig, andererseits ist aber der Ansicht kaum zu wider-

sprechen, daß bei der Vielfältigkeit der Aufgabenkreise bei den Cerebralgeschädigten es für den Sonderschullehrer unzumutbar erscheint, alle Teilgebiete so ausreichend zu beherrschen, daß er sie sinnvoll in seiner Hand vereinigen könnte. Zwangsläufig müßten Einseitigkeit und Leerlauf entstehen.

Bei dieser »fächermäßigen« Aufteilung aber — um im vertrauten Jargon der Schule zu sprechen — wird jede Lehrkraft, die gleichzeitig Therapiekraft ist, ihren Fähigkeiten entsprechend optimal eingesetzt, so daß durch diese »intensive und integrierte Bildungs- und Therapierarbeit« ein kleiner Teil der Zeitverluste für die geschädigten Kinder, die durch die personelle Unterbesetzung bedingt sind, kompensiert wird.

Dem Argument, daß durch diese Form der Arbeitsteilung der Stundenplan mit häufigem Lehrer- und Raumwechsel das Gleichmaß der kindlichen Entwicklung störe, widerspricht die Erfahrung: Die Kinder haben sich sehr schnell an diese Umstellung gewöhnt, und es gibt kein Durcheinander im Schulalltag. Als Tugend aus der Not geboren, hat sich diese Arbeitsform in beengten Verhältnissen gut bewährt, und bei kritischem Durchdenken ergibt sich die erstaunliche Schlußfolgerung, daß letztlich gerade auch dieser »Zwang zur Umstellung« ein hervorragendes Mittel zur Sozialisierung dieser Kinder darstellt. Er wird somit selbst zum therapeutischen Prinzip, denn auch das wirkliche Leben verlangt von den Geschädigten und Behinderten ein gewisses Maß an Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit, wenn sie darin bestehen wollen.

Diese Gesichtspunkte erscheinen allerdings verfehlt, wenn man die geistig Behinderten vorwiegend vom Aspekt des Schwachsinn her betrachtet. Wir meinen, daß es sich um Kinder handelt, die in den zentralen Funktionen entscheidend gestört sind, die aber doch in einem weitaus höheren Maße kompensationsfähig sind, als das gemeinhin geglaubt wird, vorausgesetzt, die Arbeit beginnt früh genug, wird intensiv genug durchgeführt und lange genug fortgesetzt.

Auch in Rehabilitationsstätten für Erwachsene gibt sich niemand der Illusion hin, daß eine Person alles Notwendige zur Wiedereingliederung tun könne, sondern ein ganzer Stab von »speziellen Spezialisten« bemüht sich um die Geschädigten. Warum sollten die gleichen Grundsätze nicht auch für behinderte Kinder gelten?

Man kann möglicherweise noch einen Schritt weiter gehen und aus den bisherigen Erfahrungen folgern, daß eine Unterlassung dieser mehrdimensionalen Intensität in Unterricht und Behandlung dieser Kinder die Arbeit mit ihnen in eine gefährliche Nähe der »Nur-Verwahrung« bringt, deren Folgen die Allgemeinheit in späteren Jahren Unsummen an vermeidbaren Mehrausgaben kostet.

Dieser Hinweis richtet sich vornehmlich an die öffentlichen Trägerschaften und Verwaltungsstellen, die ja ökonomische Überlegungen im Auftrag der Gesellschaft anstellen sollten. Permanente Raumbengung, akute Personalbeschnidung und kurzfristige Materialeinsparungen sind sicherlich ökonomischen Rechnungen am falschen Platz entsprungen, deren negative Ergebnisse sich erst in der Zukunft vervielfachen zu ungeheuren Kostenbeträgen, denen dann ein Minimum an Effekt gegenübersteht.

#### Erfassung der Kinder:

Die ersten Kinder wurden aus der Tagesstätte der Lebenshilfe übernommen, die der Meinung war, sie habe einige Kinder so weit gefördert, daß sie in der Sonderschule für Lernbehinderte erfolgreich weiter gefördert werden könnten. Dieser Versuch mit den Mitteln der Hilfsschule und nach deren Grundsätzen scheiterte, da sich sehr schnell herausstellte, daß es sich eben nicht um durch die Einflußnahme der Tagesstätte »gemilderte Schwachsinnformen« handelte, sondern um völlig anders gelagerte Persönlichkeitsstrukturen. Da sie — dem Bildungsplan der Sonderschule für Lernbehinderte unterworfen — auch die Kulturtechniken erlernen sollten, wurden für sie, nach einer gewissenhaften Analyse ihrer Funktionstüchtigkeit, Methoden erprobt, die auch ihnen den Zugang zu den Kulturtechniken ermöglichen sollten. Hierbei wurde zurückgegriffen auf Methoden, die bereits in der Behandlung Erwachsener bei Hirnschädigungen mit dem Verlust der kulturtechnischen Fähigkeiten erfolgreich erprobt waren. Allerdings mußten diese Methoden abgewandelt werden für die Anwendung bei Kindern, die ja die Kulturtechniken neu erwerben sollen, während sie beim Erwachsenen bereits Besitz waren. Der Versuch gelang. Darauf auf-

bauend wurde weiter gesucht, um ein besser greifbares Bild der Andersartigkeit dieser Kinder zu gewinnen. Dabei stellten sich grundsätzliche Erkenntnisse heraus, die an anderer Stelle schon fixiert wurden.

