C21843F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT

R
SPRACHHE'LP.\* DAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

#### Aus dem Inhalt

Werner Orthmann, Reutlingen
Beziehungen zwischen Sprecherziehung und Sondererziehung
für Sprachbehinderte

Gudrun Schwarz, Darmstadt

Zur »kombiniert-psychologischen Übungsbehandlung«
bei Stimm- und Sprachstörungen nach Krech

Gerda Knura, Reutlingen
Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder

Aus der Organisation Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · August 1971 · 16. Jahrgang · Heft 4

#### Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Vorsitzender: Joachim Wiechmann, Hamburg

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.

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Ruf 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

#### 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, Rolfinckstieg 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 Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

Westfalen-Lippe . .

#### Die Sprachheilarbeit,

#### Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

Herausgeber . . . Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. Redaktion . . . . Arno Schulze, 3570 Kirchhain/Landkreis Marburg/Lahn,
Alsfelder Straße 56, Telefon (064 22) 8 50
Jürgen Teumer, 3554 Cappel b. Marburg/Lahn, Friedhofstraße 27,
Telefon (06421) 4 71 34

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.

#### Mitteilungen der Schriftleitung

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen veröffentlicht, die für die Sprachgeschädigtenpädagogik relevant sind. Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Schriftleiter Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die Manuskripte sind auf DIN-A-4-Format, in Schreibmaschinenschrift einseitig 1½zeilig beschrieben, zu liefern und mit einem Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge zu versehen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

# Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

HERAUSGEBER: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK EV

August 1971 · 16. Jahrgang · Heft 4

Werner Orthmann, Reutlingen

# Beziehungen zwischen Sprecherziehung und Sondererziehung für Sprachbehinderte

Die hier diskutierten Fragen wurden unter einer ähnlichen Thematik anläßlich der 4. Regionaltagung der in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie tätigen Logopäden, Phoniater, Sprachheillehrer, Psychologen und Sprecherzieher Baden-Württembergs vom 12. bis 14. Februar 1971 in Inzigkofen vorgetragen.

Das Rahmenthema dieser »Inzigkofener Gespräche«: »Die Bedeutung der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung für die Behandlung und Erziehung Stimm-, Sprech- und Sprachgestörter« bot zwingenden Anlaß, die zwar immer wieder postulierten, aber kaum systematisch aufgearbeiteten Beziehungen zwischen diesen pädagogischen Feldern zu untersuchen. Darüber wird hier zusammenfassend referiert.

1.

Drachs Bestimmung von Sprecherziehung als einer Erziehung zum und durch Sprechen (1) sowie neuere Definitionsversuche (2) heben unausgesprochen auf Probanden mit normnaher Funktionsstabilität der Sprache ab. Die den sprecherzieherischen Lernzielen zugrunde liegenden Standardmuster phonemischer, morphemischer und syntaktischer Gestalt reichen von Siebs und Duden (3) über die Grammatik bis zur Sprachstilistik. Im Spannungsfeld zwischen Norm und Realisation setzen sie an einer unteren Grenze gesellschaftlich noch akzeptabler Möglichkeiten verbalen Verhaltens an. Nicht alle Normverfehlungen dieses unteren Grenzbereichs können indes eindeutig der Kompetenz des Sprecherziehers überantwortet werden. Spezifizierte Korrektivmaßnahmen (Logopädie) werden dort nötig, wo die Normverfehlung ein Durchschnittsmaß überschreitet. Die Grenze zwischen sprecherzieherisch zugänglicher und logopädisch indizierter sprachlicher Störungssymptomatik stellt sich als breiter Streifen mit abgestuften Übergangsqualitäten dar. Sie zwingt auch die Sondererziehung für Sprachbehinderte zu feldübergreifenden Überlegungen, die etwa mit den Problemkreisen Isolation — Integration, Differentialdiagnostik, schulische Indikation (Einschulung, Umschulung) zu umreißen sind.

Somit wird festgestellt: Für die Sprecherziehung als normnahem Übungsfeld kommen nicht selten untere Grenzbereiche sprachlicher Verhaltensnormen ins Spiel. Für die Sondererziehung für Sprachbehinderte (Sprachbehindertenpädagogik) gilt die Determination: Bildung — Erziehung — Behandlung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher, d. h. solcher sprachgeschädigten Schüler, für die aufgrund ihrer Sinnes-, Geistes-, Körper- und Verhaltensausstattung weder Normalschulfähigkeit noch anderweitige Sonderschulbedürftigkeit zugesprochen wird. Die zustehende Sonderschulbedürftigkeit erwächst — zunächst einmal — nur aus schwer oder nicht zu verkraftenden Abweichungen von sprachlichen Verhaltensmodellen und den hieraus resultierenden Konsequenzen. Diagnostische Problematik kann nicht übersehen werden. Sie führt in der Praxis zum screening-Ansatz (4), d. h. einem störungs-

spezifisch und gleichzeitig lerneffektiv angeordneten System von kindlichen Entwicklungsphasen, die als Sieb- und Bewährungsstufen so wenig Sonderbeschulung wie möglich, aber so viel wie nötig empfehlen. Damit kommen in einem breiten Grenzstreifen nicht eindeutig fixierbarer Behandlungs- und Sonderschulfälle sprecherziehe-

rische Bestandteile ins Spiel.

Die Beziehungen zwischen Sprecherziehung und Sondererziehung für Sprachbehinderte bewegen sich somit zwischen Abgrenzungen und fließenden Übergängen. Die Position der Abgrenzung bezieht ihre Daten von der gesicherten Diagnostik der Sprachstörung. Sie berührt Kompetenzfragen. Sie kennzeichnet Arbeitsstrukturen und getrennte pädagogische Gebiete. In Anbetracht des hier zur Debatte stehenden Probandenkreises (Kinder) werden die Zonen der Eindeutigkeit durch schmale Negativ- und breite Positivfelder repräsentiert, während für das breit ausgewiesene Feld fließender Übergänge die Daten fortlaufender diagnostischer Ergänzungen, der Beobachtung und siebender Stufungen gelten müssen, wobei sprecherzieherische und logopädische Bestandteile verschmelzen.

Es sollen zunächst beide Wissenschaftsgebiete, das der Sprecherziehung und das der Sprachbehindertenpädagogik, nach grenzbezogenen Bestandteilen befragt werden. Abschließend soll eine rehabilitätive Arbeitshypothese für ein wichtiges Teilgebiet — die Flomostorzwichung al. M. d. Wiesenschaftsgebieten der ein wichtiges Teilgebiet —

die Elementarerziehung — als Verbundlösung vorgeschlagen werden.

2.

Francis Bacons Erkenntnis »Pathologia illustrat physiologam« hebt auf den Sachverhalt ab, daß ein differenzierendes Begriffsdenken für das Studium des Normalen durch das Beobachten des Abnormen gefördert wird. Für die Sprecherziehung bedeutet das: In welchem Umfang werden sprachpathologische Bestandteile in die sprecherzieherische Ausbildung einbezogen?

KRECH (5) hat solche Ausweitung eindringlich gefordert:

Zur Sprechwissenschaft gehören nach ihm Physiologie und Hygiene sowie Ausspracheregelung, des weiteren Gesetzmäßigkeiten der Interpretation von Schriftsprache und der Rhetorik. Zur »Kenntnis des Gesunden« fordert er die »unerläßliche Betrachtung des Pathologischen (Stimm- und Sprachstörungen)« (S. 10).

Zugrunde liegt dieser Forderung ein von der Sprecherziehung seit je gewünschtes Lernziel: Befähigung des Sprecherziehers zum sogenannten »funktionellen Hören«. Sie versteht hierunter die erlernbare Fähigkeit, vorwiegend aus ektosemantischen Bestandteilen des Sprechakts (Atmung, Stimme, Akzentuierung, Artikulationsmodus) Rückschlüsse zu ziehen auf zugrunde liegende physiologische Abläufe und des weiteren auch auf psychische Haltungen. Sie zielt damit ein operationalisiertes Vorstellungsbild vom Sprechakt an, welches — nach heutiger Sicht — die Prinzipien der Reversibilität (Umkehrbarkeit) und Assoziativität (variable Gruppierbarkeit) einzelner Faktoren ins Spiel bringt (nach Aebli, S. 111) (6). Es kann nicht verwundern, daß aus der Schulung solcher Fähigkeiten beachtliche sprachpathologische und sprachtherapeutische Arbeiten entstanden, die als qualifizierte Veröffentlichungen im Sprachgeschädigtenwesen gelten (7).

Daß darüber hinaus die Ausbildungsinstitute für Sprecherziehung nicht nur eigene Ambulanzeinrichtungen unterhalten (um Beobachtungsmaterial zu haben), sondern Kontakt mit fachmedizinischen Kliniken pflegen, ist konsequent (8).

Einen sinnfälligen Ausdruck für diesen Komplementärsektor der Sprecherziehung bilden die seit vier Jahren bestehenden jährlichen »Inzigkofener Gespräche« in Baden-Württemberg. Sie stellen ein Symposion zwischen Fachmedizinern, Psychologen, Logopäden, Sonderpädagogen und Sprecherziehern dar (siehe diverse Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift).