Weitere Kinder kamen hinzu, Versager aus anderen Sonderschulklassen, Direktanmeldungen von vorher unbeschulten Kindern, weitere Aufnahmen von der Lebenshilfe-Tagesstätte, wobei allerdings diesmal die Kinder schon einem gewissen Eignungs-Untersuchungsverfahren unterzogen wurden.

Nach etwa fünfjährigem Bestehen (Anfang 1970) mehren sich die Fälle, wo Begutachtungen und Beratungen auf Wunsch von Eltern und Schulen durchgeführt werden. Es nehmen auch langsam die Fälle zu, wo Eltern von sich aus, bei entsprechenden Untersuchungsbefunden, eine Aufnahme ihres Kindes in der Sonderschuleinrichtung für Cerebralgeschädigte wünschen.

Auch auf diesem Gebiet hat sich inzwischen gezeigt, daß die allgemein immer noch bestehenden Vorurteile gegen Sonderschulen für Lernbehinderte bei den Cerebralgeschädigten fast nicht vorhanden sind. Wo solche Vorurteile bestanden haben, konnten sie durch eine Besichtigung der Schule durch die Eltern mit einem aufklärenden Gespräch mühelos abgebaut werden. Im Gegenteil: die Eltern der Kinder haben das Gefühl, daß sie ein Recht haben, ihre behinderten Kinder in diese Schule schicken zu dürfen. Von Schul»pflicht« kann keine Rede sein.

In diesem Zusammenhang werden am Rande einige Bemerkungen nötig über den unglücklichen Status als Sonderklassen an der Sonderschule für Lernbehinderte. Da das Hamelner Modell hierdurch keinen eigenen Rechtsstatus besitzt im Sinne der Schulverwaltung, wirkt sich diese Tatsache als ein Bremsklotz aus für die Weiterentwicklung dieser Schulform, denn sie besitzt keine eigene Leitung, sondern ist der Leitung der Sonderschule für Lernbehinderte unterstellt mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben. So gerät die Schulleitung in eine fast schizophrene Situation, wenn sie auf der einen Seite Verwaltung im Lernbehindertensinne treiben soll, auf der anderen Seite aber von ihr verlangt wird, eigenstrukturelle und fast avantgardistisch anmutende Tendenzen eines Teils ihres Ganzen zu vertreten und den in Frage kommenden Stellen gegenüber durchzusetzen, da die Einrichtung für die Cerebralgeschädigten ja kein eigenes Vertretungsrecht hat, ja nicht einmal ein eigenes Verhandlungsrecht. Das gilt für die Zuständigkeiten der Schulaufsicht ebenso wie für diejenigen des Schulträgers.

Von diesen behindernden Umständen wird auch der Komplex der Erfassung und Einweisung von Kindern berührt, da die Entscheidungen hierüber letztlich von der Schulleitung abhängig sind und ihrem Standort, der naturgemäß lernbehindertenmäßig orientiert ist.

Noch einige Ausführungen zum Alter der aufgenommenen Kinder. Lag das Durchschnittsalter 1965 bei etwa 10 Jahren, so ist bereits Anfang 1970 der Punkt erreicht, wo die meisten Kinder mit Beginn des Schulpflichtalters eingeschult werden können. Dabei sind allerdings bei den Ärzten und Gesundheitsbehörden noch manche Hemmnisse zu überwinden, die gern bei Behinderungen erst einmal die Kinder zurückstellen wollen, wodurch natürlich entscheidende Zeit pädagogisch ungenutzt bleibt.

In der Tat jedoch werden die cerebral geschädigten Kinder in zunehmendem Maße wesentlich früher erfaßt, da sie über Hausärzte und Fachärzte schon ab 3 bis 4 Jahren, vereinzelt auch schon unter 3 Jahren, zunächst wegen ihrer sprachlichen Auffälligkeiten die sprachheilpädagogische Sprechstunde aufsuchen, wo sie auf freiwilliger privater Basis in gemeinsamer Kostenträgerschaft mit den Krankenkassen und Sozialträgern heilpädagogisch diagnostiziert und behandelt werden können.

Dabei handelt es sich zugestandenermaßen um einen vereinzelt Idealfall, der dadurch zustande kommt, daß zwischen der privaten heilpädagogischen Sprechstunde und der

---

## Arbeits- und Fortbildungstagung in Bremen

Wir bitten die Referenten, die die Kurzfassungen noch nicht eingereicht haben, diese an das Kongreßbüro zu senden.

Schuleinrichtung eine personelle Verbindung besteht, die beides zu einer harmonischen Einheit wachsen ließ. Über diese außerschulische Einrichtung wurde auch auf dem Weg über die Fachärzte die Verbindung zu Krankenhäusern und Kliniken geschaffen, so daß Grenzfälle, Probleme und offene Fragen mit den umfassenden Mitteln moderner ärztlicher und heilpädagogischer Erkenntnisse gelöst werden können.

#### Fachliche Probleme:

Im Verlaufe der bisherigen Entwicklung des Hamelner Modells einer Schuleinrichtung für Cerebralgeschädigte hat sich eine Fülle von Problemen ergeben, die bei weitem noch nicht alle gelöst sind. In erster Linie gehört dazu das Fehlen geeigneter Testmethoden, die eine differenzierte Aussage über Art und Umfang der Schädigung erlauben. Eine wesentliche Hilfe bietet deshalb schon der neu erschienene TBGB (Testbatterie für geistig behinderte Kinder), erschienen bei Beltz, obgleich auch hierbei vom Gesichtswinkel der Cerebralschädigungen noch Fragen offenbleiben.

Die herkömmlichen Methoden der Untersuchung im Zusammenhang mit der Feststellung der Intelligenz bieten sicher Kriterien, die dem erfahrenen Heilpädagogen eine Menge von Hinweisen geben, aber sie erlauben keine klar abgegrenzte Aussage, die auch dem auf dem Gebiete der Hirnschädigungen weniger Bewanderten eine ausreichende Möglichkeit einer qualitativen Beurteilung bietet. Abgesehen von diesem Umstand sind wir der Meinung, daß das Gebiet der heilpädagogischen Diagnostik unter Einschluß der Hirnschädigungen mit seinen vielfältigen Verflechtungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur so umfangreich ist, daß dafür letztlich Lehrkräfte ungeeignet sind. Darüber hinaus nehmen die Untersuchungen so viel Zeit in Anspruch, daß diese Arbeit im Lehrerstundenplan unverhältnismäßig breiten Raum einnimmt, der den speziellen Aufgaben der Bildung und Therapie verlorengeht.

Schließlich beschränkt sich diese diagnostische Tätigkeit nicht nur auf die Veranlassungsumstände im Zusammenhang mit einer Einweisung, sondern genauso wichtig sind laufende, möglichst psychometrische Kontrollen aller Kinder in gewissen Abständen, um ein exaktes Bild der Entwicklung und Hinweise für die laufenden Maßnahmen und deren Korrektur zu bekommen.

Bei einem Schülerbestand von bereits 50 Kindern an wird deshalb die Tätigkeit eines Psychologen rentabel, der möglichst Sonderschulerfahrung besitzen, darüber hinaus über Grundkenntnisse über die psychologischen Besonderheiten bei Hirngeschädigten verfügen sollte. Er wäre mit den für ihn anfallenden Aufgaben voll ausgelastet. Jedoch kann dieser Hinweis vorläufig nur als Anregung für die Zukunft gelten, denn im Bereich staatlicher Einrichtungen werden die Verwaltungen wohl kaum so bald sich von der Notwendigkeit solcher Planstellen überzeugen lassen.

Ein weiteres, ganz entscheidendes Problem stellen die Schulbücher, Lern- und Lehrmittel dar. Grundsätzlich gibt es noch keine brauchbaren Arbeitsmittel für diese Kinder, und es mußte deshalb aus den im Handel befindlichen Büchern z. B. eine Auswahl für die Schule beschafft werden. Der erste Versuch wurde mit einem Lese- und Rechenbuch der Volksschule gemacht, der durchaus gelungen ist. Problematisch wird die Frage der Fortsetzung der Anfangsbücher.

Ebenso heikel wie die Buchfrage ist die Beschaffung der übrigen Arbeits- und Anschauungsmittel für den Unterricht. Es fehlt vor allem an einer angepaßten Grundausrüstung. Dies ist sicher eine Frage der finanziellen Mittel, die so lange unzureichend bleiben wird, als die Einrichtung schulorganisatorisch noch der Sonderschule für Lernbehinderte angegliedert ist und alle Ausgaben aus dem gemeinsamen Etat bestritten werden müssen. Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, daß gerade die behinderten Kinder eines unverhältnismäßig größeren Aufwandes bedürfen als alle anderen Schulformen.

Hierbei wird man den Eindruck schwer los, daß im Bewußtsein der Öffentlichkeit immer noch die Meinung herrscht, daß für diesen Zweck ausgegebene Mittel verlorene Gelder seien, wenn überhaupt ausreichende Informationen über die tatsächlichen Sachverhalte in die Öffentlichkeit gelangen. Selbst die von Amts wegen mit der Problematik befaßten Stellen können nach unserer Erfahrung das Ausmaß, die Bedeutung und schließlich auch die Rentabilität einer solchen Einrichtung nur schwer begreifen.

#### Organisatorische Probleme:

Mit dem Beginn der schulischen Betreuung cerebral geschädigter Kinder wurde selbstverständlich die Frage nach dem weiteren Werdegang der Behinderten aktuell.