Innerhalb der Sprecherziehung sind allerdings Fragen der qualitativen und quantitativen Ausweitung des pathologischen Komplements nicht eindeutig abgeklärt. Krechs Forderung nach einer »unerläßlichen Betrachtung« stehen andere Meinungen gegenüber. WINKLER (9) will der schulischen Sprecherziehung unter der Voraussetzung von »einigem guten Willen und Geduld« (also anscheinend nicht verpflichtend) Heilung von partiellem Stammeln zubilligen (S. 499), während vor Behandlungsversuchen von Stotterern aller Formen und Grade gewarnt wird. Ebenfalls nicht logopädisch gezielt sind die Sprechübungen von I. Weithase (10), deren einer Akzent auf genauer Kenntnis der Lautbildung, der hierbei auftretenden Gefahren und ihrer Beseitigung, liegt (S. 7). Auf die Gefahr einer Ausuferung sprecherzieherischer Arbeit verweist Geissner (11), indem er ihren Gegenstandsbereich als außerordentlich weit kennzeichnet. Er versucht ihn in die Nähe von Kommunikationsforschung, Sprachsoziologie, Anthropologie und Sprachphilosophie zu rücken, wobei als Grundlagen wiederum Physiologie, Pathologie, Akustik, Phonetik und Psycholinguistik genannt werden. Der Umfang der genannten Grundlagen wird nicht erläutert (S. 38). Lotzmann (12) warnt vor therapeutischen Ausweitungen und empfiehlt eine Kooperation mit logopädischen Fachkräften (S. 315). Die Satzung der Deutschen Gesellschaft für Sprechkunde und Sprecherziehung nennt • Erforschung und Pflege der gesprochenen deutschen Sprache« und eine »unterstützende« Rolle im Ausbildungsgang von Studierenden für Sprechberufe als maßgebend.

Wir erkennen somit sprachpathologische Komplemente in der Sprecherziehung als offene Forderung, die von logopädischer Abstinenz bis zu beachtlichen sprachtherapeutischen Exkursen reichen. Im wesentlichen scheint sich die Behandlung leichter Artikulationsstörungen als Arbeitsfeld des Sprecherziehers herauszuschälen.

3

Die Ausweitung der Sondererziehung für Sprachbehinderte zur Sprecherziehung kann als sachimmanente Struktur gekennzeichnet werden. Wenn Sprecherziehung als Erziehung zum und durch Sprechen bestimmt ist und Aufgabe der Sondererziehung für Sprachbehinderte die Gesamtheit von Bildung — Erziehung — Behandlung ins Auge faßt, dann ergeben sich Gemeinsamkeiten zwangsläufig. Dabei muß darauf verwiesen werden, daß selbst in sogenannten reinen »Behandlungs«verfahren (Logopädie) für Sprachgeschädigte auf weiten Strecken verbal bestimmte Verhaltensmuster erlernt werden müssen, also immer Lernen und Erziehen im Spiel sind. Ohnehin rufen »Therapie« und »Be«handlung für Sprachgeschädigte sprachliche Bedenken des Erziehers auf den Plan. Eine stringent pädagogische Nomenklatur im Sprachgeschädigtenwesen schlägt BACH (13) vor. Daß also Lehren und Lernen, Erziehungsstile und didaktische Modelle, Methodik und Motivation, Sozialformen und Individuation in hohem Grade verbal determiniert sind, gehört in den Grundzusammenhang von »Sprache und Erziehung«; Bollnow (14). Sprecherziehung unter besonderen Umständen wird dann Teil der Erziehung unter besonderen Umständen. Methodik und Begriffsinstrumentarium der Sprecherziehung werden zum Teil unverändert, zum Teil störungsspezifisch modifiziert, in die sonderpädagogische Praxis übernommen. Durch die Sprecherziehung werden dem Fachpädagogen für Sprachbehinderte in der Nutzung vielseitiger und kompensatorischer Hilfsmöglichkeiten Zugänge zum »Menschlichsten des Menschen« — der Sprache — erleichtert. Die Ausweitung der Sondererziehung für Sprachbehinderte zur Sprecherziehung ist vielseitig nachweisbar (15).

Nach der schwierigeren Aufgabe eigenständiger Abgrenzungen beider Wissenschaftsbereiche wurden die Tendenzen komplementärer Ausstrahlungen untersucht. Sie

werden als sachimmanentes Anliegen von beiden Seiten gefordert, wobei für die Sprecherziehung die Pathologie ihre Grenzen setzt, für die Sprachbehindertenpädagogik der weitere Ausbau höherer Sprachleistungen (Rhetorik, Interpretation) eigenständige Sonderaufgaben anzeigt. Verbundzonen scheinen sich im besonderen dort zu ergeben, wo Behandlung und Erziehung zu einer Gesamtgestalt als Erziehung unter besonderen Umständen verschmelzen.

Solche Zonen gemeinsamen Arbeitsansatzes liegen bevorzugt in den Phasen der Vorund Frühschulzeit (Elementar- und Grundschulphase). Ihre Bedeutung ist Gegenstand weltweiter Erziehungs- und Bildungsreformen unserer Zeit. Zugrunde liegt die Einsicht, daß die kumulative Wirkung früher Lern- und Sozialerfahrungen die weitere Reifung entscheidend steuern. Als wichtiger Steuerungsfaktor muß die Sprache gelten. Die Form des Sprachgebrauchs ist es, die Aufbau und Ausmaß der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung beeinflußt; ROEDER, NEUHAUS, Pohl, Begemann (16). Sozio-kulturell bedingte sprachliche Restriktion und/oder funktionell/zentralorganisch ausgelöste negative Standards mögen vereinzelt oder verzahnt auftreten, die Auswirkungen sind in jedem Fall negativ, die diagnostische Abgrenzung bietet Schwierigkeiten. Die Sondererziehung vereint sich mit der Erziehungswissenschaft in der Forderung nach den Konsequenzen aus der Hospitationsund Deprivationsforschung: verstärkte Zuwendung zum Elementar- und Grundschulbereich. Genau an dieser Stelle muß auch die Sprecherziehung einen Schwerpunkt setzen. Erziehungsaufgaben im Elementar- und Grundschulbereich müssen auch sprecherzieherisch unterbaut sein, wenn der führenden Rolle der Sprache im Leben und Zusammenleben der Menschen entsprochen werden soll (17).

In diesem Erziehungsbereich und mit dieser Akzentuierung ergänzen sich Sprecherziehung und Sondererziehung für Sprachbehinderte auf der Basis ihrer Wirkungsfelder. So wie für bereits gefährdete Kinder in Sonderschulkindergärten Kindergärtnerinnen mit logopädischer Zusatzausbildung arbeiten, so sollten in allgemeinen Kindergärten Kindergärtnerinnen mit sprecherzieherischer Zusatzausbildung wirken. Der dichte Anschluß dieser prophylaktischen Betreuungskette erfordert auch in der Grundschule die sprecherzieherische Ausbildung der Lehrkräfte, wobei eine logopädische Information mitverstanden ist.

Daß die Selbstverständlichkeit der Sprache lange genug zu einer Unterbewertung führte, hat auch die Sprecherziehung immer wieder beklagt. Die heute vorliegenden Forschungsergebnisse sollten auch für sie Anregung sein, neben der Pflege weiter entwickelter und kultivierter Hochleistungen des Sprachwerks fundamentale Bereiche zu akzentuieren. Hier können sich ihre Arbeitsweisen mit denen der Sondererziehung zu einem breiten Verbundansatz vereinen.

#### Anmerkungen:

- (1) E. Drach: Sprecherziehung. Oberursel (11) 1949.
- (2) H. Geißner: Sprechwissenschaft (1). Sprache und Sprechen, Bd. 2., Wuppertal 1969. (3) Th. Siebs: Deutsche Hochsprache. Hrsg. von H. de Boor und P. Diels. Berlin (17) 1958.
- Duden-Aussprachewörterbuch. Bd. 6, bearb. von M. Mangold. Mannheim 1962.
- (4) W. Orthmann: Zur Rehabilitation der Sprachgeschädigten. Die Rehabilitation, 2/1968.
  (5) H. Krech: Einführung in die deutsche Sprechwissenschaft und Sprecherziehung. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1960.
- (6) H. Aebli: Psychologische Didaktik. Stuttgart 1970.
- (7) In Auswahl seien genannt:
  - K.-L. Harth: Beiträge zur Therapie oraler Sigmatismen. Wiss. Zsch. Päd. Hochsch. Potsdam, 1/1955.
  - E. Kurka: Zur ambulanten Übungsbehandlung des Stotterns auf kombiniert-psychologischer Grundlage. Phoniatrie, hrsg. von H. Jakobi, Leipzig 1963.