In der Trägerschaft des DPVV (Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband) hat sich wie in anderen Orten auch in Hameln eine Werkstatt für Behinderte entwickelt, die geistig und körperlich Behinderten die Möglichkeit des Erlernens einer arbeitsmäßigen Tätigkeit unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eines Lebenserwerbs bietet. Auf der anderen Seite besteht am Ort eine Tagesstätte der Lebenshilfe, deren Kinderzahl allerdings in dem Maße, wie die Schuleinrichtung sich vergrößerte, laufend zurückging.

So bestehen zur Zeit mit der Schule drei Einrichtungen für Behinderte nebeneinander, die bisher allerdings weitgehend noch ohne Integration nebeneinanderher arbeiten, ohne gegenseitige Abstimmung und Ergänzung ihrer Pläne und Aufgaben zu einem einheitlichen heilpädagogischen Rehabilitationszentrum.

Erste Verbindungen zwischen Schule und Werkstatt sind inzwischen angelaufen, von denen zu hoffen ist, daß sie sich einmal zu einem intensiveren ergänzenden Miteinander ausweiten können. Das gilt vor allem für die Ausschöpfung aller Möglichkeiten, die es im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Grundlagen gestatten, die behinderten Jugendlichen und Heranwachsenden neben ihrer Tätigkeit in der Werkstatt auch speziell heilpädagogisch weiter zu betreuen unter Einfluß auch von Unterrichtsstoffen der Allgemeinbildung, damit einmal das Ziel einer maximalen Förderung bis zum 21./23. Lebensjahr erreicht wird, da bis zu diesem Alter etwa mit Fortschritten der kompensativen Hirnleistung auf Grund der bis dahin dauernden Hirnentwicklung gerechnet werden kann. Dabei wird an eine Art Berufs-Ersatzschule gedacht, etwa im Anschluß an die Möglichkeit der Verlängerung der Schulzeit bis zu zwei Jahren.

Weniger positiv sind bisher die Versuche verlaufen, den Ausbau zur anderen Seite mit Blick auf die Tagesstätte der Lebenshilfe weiterzubringen, da diese durch ihre fortlaufende Schrumpfung in Verkennung der Sachlage in der Schule eine Konkurrenzeinrichtung sieht, die sie in ihrer Existenz bedroht, statt von der angebotenen Möglichkeit Gebrauch zu machen, im Einvernehmen mit der Schule ihre Orientierungsbasis zu verändern und die Aufgabenstellung auszuweiten, um eine entscheidende Position im Rahmen des angestrebten durchgängigen Rehabilitationszentrums einzunehmen, das seine volle Funktionsfähigkeit erst durch die vielfältigen Möglichkeiten einer Mitwirkung durch die Lebenshilfe erreichen kann.

Es handelt sich bei den bestehenden Einrichtungen für Behinderte nicht um konkurrierende, sondern um integrierende Einrichtungen.

Anschrift des Verfassers: Heinz Lang, Heilpädagoge für Stimm- und Sprachstörungen, 325 Hameln, Jägerpfad 43.

---

#### **Arbeitstagung im AW-Sprachheilheim Werscherberg**

Eine Arbeitstagung zum Thema »Erziehung und Behandlung sprachgestörter Kinder und Jugendlicher« veranstaltet der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt vom 19. bis 21. November 1970 im Sprachheilheim Werscherberg bei Osnabrück, dessen Träger der AW-Bezirksverband Weser-Ems ist. Die Tagung ist für Logopäden, Sprachtherapeutinnen, Sprachheilpädagogen und Sozialpädagogen der Arbeiterwohlfahrt gedacht. Auf dem Programm stehen Fachreferate, Diskussionen, Filmvorführungen und praktische Übungen. Gäste sind zugelassen. An-

fragen um nähere Auskunft und Anmeldungen erbeten an Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., 53 Bonn, Ollenhauerstraße 3.

#### **Friedrich Wallrabenstein zum Landesverwaltungsdirektor ernannt**

Herr Friedrich Wallrabenstein, Dipl.-Heilpädagoge und Sprachheillehrer, wurde als Beauftragter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für die Durchführung der Sprachgeschädigtenfürsorge im April 1970 zum Landesverwaltungsdirektor ernannt. Wir wünschen ihm beim weiteren Ausbau der Sprachheileinrichtungen viel Erfolg!

Der Vorstand

### **17. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde**

am 9. Mai 1970 in Travemünde

Die gutbesuchte Nachmittagsveranstaltung bot ein interessantes Programm, das neben den beiden Referaten von Grewel, Amsterdam, und Sedláčková, Prag (vgl. »Die Sprachheilarbeit«, 2/1970), u. a. folgende Vorträge enthielt:

Lang, Hameln: Sprachheilpädagogische Aspekte des Sprachentwicklungsrückstandes; Biesalski, Mainz: Erfahrungen mit einem neuartigen diagnostischen und therapeutischen Programm für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen; Höxter, Hamburg: Die Persönlichkeitsänderung des Aphasikers und ihre Berücksichtigung bei der Rehabilitation; Pascher und Mitarbeiter, Hamburg: Sensorische Deprivation — ein möglicher Zugang zur Therapie des Stotterns; Kempe u. a., Hamburg: Reizsuche — Verhalten bei Stotterern und Dysphonikern; Full-Scharrer, München: Die Bedeutung der primär im Kehlkopf erzeugten Frequenz.