- H. Krech: Die Behandlung gestörter S-Laute. VEB Verlag Volk und Gesundheit,
- G. Lotzmann: Die verzögerte Sprachrückkopplung als mögliche Variante der Stotterer-Therapie. Die Sprachheilarbeit, 2/3 /1962.
- W. Trenschel: Phonetisch-logopädische Hinweise für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Deutsche Zahnärztl. Zsch., 8/1961.
- (8) Solche Ambulanzerweiterung und Kontaktpflege betreiben die Ausbildungsinstitute an den Universitäten München (Prof. Dr. I. Weithase) und Halle (Saale).
  - Von Sprecherziehern an Universitäten, Hochschulen und anderen Institutionen sind derartige Erweiterungen und Kontakte hinreichend bekannt.
- (9) Ch. Winkler: Deutsche Sprechkunde und Sprecherziehung. Düsseldorf, 2/1969.
- (10) I. Weithase: Sprechübungen. Köln-Graz, 5/1959.
- (11) Siehe unter (2).
- (12) G. Lotzmann: Stimmfachärztliche und sprecherzieherische Zusammenarbeit bei der Ausbildung von Berufssprechern an Hoch- und Fachschulen. Folia phoniatrica, 1/1969. (13) H. Bach: Sonderpädagogische Aufgaben bei hör- und sprachbeeinträchtigten Kindern.
- In: P. Biesalski, Phoniatrie und Pädoaudiologie, Stuttgart.
- (14) O. F. Bollnow: Sprache und Erziehung. Stuttgart 1966.
- (15) In Auswahl seien genannt:
  - M. Kloster-Jensen u. H. Jussen: Lautbildung bei Hörgeschädigten. Berlin 1970, S. 83 f. Drebes: Versuch einer Wesensbestimmung der speziellen muttersprachlichen Bildung und Erziehung als logopädischer Wirkungsbereich (Autorreferat). Die Sonderschule, 4/1970.
  - G. Lotzmann: Stimme und Kommunikation im sonderpädagogischen Feld. Zsch. für Heilpäd. (im Druck).
    - für Sprachheilpädagogik 1964.
  - W. Orthmann: Die Bedeutung der Sprecherziehung für Verhütung und Beseitigung von Sprachstörungen. Tagungsbericht Deutsche Ges. für Sprachheilpädagogik 1964. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
  - W. Hofmann: Sprachbildung und Sprecherziehung des lernbehinderten Kindes auf phonetischer Grundlage. Villingen 1969.
- (16) Siehe ausführliche Aufarbeitung bei
- E. Begemann: Die Erziehung der sozio-kulturell benachteiligten Schüler. Hannover 1970. (17) Bericht »Stütz- und Förderunterricht in den Grundschulen«. Stuttgarter Zeitung vom 18. Mai 1971, S. 5.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silcherstraße 1.

#### Heinrich Staps:

#### Neuerscheinung!

# 50 Geschichten zum Weiterspinnen

zum Nacherzählen und Vorspielen - Lustig illustriert vom Verfasser 72 Seiten, kartoniert, 6. - DM.

Ein Büchlein, das Sprachnot und Sprechscheu überwinden helfen soll. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. - Besprechung siehe Seite 126

Direkt zu beziehen von

Wartenberg & Söhne · Hamburg 50 · Theodorstraße 41w

#### Zur »kombiniert-psychologischen Übungsbehandlung« bei Stimm- und Sprachstörungen nach KRECH\*)

Im Institut für Sprechkunde der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde seit 1919 von Prof. Richard Wittsack die Möglichkeit gesehen und praktiziert, die Erkenntnisse der Sprechwissenschaft auch auf das Gebiet der Stimm- und Sprachheilkunde anzuwenden. In dem von ihm begründeten ersten Sprechkunde-Institut richtete er eine »Sonderabteilung für Stimm- und Sprachstörungen« ein, die nach dem Prinzip der Übungstherapie arbeitete. Prof. Hans Krech, der Assistent von Wittsack war und nach dessen Tod Leiter des Instituts wurde, entwickelte die hier zu erläuternde kombiniert-psychologische Übungstherapie zuerst für Sigmatikergruppen. Er veröffentlichte aus dieser Arbeit »Die Behandlung gestörter S-Laute«. Im gleichen Jahr wurde die kombiniert-psychologische Therapie auf das Gebiet der Stimmstörungen, zuerst der psychogenen, übertragen, wo sie sich seither besonders bewährt hat. Prof. Werner ORTHMANN, damals wissenschaftlicher Assistent, veröffentlichte seine Ergebnisse in einer Dissertation, die 1956 unter dem Titel »Sprechkundliche Behandlung funktioneller Stimmstörungen« als Buch erschien. Die umfassende Veröffentlichung von Krech über seine Arbeit erschien in der Wissenschaftlichen Zeitschrift der Universität Halle 1959 unter dem Titel »Die kombiniert-psychologische Übungstherapie«.

Alle Übungsbehandlungen im Sprechkunde-Institut Halle, dessen Leiter Krech bis zu seinem Tode 1961 war, fußen auf einer engen Zusammenarbeit mit den einschlägigen medizinischen und psychologischen Institutionen. So wurde grundsätzlich jede Behandlung durch entsprechende Diagnosen und gegebenenfalls medikamentöse Therapien abgesichert und unterstützt.

Die Begründung einer ganzheitlichen Methode auch in der Therapie von Stimmund Sprachstörungen schöpfte Krech aus zahlreichen Bestrebungen in der Medizin, im Patienten wieder den Menschen als eine Einheit zu sehen. Bei einer Krankheit handele es sich nicht um sowohl leibliche als seelische Faktoren, sondern um die Störung der Person, zum Teil in der leiblichen, zum Teil in der seelischen Sphäre. Zudem trifft es insbesondere für Störungen von Stimme und Sprache zu, daß eine Krankheit nicht nur ein individuelles und familiäres, sondern immer auch ein gesellschaftliches Ereignis ist, eine Funktion des Kulturmilieus (1). Krech ist der Überzeugung, daß »jede sprachliche oder stimmliche Fehlleistung mehr oder weniger psychisch beeinflußt ist, so daß, unter Anerkennung wiederum der Ganzheit, durch Behebung der seelischen Fehlspannungen im Verlauf einer Therapie wesentlich zur Heilung beigetragen werden kann« (2).

#### Die Bewußtheit des Könnens

Ein wichtiger Faktor der kombiniert-psychologischen Therapie ist deshalb die \*Bewußtheit des Könnens«. Krech führt dazu aus: \*Dem Gesunden >fehlt nichts«. Er verfügt uneingeschränkt über eine unverletzte Gesamtheit. Er kann sich innerhalb dieser Grenze ausleben, spürt sein Vermögen, seine Kraft, seine Fähigkeiten, er hat

<sup>\*)</sup> Vortrag während der 4. Regionaltagung der in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie tätigen Logopäden, Phoniater, Sprachheillehrer, Psychologen und Sprecherzieher Baden-Württembergs vom 12. bis 14. Februar 1971 in Inzigkofen.

die Bewußtheit all dieser Gegebenheiten: die Bewußtheit des Könnens. Jeder Einbruch in dieses Gefüge zerstört die Harmonie der Abläufe. Wenn wir schroff formulieren, bedingt jede Abweichung Veränderungen leib-seelischer Art.

... In jedem Fall wird durch Aufmerksamkeitshinlenkung die selbstverständliche Bewußtheit des Könnens geschädigt und gemindert. Der Mensch weiß nun, daß ihm ›etwas fehlt‹. Die kombiniert-psychologische Therapie greift aus dem vielschichtigen Komplex der Möglichkeiten diesen Gedankengang heraus. Sie versucht, den Verlust an Kraft auszugleichen und die Bewußtheit des Könnens wiederherzustellen« (3).

Daß gerade bei Sprach- und Stimmstörungen die geschädigte Bewußtheit des Könnens eine starke soziale Komponente hat, liegt auf der Hand. Auf dem Gebiet der gesprochenen Sprache bedeutet jeder Leistungsabfall eine Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Leistung, eine Isolierung innerhalb der Sprachgemeinschaft. Mit diesen Gedanken fußt die kombiniert-psychologische Therapie auf der in der Neuro-Medizin und anderswo beobachteten Tatsache, daß die Gesundheit, die Unversehrtheit, nur wieder erreichbar ist, wenn beim Patienten die mehr oder minder tiefgreifend empfundene, immer aber vorhandene Depression beseitigt werden kann. Dazu ist eine starke Suggestivwirkung aller an der Therapie beteiligten Faktoren nötig, die eine notwendige verstandesmäßig gesetzte Überzeugung ergänzen und durchdringen müssen. Krech betont jedoch: »Die Selbstsuggestion des Könnens oder natürlich auch des Nichtkönnens ist wichtiger als ›der willkürliche Entschluß«(4). Als eines der überzeugendsten Hilfsmittel bei dieser Suggestiveinwirkung wird die Schallaufnahme des ersten Erfolges angesehen. Sie ist ein Beweis, der unumstößlich ist, der als »Bewußtheit des Könnens« erlebt und intensiv psychisch verarbeitet wird.

#### $Die\ Schallaufnahme\ als\ The rapie mittel$

Die Benutzung der Schallaufnahme im Verlauf einer Übungsbehandlung auf dem Gebiet der Stimm- und Sprachstörungen ist seit der Entwicklung der modernen technischen Möglichkeiten auf diesem Sektor sicher Allgemeingut. Sie wurde und wird vornehmlich aus dokumentarischen Gründen und im Hinblick auf pädagogische Belange eingesetzt.

Neu ist bei Krech die Verwendung der Schallaufnahme beziehungsweise deren Wiedergabe als zentrales Therapiemittel. Voraussetzung für den Erfolg dieses Mittels ist ein möglichst »naturgetreues Abbild, eben ein Spiegelbild der Sprechweise« (5), und zwar sowohl des Patienten als auch des Therapeuten. Mikrophone und Aufnahmegeräte waren ab Anfang der fünfziger Jahre so weit verfeinert, daß mit technisch befriedigenden Aufnahmen geschnitten und wiedergegeben werden konnte. Krech verwendete die Tonbandaufnahme als Therapiemittel auch zuerst bei Sigmatismen (6), bevor er generell für alle Stimm- und Sprachstörungen die Schallaufnahme erprobte. Bei dieser Methode darf nie vergessen werden, daß das erstmalige objektivierende Hören der eigenen Stimme, zumal wenn das in Gegenwart eines anderen, in unserem Fall des Therapeuten, geschieht, für den Patienten immer einen mehr oder minder großen Schock bedeutet.

Die entscheidenden Anregungen bezog Krech in diesem Zusammenhang aus der Psychotherapie, wo in der Behandlung von Neurosen positive und negative Erfahrungen bei der unverhüllten Begegnung mit der eigenen Stimme belegt sind. Mit der zunehmenden Verbreitung von Tonbandgeräten und Mikrophonen in Privathand wird die reine Tonqualität der eigenen Stimme zwar bekannter sein als früher, aber all das, was unbewußt an Innerem, Verborgenem in seiner Stimme enthalten ist, wird nun erst, beim kritischen Abhören, für den Patienten offenbar.

Krech übernimmt auch für die gestörte Stimme und Sprache Beobachtungen aus der Psychotherapie (7), da nämlich mit dem objektivierenden Anhören der eigenen Stimme eine Selbstkorrektur einhergeht. Das Bild, das man sich von der eigenen Stimme und Sprechweise und damit von sich selbst gemacht hat, stimmt nicht. Diese Erkenntnis ist so gravierend, weil wohl jeder die Erfahrung gemacht hat oder es unbewußt fühlt, daß die Stimme und die Art zu sprechen die wahrhaftigste und am wenigsten zu maskierende Ausdrucksweise des ganzen Menschen ist. So steht für die kombiniert-psychologische Therapie nicht allein die Wiederholbarkeit der Wiedergabe im Blickpunkt des Interesses, sondern »die gezielte Selbstbegegnung mit der eigenen Stimme« (8).

Krech schreibt: »Die Schallaufnahme ist ein Mittel zur Selbsterkenntnis, und diese ist Bestandteil nahezu jeder Therapie. Der Mensch steht hüllenlos sich selbst gegenüber, er erlebt die Erschütterung der nun offenbaren Aussage seiner Stimme. Diese Gegenüberstellung und die Meinung des Menschen von sich selbst treten in Wirkung zueinander« (9). Es ist deshalb davor zu warnen, Negatives zu früh und zu gedankenlos vorzuführen. Erst wenn bereits ein Beweis der Besserung vorliegt und die Bewußtheit des Könnens gestärkt ist, läuft der Therapeut nicht mehr Gefahr, seinen Patienten in die Isolierung zurückzudrängen.

#### Der Therapeut

Krech stellt für die kombiniert-psychologische Therapie erhebliche Anforderungen an den Therapeuten, der helfend auf einen anderen Menschen einwirken soll. Er übernimmt in diesem Zusammenhang Gedanken von Slavson: »Die Funktion des Therapeuten ist es, Hindernisse, die dem Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen, zu beseitigen und innerseelische Spannungen zu lockern« (10).

Letztlich entscheidet die psychische Einwirkung des Therapeuten auf den Patienten den Erfolg der Behandlung. Diese Übertragung von Mensch zu Mensch geschieht wesentlich durch das Mittel der Sprache; ihre gesprochene Form ist das Mittel zur Begegnung. Es ist also wichtig, was und in welcher Art mit dem Patienten gesprochen wird. Darüber hinaus, und das ist eine wesentliche und neue Komponente bei Krech, muß sich jeder Therapeut im klaren darüber sein, daß er und sein Wesen sich für den Patienten im Klang seiner Stimme spiegeln. »Darum muß er (ein) Mensch sein zuallererst, der mit sich im klaren ist, nichts verbergen will, der sich, von innen her frei, ganz öffnen kann ... Er überträgt diese Gelassenheit, diese Befreiung durch die strömende Stimme auf den anderen Menschen, der hilfeheischend zu ihm kommt« (11).

Dabei ist nicht eine \*schöne« Stimme gemeint, sondern eine unverstellte, echte, dem Therapeuten als Person kongruente. Allerdings ist meiner Ansicht nach dafür in jedem Fall eine sprecherzieherische Ausbildung für alle in der Stimm- und Sprachheilkunde tätigen Therapeuten Voraussetzung. Ein physiologischer Stimmgebrauch und eine optimale Artikulationsbasis im Sinne der Hochlautung sind darin eingeschlossen.

#### Der Patient

Alle Patienten in unserem Bereich sind Menschen, die sich in einem gefährlichen "Circulus vitiosus" befinden. Psychische und physische Faktoren einer Krankheit schaukeln sich gegenseitig auf. Es entwickelt sich in jedem Fall eine egozentrische Stellungnahme, die aus der zwangsläufigen, mehr oder minder großen Isolierung innerhalb der Sprachgemeinschaft und damit jeglicher sozialer Bindung herrührt. Wichtig ist die Feststellung, daß sich der dabei auftretende Pessimismus oder eine, oft unbewußte, "Lebensangst" somatisch als veränderter, meist erhöhter Tonus zeigt.

Die generelle Lösungstherapie und ihre Methoden, die später beschrieben werden, zielen darauf ab.

Schon die Aufnahme des Patienten und der erste Kontakt des Therapeuten mit ihm muß wie die ganze Therapie zwei Gesichtspunkte genau beachten. Der Patient kommt sowohl als aufgeschlossener, weil hilfesuchender, als auch durch seine Mißerfolge und eventuelle erfolglose Behandlungen verhärteter Mensch zu uns. Andererseits besitzt gerade der Kranke, der sich in Behandlung begibt, einen erheblichen "Gesundungswunsch". Wir sollten uns bewußt sein, daß vielleicht der wichtigste Suggestiveinfluß lange vor der eigentlichen Therapie liegt, bei der Überweisung des Patienten vom Facharzt, seiner sonstigen inneren Vorbereitung und der ersten Kontaktnahme bei der Aufnahme. Wir sollten uns keinesfalls den Weg zur eigenen "Gesundungsarbeit" des Patienten verbauen, zumal es im Bereich der Stimm- und Sprachtherapie nur selten eine völlige Hoffnungslosigkeit in der Prognose gibt.

Anamnese, Diagnose und Prognose innerhalb der kombiniert-psychologischen Therapie

Das therapeutische Gespräch sollte schon während der Anamnese-, Diagnose- und Prognosestellung, also bei der Aufnahme des Patienten, beginnen. Aus den halleschen Erfahrungen muß sie ihrer Atmosphäre nach schon ein Teil der Therapie, also in sie einbezogen sein. Alles, was diese Atmosphäre ausmacht, »der Ruf des Therapeuten, die Einrichtung des Raumes, in dem das Gespräch stattfindet, der Empfang durch geeignete Mitarbeiter, die dialogische Begrenzung oder das Dabeisein eines Protokollanten, das Instrumentarium und die Kleidung« (12) erzeugen das »Aufnahmegefühl« des Patienten, das unbewußt positiv oder negativ ganzheitlich einwirkt. In Halle wurde der Patient in einem Geschäftszimmer empfangen und karteimäßig erfaßt. Bei dem »undramatischen« Aufruf nach einer eventuellen Wartezeit sollte schon die stimmliche Kontaktsituation vorbereitet werden. Bei Aufruf über Lautsprecher sollten entgegen den meisten Praktiken Stärkestufe und Intensitätsgrad darauf eingestellt sein.

Das Gespräch für die Anamnese fand in einem hellen, freundlichen Raum statt, der Therapeut saß dem Patienten gegenüber. Meist saß ein Protokollant zum Abnehmen der störenden Schreibarbeiten und zur Diagnoseabsicherung seitlich, ebenso gegebenenfalls Angehörige. Bei intensiver Gesprächsführung wurden beide erfahrungsgemäß bald vergessen.