Vorsitzender der Gesellschaft bleibt weiterhin Prof. Dr. Berendes, Marburg. **Wi.**

### **23. Bundesversammlung des Bundes Deutscher Taubstummenlehrer**

vom 19. bis 22. Mai 1970 in Trier

Rahmenthema der Tagung war der systematische Sprachaufbau in der Grundschule als Voraussetzung für den weiterführenden Unterricht.

Über 400 Teilnehmer aus der Bundesrepublik und einigen europäischen Ländern waren in den Räumen der Pädagogischen Hochschule Trier zusammengekommen, um Probleme des Unterrichts hörgeschädigter Kinder zu diskutieren. Den Referaten von Gipper, Bonn, über »Sprachwissenschaftliche Voraussetzungen für den Aufbau der Sprachinhalte im Gehörlosenunterricht« und Alich, Essen, über »Methodisch-didaktische Überlegungen zum Sprachaufbau« sowie einer Unterrichtsdemonstration durch den Bundesvorsitzenden folgten Arbeitssitzungen zu Fragen des phonembestimmten Manualsystems und programmierter Arbeitsmittel im Gehörlosenunterricht.

Den Vormittagsreferaten des zweiten Tages von Grebe, Mannheim, über Grundstrukturen der deutschen Sprache und Jussen, Köln, über die statistische Sprachana-

lyse als eine Bedingung der Sprachbildung bei Gehörlosen folgte eine von Kröhnert, Hamburg, geleitete Podiumsdiskussion.

Weitere Referate des zweiten und dritten Tages waren dem grammatisch-syntaktischen Sprachaufbau und den Möglichkeiten seiner Programmierung und Übergangsproblemen von der Grund- zur Haupt- und Realschule gewidmet. Eine Studienfahrt in das Großherzogtum Luxemburg bildete den Abschluß der Tagung.

Die Mitgliederversammlung wählte Dir. Tigges, Trier, für eine weitere Amtsperiode zum Vorsitzenden des Bundes. **Wi.**

### **24. Kongreß der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter**

vom 20. bis 22. Mai 1970 in Hamburg

Das Kongreßthema »Probleme des Mehrfachbehinderten in der Medizin, in der Pädagogik, in der Pflege, im Sozial- und Arbeitsleben« war von besonderer Bedeutung und Aktualität, weil es wie kein anderes Thema die Möglichkeiten der Kooperation, einer besonderen Aufgabe der Deutschen Vereinigung, zeigte. Das Thema interessierte die Vertreter aller Sparten der verschiedenen Behinderungsarten und vereinigte sie zu gemeinsamer Diskussion.

Den Sitzungen verschiedener Arbeitsausschüsse folgten am Eröffnungstag nach der Begrüßung durch den Präsidenten des Kongresses, Oberschulrat Lungfiel, Hamburg, grundlegende Referate durch Senator Weiß, Hamburg, und Prof. Marquardt, Heidelberg, über den mehrfachbehinderten Menschen aus sozialpolitischer und ärztlicher Sicht.

In vier Arbeitsgruppen, die parallel angeordnet waren, wurde nach Kurzreferaten namhafter Vertreter der Rehabilitationsarbeit ausgiebig zu folgenden Themenkreisen Stellung genommen: Mehrfachbehinderungen in der ärztlichen Diagnostik und Therapie — Erziehung und Unterricht mehrfachbehinderter Kinder — Lebensmöglichkeiten für Mehrfachbehinderte in der Gesellschaft und im Heim — Arbeit und Beschäftigung für Mehrfachbehinderte.

Der Schlußtag brachte nach den Berichten der Arbeitsgruppenleiter eine Plenumsdiskussion und eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse des Kongresses durch den Präsidenten der Deutschen Vereinigung, Prof. Jochheim, Köln. **Wi.**

**Der Sprachheilpädagoge**, Fachzeitschrift der österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik — Aus dem Inhalt der letzten Hefte:

Maschka, F., Der Strukturwandel im Sprachbehindertengut der Wiener Pflichtschulen (1969/4) — Tegtmaier, W., Das Mittelohr als Modellvorstellung (1969/4) — Elstner, W., Bericht über die Tagung des Schulkomitees der IALP, 2. Teil (siehe »Die Sprachheilarbeit«, 1969/6) — Haffter, C., Kindersprache und Sprachtheorien (1970/1) — Rumler, A., Beschreibung, Gegenüberstellung und Vergleich der gebräuchlichsten Lautprüfmittel für Stammerler (1970/1) — Edl, G., Wege zum Erarbeiten von Lauten in einer ersten Klasse mehrfach behinderter Kinder (1970/1) — Lanzelsdorfer, F., Die Wiener Vorschulklassen (1970/1) — Aschenbrenner, H., Lautschulung in der Vorschulklasse (1970/1) — Paul, J., Das normale und das gestörte Raumbewußtsein bei Kindern (1970/1) — Boyer, L., Lesenlernen — eine Teilfunktion der Vorschulerziehung (1970/1) — Schenk-Danzinger, L., Frühleseverfahren und Legasthenie (1970/1) — Meixner, I., Legasthenieprobleme in Ungarn (1970/1) — Spoerri, Th., Psychotische Sprache (1970/1) — Bezrucková, V., Arbeits- und Spracherziehung an der Hilfsschule (1970/1) — Gal, H., Über das Lippenbändchen und seine Beseitigung (1970/1). Wi.

**Arbeitsmittel** der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik.

Zur Zeit liegen folgende Arbeitsmittel vor:  
 Wortreihen von Führung/Lettmayer,  
 46 Blatt ..... öS 25,—  
 Übungssätze mit R, Z, mit SX  
 von Eisenberger  
 Mindestabnahme 3 Stück..... öS 20,—  
 (je Laut 1 Stück oder beliebig)  
 Sch-Geschichten von Eisenberger öS 15,—  
 Bildgeschichten von Meixner, 2. Aufl.  
 30 Bildblätter auf Plastoprint, Text-  
 teil in Flügelmappe, DIN A 5 öS 40,—  
 Auf die Bildgeschichten als ausgezeichnetes  
 Hilfsmittel bei der Behandlung von Dys-  
 grammatikern und Stotterern/Polterern sei  
 besonders aufmerksam gemacht!

Bestellungen bei der Versandstelle der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Herrn G. Plenert, Pfeilgasse Nr. 10—12/Stiege 1, 1080 Wien. Versand über den Buchhandel ist nicht möglich. Kosten für Verpackung und Porto sind vom Besteller zu tragen. Wi.

**Grunwald, L.: Bilder-Sprach-Geschichten.**  
 Verlag Gerhardt Dokter KG., Weißenthurm,  
 1970. 87 Bildseiten einschließlich 8 bunten  
 Seiten, 12 Seiten Text, Halbleinenband 14,80  
 DM + MWSt.

Für alle, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, die in ihrer sprachlichen Kommunikation nicht altersgemäß entwickelt sind, bietet das seit Mai 1970 vorliegende Buch mit seinen Bildern und Bildergeschichten eine weitere Hilfe zur Förderung des Sprachgebrauchs. Prof. Dr. K. H. Berg verweist im Vorwort auf die Möglichkeit, dieses Buch auch als Übungsmittel beim Erlernen von Fremdsprachen einzusetzen.

Gegenüber dem »Bilder-Sprachbuch«, das 1967 in erster Auflage und mit Ausnahme einer englischsprachigen Einführung unverändert 1968 in zweiter Auflage erschien, findet man in dem vorliegenden Buch »Bilder-Sprach-Geschichten« mehr Bildergeschichten (27 Analogieseiten, 30 Bildergeschichten auf 60 Seiten). Auf zwei gegenüberliegenden Seiten ist in acht Bildern eine dem Kind erfahrungsmäßig zugängliche Geschichte zeichnerisch dargestellt. Die einzelnen Zeichnungen halten prägnante Einzelaktionen des Gesamtvorganges fest.

Der Vorteil dieser Bildergeschichten ist, daß der Sprecher nach den an Hand der Einzelbilder mehr mechanisch-übungsmäßig gewonnenen Satzmustern zu einer erfahrungsmäßig reflektorisch und individuell verarbeiteten sprachlichen Äußerung gelangt. Dem Sprechenden wird die Möglichkeit geboten, seine individuelle sprachliche Form zu entfalten. Die Interpretation der Bildfolgen steht ihm frei.

Aus den Worten des Verfassers über den Zweck und Inhalt des Buches läßt sich entnehmen, daß er beim Sprechenlernen zuviel

Wert auf »Übung« legt. Übung wird wohl verstanden als mehrmaliges Wiederholen des gleichen Satzmusters. Der Autor vergleicht den Spracherwerb mit dem Erlernen des Autofahrens und spricht mechanistisch von einem Dreischritt im kortikalen Bereich. Sprache und Sprechen ist mehr als ein Hervorholen von einmal gelernten Satzmustern aus dem subkortikalen Bereich. Sprache ist ein individueller psychophysischer Vorgang und mehr als eine syntaktisch richtige Abfolge eingeschliffrer Sätze. Wichtig ist darum der Hinweis des Autors, daß nach der Versprachlichung einer Reihe von Bildern und Bildergeschichten das Kind angeregt werden soll, weitere nicht gezeichnete Beispiele sprachlich darzustellen.

In der Praxis zeigt sich, daß sprachbehinderte Kinder stereotype Redewendungen bevorzugen. Es geht meines Erachtens bei der Behandlung jeglicher Sprachbehinderung nach dem Anbieten von Sprechhilfen darum, dem Kind oder Jugendlichen zur individuell geprägten, korrekten, objektbezogenen sprachlichen Äußerung zu verhelfen, die aber jederzeit und bei den verschiedensten Objekten und Aktionen stilistisch variabel und transponierbar bleibt.