Vor Beginn des Gesprächs wurde von einem Mitarbeiter in Gesprächssituation eine Anfangsaufnahme geschnitten, weil oft schon während der Anamnese sich Anteile der Fehlleistungen und Fehlspannungen einebnen, so daß die spätere therapeutische Kontrastwirkung beeinträchtigt würde.

Für die kombiniert-psychologische Therapie empfiehlt sich kein Anamneseschema. Ohne bestimmte Reihenfolge soll das Gespräch über alle Faktoren der Krankheit und der Umwelt des Patienten Auskunft geben, die für die Diagnose wichtig sind. Ohne in offensichtlich wissenschaftliches Befragen zu fallen, muß das Gespräch vom Therapeuten unauffällig gesteuert werden. Im übrigen dürfte ein geduldiges Zuhören zu den Eigenschaften gehören, die am besten die für die Therapie nötige vertrauensvolle Haltung des Patienten hervorrufen.

Während des Gesprächs findet eine möglichst sachliche Beobachtung statt; der Protokollant übernimmt ein bestimmtes Teilgebiet dabei. Die Diagnosestellung, die sich im wesentlichen gegen Ende des Gesprächs abzeichnet, kann dann aus der Gesprächssituation heraus dem Patienten mitgeteilt werden. Die medizinische Diagnose lag möglichst vor. Für die übersichtliche Notierung der Diagnose wurde in Halle 1950 eine spezielle Karteikarte entwickelt, die 1953 von W. Orthmann um ein praktisches Lokalisationsschema ergänzt wurde. So konnte während der Anamnese auch ohne Protokollant durch nichtstörende Unterstreichungen das Wichtigste festgehalten werden. Die Vervollständigung geschah in diesem Fall rekapitulierend.

Wichtig ist für Krech auch die Art der Mitteilung eines negativen Befundes, der allerdings bis auf seltene Fälle nicht in der sprechwissenschaftlichen, sondern in der medizinischen Diagnose zu finden ist, z.B. bei vorliegenden organischen Veränderungen oder Mißbildungen des Larynx, die therapeutisch nicht beeinflußt werden können. Man sollte nicht verschleiern und nicht bagatellisieren. Der Patient muß wissen, daß seine Krankheit ernst genommen wird; er erwartet eine klare Antwort.

Die Prognose, auch in diesem Gespräch enthalten, sollte bei unerläßlicher positiver Grundhaltung nicht zu viel versprechen. Der reale wissenschaftliche Stand wird aufgezeigt, die Möglichkeiten der Therapie und die Notwendigkeit einer Mitarbeit des Patienten umrissen. Zeitangaben für die Dauer einer Behandlung werden möglichst vermieden, eine Fixierung darauf könnte den Erfolg einer Therapie bei unvorhergesehener Verlängerung in Frage stellen.

Ist auf diese Art ein zwischenmenschlicher Kontakt im positiven Sinne angebahnt, also die »Bewußtheit des Könnens« vorbereitet, hat dieses erste Gespräch zur Anamnese, Diagnose und Prognose einen eigentherapeutischen Wert.

Die charakteristischen methodischen Bestandteile der kombiniert-psychologischen Therapie

### 1. Die »Kaumethode« (Chewing Approach) nach Froeschels

Seit 1952 wurde in Halle in zunehmendem Maße die »Kaumethode« nach Emil Froeschels auf ihre Anwendbarkeit in der Therapie hin erprobt. Sie ist eine der wenigen ganzheitlich ansetzenden Methoden, die, ohne an ein Instrumentarium gebunden zu sein, in jedem Behandlungsraum durchgeführt werden kann. 1955 legte W. Orthmann seine Dissertation vor, die die Anwendung der Kaumethode bei hyperkinetischen Stimmstörungen untersucht. Die Methode geht auf eine therapeutisch nutzbar gemachte Beobachtung von Froeschels zurück, daß man zur gleichen Zeit kauen und sprechen kann. Unter Bezugnahme auf die These, daß von demselben Organ nicht zwei Tätigkeiten zur gleichen Zeit geleistet werden können, schloß er daraus, daß Kauen und Sprechen weitgehend identisch sein müssen. Der Anfang für die Entwicklung einer ebenso einfachen wie verblüffend wirkungsvollen Methode war damit gegeben.

Vom \*Kieferschütteln« zur Entspannung war Froeschels 1939 bereits zu Versuchen gekommen, die Kaubewegungen mit der Stimmgebung koppelten. Er nannte es \*Atemessen« oder \*Atemspiel«. Mit Kaugut werden Eßbewegungen provoziert, dazu wird phoniert, während die Bewegungen weitergehen. Über sinnlose Silben, die sich aus den Kaubewegungen der Artikulationsorgane ergeben, wird in der gleichen entspannten Haltung des genießenden, selbstvergessenden Essens die Spontansprache entwickelt.

Parallel zu Froeschels gibt es in der Sprechwissenschaft zahlreiche Hinweise, daß eine entwicklungsgeschichtlich ältere Funktion, nämlich die Vorgänge bei der Nahrungsaufnahme, einer jüngeren Funktion, dem Sprechen, einen vorgeformten und trainierten Bewegungsmechanismus zur Verfügung stellt. Mit der Kaumethode wird also umgekehrt die höher entwickelte Sprachfunktion auf einen automativ gesteuerten, älteren, unwillkürlichen Grundvorgang der Lebenserhaltung zurückgeführt.

Dazu kommt ein wichtiger Gesichtspunkt, der vor allem in Halle herausgearbeitet wurde: Essen ist für die meisten Menschen ein Lusterlebnis. Bei einer entsprechenden suggestiven Einflußnahme löst das tatsächliche und bald schon das vorgestellte Genießen von Nahrung eine Entspannungssphäre aus, die der anderer, bewußter und gesteuerter Entspannungsübungen ähnlich ist. Die Stimme liegt meist automatisch in der Indifferenzlage; faukale Weite und eine gesunde Nasalität treten ein durch eine ganzheitliche, körpereigene Steuerung. Die mit Unlust und Skepsis beladene Phonation und Artikulation wird überlagert von der Lustvorstellung des Genießens. Die Kaumethode will dieses Lusterlebnis des Essens durch das Einschleifen eines Reflexes auf das Unlusterlebnis Sprechen übertragen.

Die Erfahrung aus damals nahezu tausend Therapien hat gezeigt, daß damit alle unphysiologischen Verspannungen wegfallen und daß mit dieser Methode in etwa einem Drittel der üblichen Behandlungszeit zum positiven Ergebnis zu kommen ist, was Zeit- und Kraftersparnis für Therapeut und Patient bedeutet.

In den ersten Stunden wird geduldig und ohne Eile dem Patienten Zeit gelassen, zusammen mit dem Therapeuten zum Genießen, Entspannen, zum Lusterlebnis überhaupt zu kommen. Der Therapeut macht anfangs alle Übungen mit. Der Übende sitzt bequem, aber mit gut unterstützter, aufgerichteter Wirbelsäule und somit atmungsfunktionsfähig.

Etwa eine Minute sollte für die ersten Versuche und auch für die häuslichen Übungen konzipiert werden. Der Behandler gibt eine Einstimmung, die ebenso im häuslichen Üben rekapituliert werden soll: Ich will mich jetzt eine Minute lang mit mir selbst beschäftigen. Eine Minute gehört mir. Ich will sie mir zur Freude gestalten und das, worauf ich mich bereits freue, in aller Ruhe essen.

Nach 30 Sekunden etwa wird Kaugut aufgenommen, und nach etwa 10 Sekunden Kauen kann die Stimme einfach mitlaufen, etwa 20 Sekunden lang.

In der ersten Stunde ist die Kontaktnahme wieder besonders wichtig und damit die stimmliche und psychische Übertragungsfähigkeit, denn mehr oder weniger sträubt sich der Patient im allgemeinen unbewußt gegen diese entgegen allen Erziehungsgrundsätzen der Zivilisation verlangten Art des Essens, gegen das Kauen mit offenem Mund.

Um zu den von Krech beschriebenen guten Erfolgen zu kommen, war seiner Meinung nach die Bindung der Kaumethode an die Tonbandaufnahme nötig. Bei der Wiedergabe der gelungenen Kauphonation und der Gegenüberstellung mit der früheren Leistung wird die "Bewußtheit des Könnens« außerordentlich gesteigert. Die bewußt gemachte Lösung der vom Band her tönenden Stimme wirkt auf die Sprechsituation zurück, so daß ein für die Therapie günstiges Aufschaukeln der positiven Komponenten über das funktionelle Abhören entsteht.

Der ersten Behandlung folgt bereits am nächsten Tag die zweite, damit sich keinesfalls Fehlleistungen einschleichen. Bei Bedarf muß der Behandlungsrhythmus später wieder gestrafft werden, wenn sich etwa gequetschtes, gepreßtes, gesungenes Kauen einstellt.