Das Buch mit seinen Bildergeschichten bietet den Ausgangspunkt für ein gezieltes Gespräch, das jedoch von dem Sprecher auf individuelle Weise gestaltet werden kann. Das Bildmaterial dieses Buches bietet allen, die mit Stotterern, Aphasikern, Stammlern und Dysgrammatikern zu tun haben, ein Hilfsmittel zu gezielten und leicht kontrollierbaren Aussagen, Erzählungen und Gesprächen in Frage und Antwort.

*H. Friedsam*

**Peter B. Mueller: German-English/English-German.** A Dictionary of Professional Terminology of Speech Pathology and Audiology. Springfield/Illinois, USA, Charles C. Thomas.

Die Kenntnis der einschlägigen Terminologien erschließt nicht nur den Zugang zu fremdsprachiger Forschung, sie fördert auch die internationale Zusammenarbeit. Diesem Ziel will — so Emil Froeschels im Vorwort — die vorliegende Neuerscheinung dienen; ob sie es erreicht, muß freilich bezweifelt werden.

Unbrauchbar sind zunächst die vielen »Anglisten« in der deutschen Wiedergabe, mit

denen weder dem deutschen noch dem englischen Benutzer gedient ist, wie z. B. »Nasenton = nasal tone«, »Reinton = pure tone«, »zungenlahm = tonguetied«, anstatt: nasaler Ton, reiner Ton, mundfaul. Bei dem Wort »redefertig« denkt man hierzulande wohl eher an einen das Podium betretenden Sprecher oder an den Fernsehansager unmittelbar vor der Aufnahme als an das gemeinte »redegewandt«, was englisch »fluent/eloquent« entspricht. »Sägezahngeräusch« ist nicht etwa ein geistreicher Neologismus, sondern die bloße Übersetzung von »sawtoothnoise« (S. 45). Für solche Sprachschnitzer hält das Wörterbuch selbst einen treffenden Terminus bereit: »Barbaralalie = Barbaralalia« (S. 9 und S. 36). Eine Abgrenzung und Klärung der Begriffe wird offenbar nicht angestrebt; »mute, silent, speechless« stehen für »stumm« — die Problematik der Fach-Spezifika, derentwegen der Fachmann nach dem Buche greift, wird umgangen. Inkonsequenzen tragen noch zur Verwirrung bei. »Gegenkopplung« (was ist das?) heißt »feedback«, »feedback« dagegen (richtig) »Rückkopplung«. Unter »mutism« findet man »Sprachlosigkeit«, unter »Stummheit« ebenfalls »mutism«; »Mutismus« sucht man jedoch vergebens. Was »Stimmverengung« bedeuten soll, erfährt man erst, wenn man das englische »narrowing of the glottis« (S. 28) befragt.

Bei einer Neuauflage sollte der Herausgeber neben der hier reichbestückten Nomenklatur der Phonetik, Audiologie und Tonbandtechnik (!) den Spezifika der Sprachheilkunde (und auch der Sprachpsychologie) größeren Raum zugestehen und der Verlag die Kosten für einen deutschsprachigen Redakteur nicht scheuen. Sicher wird der Benutzer zugunsten von Neuaufnahmen gern auf Allerweltswörter wie »singen«, »Baby«, »Hand«, »Qualität« verzichten.

*Margret Dehnhard*

---

Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift »Die Sprachheilarbeit« liegt das endgültige Programm der IX. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. vom 30. 9. bis 3. 10. 1970 in Bremen bei.



Für die Audiometrie-Abteilung einschließlich der Phoniatri-schen Abteilung der neubauten, modernst eingerich-teten und im Herbst 1970 in Betrieb zu nehmenden **Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Städtischen Kranken-anstalten Krefeld** wird eine gut ausgebildete

## **Audiometristin** gesucht.

Es handelt sich um eine ausbaufähige und interessante Tätigkeit, für die bei Bewährung weitgehende Selbständigkeit eingeräumt werden kann. Kenntnisse in allgemeiner Audiometrie, Kinder-Audiometrie, Impedanz-messung, überschwelliger Audiometrie und Hörgeräteanpassung sind er-wünscht, aber nicht Bedingung.

Angemessene Vergütung und Nebeneinnahmen bei gutem Betriebsklima werden geboten.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und beglau-bigten Zeugniskopien unter Angabe der Kennziffer 54/80 werden erbeten an Stadtverwaltung — Personalamt —, 415 Krefeld 1, Postfach 2740.

Für die Behandlung von Sprachstörungen, insbesondere von Aphasien bei Erwachsenen suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine

## **Sprachtherapeutin**

(Logopädin, Sprachheilpädagogin, o. ä.)

Erwünscht ist Interesse an einer selbständigen Tätigkeit mit der Bereit-schaft zur kooperativen Zusammenarbeit mit Psychologen und Pädagogen. Es besteht die Möglichkeit, sich in dem speziellen Aufgabenbereich ein-zuarbeiten.

Die Vergütung wird entsprechend der Vorbildung und des bisherigen beruflichen Werdeganges nach BAT-Vertrag gezahlt.

Gailingen liegt in der reizvollen Hochrheinlandschaft in unmittelbarer Nachbarschaft zum Bodensee und der Schweiz.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an

**Neurologische Kliniken Gailingen**  
— Personalabteilung —  
7704 Gailingen, Kreis Konstanz

## Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Lieferung erfolgt vom Verlag Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstr. 41

Auf *Übungsblätter* gewähren wir bei Direktbestellung beim Verlag 10 Prozent Rabatt und zusätzlich einen Mengenrabatt von 10 Prozent bei Abnahme von mindestens 50 *Übungsblättern* in beliebiger Sortierung der Folgen.

<b>Übungsblätter zur Sprachbehandlung</b>	Preise ab 1. Juli 1970 einschl. Mehrwertsteuer
1. Folge * J. Wulff: Für Lispler. 20 Seiten .....	1,20 DM
2. Folge * J. Wulff: Für Sch-Stammler und Sch-Lispler. 16 Seiten .....	1,20 DM
3. Folge * J. Wulff: Für K- und G-Stammler. 16 Seiten .....	1,20 DM
4. Folge * J. Wulff: Für R-Stammler (zur Erlernung des Zungen-R). 16 Seiten .....	1,20 DM
5. Folge * J. Wulff: Für Kinder mit Sprachverzögerung und Stammeln. 40 Seiten ....	2,40 DM
6. Folge * J. Wulff: Für Heisere und Stimmschwache. 28 Seiten .....	2,- DM
7. Folge * J. Wulff: Für die Behandlung des geschlossenen Näsels. 16 Seiten .....	1,20 DM
8. Folge * J. Wulff: Für die Behandlung des offenen Näsels. 24 Seiten .....	2,- DM
9. Folge * H. Staps: Spiele und Übungen zur Sprachbildung (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder). 48 Seiten .....	3,60 DM
10. Folge * J. Wulff: Für die Erziehung zum gesunden und mühelosen Sprechen. 56 Seiten .....	3,80 DM
11. Folge Eingegangen.	
12. Folge Arno Schulze: Die sprachheilpädagogische Spielserie. Spiel-, Beschäftigungs- und Übungsserie für stotternde Kinder und Jugendliche. 32 Seiten	2,80 DM
13. Folge * Emil Rees: Für Kehlkopfektomierte, Sprachlehrgang zur Ausbildung der Ruktussprache. 28 Seiten .....	3,40 DM
14. Folge J. Wulff: Für die Beseitigung von Stimmbildungsfehlern und die Erziehung zur gesunden und mühelosen Stimme. 28 Seiten .....	3,20 DM
15. Folge J. Wulff: Für die Beseitigung von Lautbildungsfehlern. 48 Seiten .....	3,80 DM
16. Folge J. Wulff: Anregungen zur Stottererbehandlung. 20 Seiten .....	1,40 DM
17. Folge * J. Wiechmann: Hilfen für die Behandlung von Stotterern A 1) .....	3,80 DM
18. Folge * J. Wiechmann: Hilfen für die Behandlung von Stotterern B 2) .....	3,80 DM
Die mit Stern bezeichneten Folgen enthalten vorwiegend Übungsmaterial für Lehrer und Eltern.	
1. bis 18. Folge der Übungsblätter als Sammelband, Ganzleinen .....	46,- DM
J. Wulff: Wenn ein Kind nicht richtig spricht - Hinweise für die Eltern. 8 Seiten + ....	0,50 DM
M. Friedländer: Ratschläge für die Eltern eines stotternden Kindes. 4 Seiten + .....	0,25 DM
P. Lüking: Lautstreifen zur Registrierung des Stammeln .....	0,07 DM
P. Lüking: Merkblatt zum Lautstreifen .....	1,20 DM
P. Lüking: B-Streifen (Lautstreifen zur Registrierung des Stotterns) .....	0,07 DM
P. Lüking: Die Symptome des Stotterns und ihre Registrierung (Der B-Streifen) .....	2,- DM
P. Lüking: Tabelle der Randsymptome .....	0,25 DM
Untersuchungs- und Behandlungsbogen für Sprachgeschädigte - Preise auf Anfrage.	
<b>Tagungsberichte</b>	
Gemeinschaftstagung für allgemeine und angewandte Phonetik, Hamburg 1960, 244 Seiten, kartoniert .....	8,- DM
Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten und das Bundessozialhilfegesetz, Marburg 1964, 164 Seiten, kartoniert .....	18,75 DM
Sprachheilpädagogische und hirnpathologische Probleme, Köln 1966, 204 Seiten, kartoniert .....	24,- DM
Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik, München 1968, 164 Seiten, kartoniert	29,60 DM
Gebührenordnung Sprachheilpädagogik .....	2,- DM
Literaturhinweise zum Thema Hirnschädigungen (294 Titel) .....	1,- DM
Denkschrift über öffentliche Fürsorgeeinrichtungen für Sprachkranke .....	0,70 DM
<b>Sachkatalog</b>	
für die Jahrgänge 1956-1968 unserer Zeitschrift »Die Sprachheilarbeit«. Verzeichnis der Beiträge, Sachwortregister und Autorenverzeichnis. 32 Seiten, broschiert .....	4,80 DM
1) für Kleinkinder und Grundschüler 2) für Schüler und Jugendliche + in größeren Mengen verbilligt	