In Halle wurde die Kaumethode innerhalb der kombiniert-psychologischen Therapte bei allen vorkommenden Stimm- und Sprachstörungen erprobt, bei Stammelfehlern als reine Lösungstherapie. Erstmals wohl wurde hier die Kaumethode bei der Rhinolalia aperta genutzt, die sonst wohl grundsätzlich mit Spannungsübungen behandelt wird. Hier zeigte sich besonders offensichtlich die komplexe Wirkung der Kaumethode, denn auch hier konnten mit Hilfe des Tonbandes gute Ergebnisse erzielt werden.

#### 2. Das Entspannungstraining

Zur Unterstützung der Kaumethode verwendete Krech ein »Entspannungstraining«. Es basiert auf denselben Grundgedanken wie etwa das »Autogene Training« von J. H. Schultz. Das Autogene Training gehört jedoch in die Hand des Arztes und konnte im halleschen Institut, das keine ärztlichen Mitarbeiter hatte, nicht praktiziert werden. Schon R. Wittsack hatte Vorversuche zu einem sprechwissenschaftlich praktikablen Entspannungstraining gemacht; seit 1952 arbeitete Krech daran. Er schreibt: »Es bringt modifiziert und generalisiert das Schwere- und Wärmeerlebnis in Kombinationen mit einem Wohlgefühl, das nach Übung auf die Lokalisation der stimmlichen, körperlich spürbaren (scheinbaren) Unlustherde gezielt wird« (13). Das sind in etwa die ersten beiden Stufen des Autogenen Trainings. Das terminologische Schema von Schultz wurde vermieden, der Trainingsleiter, dessen Stimme ein wesentlicher Einfluß zugeschrieben wird, sprach freie Assoziationen. Der Raum wurde nicht abgedunkelt, die Teilnehmer saßen in einer möglichst behaglichen Atmosphäre auf üblichen Stühlen. Im Gegensatz zu anderen Autoren konnte Krech nahezu schon in der ersten Sitzung Reaktionen feststellen. Das Schwereerlebnis war also schon in der ersten Stunde da, gleichgültig ob in Einzel- oder Gruppentherapien. Neben dem direkten Sprechen des Übungsleiters ging man zu Versuchen über, das Training durch Wiedergabe vom Tonband her zu rationalisieren. Niemals wurde die Bandaufnahme schwächer empfunden, oft wurde ihr der Vorzug gegeben. Ohne Schwierigkeiten konnten die Tonbandfassungen, ursprünglich für die Gruppentherapie gesprochen, auch in den Einzelbehandlungen verwendet werden. Dadurch war es möglich, Vervielfältigungen herzustellen, die in jedem Behandlungsraum zur Verfügung standen.

Bei der Zuhilfenahme von Musik zum Entspannungstraining geschah dies bei Krech grundsätzlich als Vorspann oder als unspezifische Ergänzung. Das Wort und die Stimme als stimulierender Reiz standen immer im Vordergrund. Auch wenn sofort über Musik gesprochen wurde, sollte das Wort dominieren und die Musik »nahezu unbewußt als Aufladung des gesendeten Reizes« (14) wirken. Musik von Mozart, Haydn, Händel und Schubert ist als besonders geeignet empfunden worden, weil diese Komponisten eine Zwiesprache mit dem Hörer führen und ein Kontaktverhältnis von sich aus ziemlich sicher erreichen. In der Gruppe schafft beim Anhören der Musik eine gemeinsame ausgewogene Atemversammlung die Grundlage für das Entspannungstraining. Oft traten schon während des Anhörens die Sensationen des Entspannungstrainings ein. Die Musik wurde von der zentralen Technik aus in einwandfreier technischer Qualität im Pianissimo ein- und ausgeblendet. Die Teilnehmer saßen in der üblichen Trainingshaltung, nach einer eventuellen stimmungsmäßigen Einführung die Augen schließend. Etwas von der Konzert- oder auch Filmsituation, die bei entsprechender suggestiver Führung zum Gemeinschaftserlebnis in besonders

starker Form führen kann, wurde therapeutisch genutzt.

Das stimmungsmäßige verbale Ausmalen einer Musik führte Krech auch zu Versuchen, die innerhalb des Entspannungstrainings Bilder und Filme verwendeten. In der Psychotherapie sind »Meditation« oder auch »Bildern« längst Bestandteile von Diagnose und Therapie: Von daher bezog Krech wiederum seine Anregungen.

Ähnlich wie von der Musik wird beim »Bildern« das Ansprechen einer Sphäre überpersönlicher Erlebnisse erreicht. Beim Aufsteigenlassen von Bildern wurden in ent-

spannter Ruhelage körperliche Lösungsvorgänge nachgewiesen.

Krech probierte zuerst mit inneren Bildern, etwa der Beschreibung einer Abendlandschaft, in wenigen Strichen nur, oder mit der Vorstellung einer Sonnenwiese, einer Kahnfahrt auf einem glatten See in der Dämmerung und ähnlichem.

Daneben wurde das Einfügen realer Bilder erprobt. Das konnte sowohl ein Bild sein, das als Schmuck im Raum hing, oder ein projiziertes Bild, für das der Raum verdunkelt werden mußte. Dabei trat oft eine Verstärkung der Wirkung ein. Als besonders geeignet für die Therapie erwiesen sich Bilder mit einer unbedingt bejahenden Stimmungsgrundlage.

Farbbilder erhöhten die Wirkung noch. Besonders Blütenaufnahmen fanden starke Resonanz, daneben spezielle therapeutische Farbfilme, die in etwa fünf Minuten den Gang durch eine Sommerlandschaft oder das Leben einer Blüte im Zeitraffer wiedergaben. Die Darstellung von Personen wurde abgelehnt und daher vermieden. Die Sitzordnung blieb die gleiche wie beim normalen Training, ohne Reihenanordnung, so daß auch im Dunkeln das Gefühl für das Gegenüber erhalten blieb.

Ähnliche therapeutische Versuche wurden mit Stummfilmen gemacht als Anreiz zu einer günstigen, der realen gegenüber unkomplizierteren Sprechmöglichkeit. Die Hemmungen vor dem Sprechen sind bei einer Rollenverteilung im Schutz der Dunkelheit längst nicht mehr so groß. Mit Hilfe der »Synchronisation« eines Stummfilmes ließ sich auch die Rückkehr in die sprachliche Gemeinschaft erleichtern (15). Bei diesen letzten Versuchen, bei denen der Patient eigene Leistungen erbrachte, wurde wieder das Tonband zur Objektivierung und zur Stärkung der »Bewußtheit des Könnens« eingesetzt.

#### 3. Die Gruppentherapie

Unter der Bezugnahme auf psychologische und psychotherapeutische Erkenntnisse in der Therapie wurden von Krech auch Versuche in der Gruppentherapie, die von R. Wittsack begonnen wurden, weitgehend vorangetrieben. Innerhalb der kombiniert-psychologischen Therapie begann er 1955, in der Gruppe lediglich eine Modifikation der Kaumethode zu erproben. Die Gruppe hatte etwa 12 Teilnehmer, Patienten und Studenten, und war immer eine »offene« Gruppe, die nach einer gewissen Einführungszeit auch den Therapeuten wechselte.

Zunächst stellte er homogene Stimmtherapiegruppen zusammen. Allmählich wurden die Gruppen heterogener und die Altersunterschiede von 15 bis zu 60 Jahren recht beträchtlich. Alle Teilnehmer hatten nur eines gemeinsam: die durch stimmliche oder sprachliche Minderleistung hervorgerufene Isolierung innerhalb der größeren Gemeinschaft.

Der Sitzungsablauf führte, abgesehen von einer Einführung in der ersten Stunde, von Musik über das Entspannungstraining zu einer abschließenden Musik. Sobald in einer der Sitzungen die Gruppe vom passiven Erleben zur Aktivität geführt werden konnte, d. h. ein Gespräch über die Therapie oder ihre Bestandteile begann, wurde die Kaumethode eingeführt. Diese Einführung ist in der Einzeltherapie natürlich einfacher, aber mit einem suggestiven Therapeuten läßt sich auch die Gruppe erfahrungsgemäß leiten. Meist sind von Krech schon in der ersten Stunde Vorbehalte gegen »das Kauen mit offenem Mund« überwunden worden. Man kann dann ohne weiteres zu auflockernden Bewegungen, Herumgehen im Raum, Armschwingen usw. übergehen. Auch die Kieferschüttelübung nach Froeschels läßt sich gut einsetzen. Während der nächsten Sitzungen und ihrer Gespräche treten die Kausilben immer mehr zurück, werden zum »Phantomkauen«, und schließlich wird, wie in der Einzelbehandlung, mit lediglich vorgestelltem Kauen die gewünschte stimmliche Lösung erreicht.

Zur Kontrolle und zur Objektivierung wurden Tonbandaufnahmen im Vorbeigehen am Mikrophon geschnitten, die innerhalb der Stunde ausgewertet wurden. In diesem

Stadium muß bei der Gruppentherapie mit einer Sitzungsdauer von etwa einer Stunde gerechnet werden.

Die Teilnahme war absolut freiwillig, und das Wiederkommen der Patienten ergab die Bestätigung, daß die Gemeinsamkeit sehr positiv aufgenommen wurde. Auch die auf eine Einzeltherapie wartenden Patienten konnten in der Gruppe unter Kontrolle gehalten und günstig vorbereitet werden, so daß Komplikationen weitgehend ausgeschaltet werden konnten.

#### Zusammenfassung

»Kombiniert-psychologische Übungstherapie« meint eine Methode der Therapie, die mit den verschiedensten Mitteln versucht, »den kranken Menschen mit seiner Stimmund Sprachstörung anzunehmen, weniger den Menschen mit kranker Stimme oder Sprache« (16).

Sie orientiert sich wissenschaftlich an allen Erkenntnissen, die sich auf dem Gebiet der Medizin, der Psychologie und der Psychiatrie des kranken Menschen als einer Ganzheit annehmen, und versucht mit den Mitteln der Sprechwissenschaft, also vor allem mittels Stimme und Sprache, den durch seine Fehlleistung isolierten und unsicheren Menschen in seiner Umwelt und in der Gesellschaft wieder fest zu verankern. Sie verwendet als wichtigstes Hilfsmittel die Kaumethode, das Entspannungstraining und die Möglichkeiten der Gruppentherapie. Sie ist ihrer Grundauffassung von der sprechwissenschaftlichen Therapie her keine in sich geschlossene Doktrin, sondern steht allen neuen Erkenntnissen offen und sollte nach Krechs Vorstellungen ständig weiterentwickelt werden.

Krech schließt seine Arbeit u. a. mit folgenden Worten: »Die kombiniert-psychologische Übungstherapie« leitet den Menschen zu dem ureigentlich Menschlichen, zur Sprache und damit wieder in den Bereich der Humanitas, in die menschliche Gesellschaft, so daß er ofrei durchgehen kann, sein Leben und Schicksal ehrlich bestehend. daß er die Grenze vom Kranken zur Gesundung hin überschreitet« (17).

- (1) vergl. H. Hübschmann, Psyche und Tuberkulose, Stuttgart 1952.
- (2) H. Krech: Die kombiniert-psychologische Übungstherapie, in: Wiss. Z. Univ. Halle, 8/1959, S. 400.
- (3) H. Krech, a. a. O., S. 400.
- (4) H. Krech, a. a. O., S. 401. (5) H. Krech, a. a. O., S. 402.
- (6) H. Krech, Behandlung gestörter S-Laute, Halle 1955, S. 84.
- (7) vergl. W. Wilhelm, Die psychotherapeutischen Möglichkeiten der gezielten Stimmwiedergabe, in: Psychol. Rundschau, 4/1953, S. 278.
- (8) ebenda, S. 277.
- (9) H. Krech, Die kombiniert-psychologische Übungstherapie, a. a. O., S. 403.
- (10) S. R. Slavson, Einführung in die Gruppentherapie, Göttingen o. J. (1956).
- (11) H. Krech, Die kombiniert-psychologische Übungstherapie, a. a. O., S. 406.
- (12) H. Krech, a. a. O., S. 412.
- (13) H. Krech, a. a. O., S. 417.
- (14) H. Krech, a. a. O., S. 420.
- (15) vergl. O. Döhler, Sprechübungen mit Hilfe des Schulfilms, in: Die lebenden Fremdsprachen, Z. für Neusprachler, 2/1950, S. 72 ff.
- (16) W. Orthmann, Grundlagen der Chewing Method (Froeschels) und ihre Anwendung bei stimmlichen Hyperkinesen, in: Die Sprachheilarbeit, 2/1957.
- (17) H. Krech, a. a. O., S. 430.

Anschrift des Verfassers: Gudrun Schwarz, Dipl.-Sprecherzieherin, 6101 Rodau/Odenwald, Mühlstraße 47.

#### Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder

#### 1. Einleitung

Der Begriff »Sprachbehinderung« umfaßt sehr unterschiedliche Sachverhalte. Sprachbehinderungen können die verschiedensten Formen und Ursachen haben. Sie können, wie Jussen (1964) hervorhebt, ganz verschiedene Strukturbereiche der Sprache treffen, also als Störungen des Sprachaufbaus, des geordneten Redeflusses oder der Verwirklichung der lautlichen Sprachnormen in Erscheinung treten und durch die Symptomatik beispielsweise des Dysgrammatismus, des Stotterns oder des Stammelns auffällig werden. Über die kausalen, strukturellen und phänomenologischen Verschiedenheiten hinaus haben Sprachbehinderungen jedoch auch einen pädagogisch relevanten gemeinsamen Nenner. VAN RIPER (1963) zielt ihn an, wenn er definiert: »Sprache ist gestört, wenn sie so weit von der Norm abweicht, daß sie die Aufmerksamkeit auf sich selbst lenkt, die Kommunikation unterbricht oder die Fehlanpassung des Sprechers bewirkt.« Hier werden zusätzlich personale und soziale Variablen deutlich, die für den Sprachbehinderten in jeweils unterschiedlicher Gewichtung zum Tragen kommen. Erst von dieser Gesamtschau her wird verständlich, daß eine Sprachbehinderung für den Betroffenen auch dann schwerwiegend sein kann, wenn die sprachliche Symptomatik für sich genommen nur gering erscheinen mag.

Wie Portmann (1962), Gehlen (1962) u. a. überzeugend dargestellt haben, ist der Mensch in seiner personalen und sozialen Entwicklung auf seine Umwelt und die Beziehungen zum Mitmenschen angewiesen. Mit anderen Worten: Kommunikation ist eine entscheidende Bedingung menschlichen Daseins. Wesentlicher Träger dieser Kommunikation ist die Sprache. Schon früh lernt das Kind durch seine Umgebung Wörter als Symbole für Gegenstände und Sachverhalte kennen und gebrauchen. Es übernimmt mit dem Wortschatz seiner Umgebung zugleich die für seine Umgebung spezifische Art und Weise, Dinge zu sehen und zu beurteilen.

Vornehmlich durch die Sprache werden Einstellungen und Haltungen zu Normen übermittelt, wird der Zugang zum Mitmenschen eröffnet. Unter dem Aspekt des sozialen Interaktionsgeschehens gesehen, bedeutet gestörte Sprache auch gestörte Kommunikation, d. h. gestörte Beziehungen im zwischenmenschlichen Bereich. Sie zeigen sich einerseits in der Entwicklung eines zunehmenden Störungsbewußtseins beim sprachbehinderten Kind, andererseits werden sie ebenso in der Verunsicherung von Eltern und Erziehern gegenüber dem sprachbehinderten Kind deutlich. Aussprachen mit Eltern und Lehrern sprachbehinderter Kinder lassen erkennen, wie stark oft die Umgebung des Kindes durch die Symptomatik der gestörten Sprache und die Versuche des Kindes, mit ihr fertig zu werden, in ihrem Verhalten und ihrem Urteil bestimmt wird und Fehldeutungen unterliegt, welche das gegenseitige Verhältnis belasten.

Wie Orthmann (1969), Suhrweier (1962) und Westrich (1968) nachgewiesen haben, ist es nicht die gestörte Sprache allein, über die z.B. der Stotterer in seiner Selbstdarstellung klagt. Es ist vielmehr die Begegnung mit dem Mitmenschen, der er sich nicht gewachsen fühlt, die er negativ erfahren hat und die er fürchtet. Umgekehrt ist es, wie eigene Untersuchungen zum Problem der Einstellungen gegenüber Sprachbehinderten ergeben haben (Knura, 1969), auch nicht die sprachliche Symptomatik allein, die der Normalsprechende anzielt, wenn er z.B. dazu neigt, etwa den Stotte-

rer mit einem ganzen »Hof« negativer Eigenschaften zu umgeben und ihn emotional abzulehnen. Ganz offensichtlich verbirgt sich hinter der sprachlichen Behinderung ein ganzes Bündel von Störfaktoren im kommunikativen Bereich, das einerseits bereits bedingend der Sprachbehinderung zugrunde liegen kann, andererseits verschlimmernd auf sie einwirkt und schließlich in Form von Fehlanpassungen behinderund nachzuwirken vermag, wenn die sprachliche Symptomatik bereits abgeklungen ist.

In diesem Zusammenhang ist es aufschlußreich, daß bei einer Befragung von Kölner Lehrerstudenten und angehenden Kindergärtnerinnen die Bedeutung einer Sprachbehinderung für das betroffene Kind im Vergleich zu allen anderen Behinderungsarten pauschal als sehr gering eingestuft wurde. Ähnliches berichtet v. Bracken (1967) von Marburger Untersuchungen, bei denen u.a. die Schwere von Behinderungen durch die Bevölkerung beurteilt wurde. In diesem Urteil kommt zum Ausdruck, daß die Sprachbehinderung vorrangig unter dem Aspekt der Verständlichkeit der Rede gesehen wird, wobei in der Schule immer noch der Rückgriff auf die schriftsprachliche Äußerung bleibt, nach der dann, wie man meint, der Sprachbehinderte in seiner Schulleistung gerecht beurteilt werden kann. Es wird kaum oder zu wenig deutlich erkannt, daß der Schwerpunkt einer Sprachbehinderung nicht allein in der in unterschiedlicher Weise und Stärke behinderten Sprache liegt, sondern zu einem erheblichen Teil in der mit ihr einhergehenden gestörten Beziehung zum Mitmenschen. Diese aber führt zwangsläufig im Gefolge der zunehmenden Verunsicherung des sprachbehinderten Kindes, das sich, wie Westrich sagt, »sprechend nicht mehr wagt«, zum Einsatz und zur Verstärkung solcher Verhaltensweisen, die als momentane Schutz- und Abwehrreaktion entstanden, schließlich Fehlanpassungen in den verschiedensten Lebensbereichen bewirken und Lernbarrieren aufbauen können, die das sprachbehinderte Kind nicht oder nur unter Mühe zur Entfaltung seiner vollen Leistungsfähigkeit kommen lassen.

Diese erlernten Verhaltensbesonderheiten, die zu den primär durch die jeweilige Sprachstörung bedingten Besonderheiten und die möglicherweise mit ihr verbundenen somatischen Auffälligkeiten treten, dürften in vielen Fällen die schulische Laufbahn des sprachbehinderten Kindes stärker belasten, als es im Lehrerurteil schlechthin zum Ausdruck kommen mag. Sie lassen den Schulalltag für das betroffene Kind besonders dann zu einem permanenten Streßerleben mit allen seinen negativen Rückwirkungen werden, wenn der Lehrer den sozialpsychologischen Aspekt der gestörten Sprache zu wenig oder gar nicht berücksichtigt, d. h. wenn er die Verhaltensbesonderheiten des sprachbehinderten Kindes isoliert etwa als undiszipliniertes Betragen, negative Veranlagung und mangelnde Fähigkeit wertet, sie also nicht in ihrem Zusammenhang mit der Sprachstörung begreift und es nicht versteht, sie in seinem Unterricht pädagogisch und methodisch behinderungsspezifisch zu berücksichtigen.

#### 2. Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder

Über Besonderheiten des schulischen Verhaltens Sprachbehinderter verbindliche Aussagen zu machen, stößt auf Schwierigkeiten. Diese hängen nicht zuletzt damit zusammen, daß sich eine entsprechende Fragestellung erst im Zuge der zunehmenden Besinnung der Sprachheilschule auf ihr eigentliches pädagogisches Anliegen und auf die ihr im Rahmen der Rehabilitation Sprachbehinderter neben Heim und Ambulanz spezifisch zufallende Aufgabenstellung profilieren konnte. Nach dem Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens von 1960 fällt der Schule für Sprachbehinderte eine Doppelaufgabe zu: Sie hat ihre Schüler nach dem Bildungsplan der allgemeinbilden-

den Schulen zu unterrichten. Sie soll aber auch \*sprachliche Fehlleistungen der Schüler sachgerecht beheben, ihre sprachliche Kontaktfähigkeit und ihr Ausdrucks- und Mitteilungsvermögen fördern und ihre ganze Entwicklung so leiten, daß sie nicht nur die Scheu vor der Gemeinschaft überwinden, sondern ihr mit Selbstvertrauen mitteilsam und sprechfroh begegnen«.

Wie Beiträge in der Fachpresse von Staps (1965), Dohse (1955), Schulze (1967), Schneider (1969), Orthmann (1965, 1967) u. a. zeigen, ist die Schule für Sprachbehinderte heute weder von ihrer Struktur noch von ihrer Lernorganisation und Lernplanung her in der Lage, diese Doppelaufgabe tatsächlich in den Griff zu bekommen. Ebensowenig oder noch weniger ist es dem jungen Wissenschaftszweig Sprachbehindertenpädagogik bisher möglich geworden, der Sprachheillehrerschaft Unterstützung in Form einer gezielt und breit angesetzten Grundlagenforschung zu gewähren, deren Ergebnisse ihr bei der Auswahl solcher Lernziele und Unterrichtsverfahren hätten hilfreich sein können, die für sprachbehinderte Kinder in besonderer Weise bedeutsam sind.

So stehen für unsere Aussagen über einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder auch nur erste Ergebnisse einzelner empirischer Untersuchungen zur Verfügung, die wegen ihres geringen Umfanges und ihres unterschiedlichen methodischen Ansatzes vorerst weitgehend nur im Sinne von Erkundungsexperimenten interpretiert werden können. Sie erlauben sicherlich noch keine generalisierenden Schlüsse, versetzen uns aber immerhin in die Lage, Tendenzen aufzuzeigen, die für eine behinderungsspezifische Unterrichtsgestaltung erste Hilfen und für die weitere Forschungsarbeit richtungweisend sein können.

Der gegenwärtigen Schülerzusammensetzung der meisten Schulen für Sprachbehinderte entsprechend, stehen verständlicherweise die zahlenmäßig starken Gruppen der Stotterer und Stammler bzw. Sprachentwicklungsverzögerten vorrangig im Blickpunkt dieser ersten Untersuchungen, ohne daß damit die Notwendigkeit einer Ausweitung der Untersuchungen auf die zahlenmäßig kleineren Gruppen anderweitig sprachbehinderter Kinder ausgeklammert werden soll. Diese Gruppen werden im Gegenteil in der Zukunft verstärkt in die Forschungsvorhaben einbezogen werden müssen zu denken ist hier etwa an die Gruppe der sogenannten Alaliker oder Hörstum-

men und der Aphasiker, weil sie behinderungsspezifischen Unterricht in besonderer Weise nötig haben.

Fassen wir Lehrerurteile über sprachbehinderte Kinder aus Normalschulen und Schulen für Sprachbehinderte zusammen und überprüfen wir die sprachheilkundlichen Fachbücher von Gutzmann (1924), Rothe (1929)), Seeman (1969) usw. auf entsprechende Allgemeinaussagen hin, so werden Verhaltensbesonderheiten vor allem in zwei Bereichen deutlich:

- 1. im Bereich des Sozialverhaltens,
- 2. im Bereich des Leistungsverhaltens.

Das Sozialverhalten sprachbehinderter Kinder wird durch folgende Eigenschaften beschrieben: ängstlich, überempfindlich, schüchtern, geltungsbedürftig. bockig, aggressiv, jähzornig, undiszipliniert, egozentrisch, unehrlich.

Besonderheiten des Leistungsverhaltens finden in folgenden Aussagen ihren Niederschlag: unaufmerksam, unkonzentriert, wenig leistungsfähig, wenig anstrengungsbereit, weniger intelligent, uninteressiert, wenig Durchhaltevermögen — sehr ehrgeizig, überhöhtes Anspruchsniveau, überkorrekt, überaus sorgfältig.

Sicherlich sind in diesen Aussagen, die auch auf Schüler der allgemeinbildenden Schulen zutreffen, eine Reihe unzulässiger Verallgemeinerungen enthalten. Sie bieten

deshalb trotz des Erfahrungshintergrundes, auf dem sie entstanden sein mögen, auch nur eine wenig tragfähige Grundlage zur Einleitung solcher schulischer Fördermaßnahmen, die geeignet sind, dem sprachbehinderten Kind eine angemessene Hilfe zu sein. Sie unterstreichen lediglich die dringende Notwendigkeit, in systematischen Untersuchungen sorgfältig zu überprüfen:

1. inwiefern sprachbehinderte Kinder tatsächlich aus der normalen Streubreite der schulischen Verhaltensweisen nichtsprachbehinderter Kinder herausfallen,

2. welche bedingenden Faktoren diesen Besonderheiten zugrunde liegen,

- 3. welche im weitesten Sinne therapeutischen oder, treffender gesagt, sonderpädagogischen Maßnahmen geeignet sind, das Bedingungsgefüge komplex anzugehen, ohne sich in einer isolierten Symptombehandlung festzufahren und am Dualismus von Unterricht und Therapie zu scheitern.
- 2.1. Besonderheiten im Sozialverhalten sprachbehinderter Kinder

Statistisch gesicherte Untersuchungen zum Sozialverhalten sprachbehinderter Schüler liegen vor von Kanter (1964), Krüger-Rexrodt (1969), Gerling (1970) und Kliegel (1970). Kanter führte 1962 auf der Grundlage einer soziometrischen Untersuchung von Möller (1961) Kontrolluntersuchungen von 28 sprachbehinderten Kindern in Normalschulklassen durch. Insgesamt wurden dabei 510 Kinder im Durchschnittsalter von 12;6 Jahren u. a. mit soziometrischen Methoden und dem Rosenzweig-P-F-Test überprüft. Es zeigte sich:

- a) daß sprachbehinderte Kinder im Durchschnitt ungünstigere soziometrische Positionen in ihren Klassen einnehmen. Diese Tendenz wurde in zwei nachfolgenden unabhängigen Untersuchungen von BINNENBRUCK (1963) und KUNKEL (1963) betätigt.
- b) daß sprachbehinderte Kinder im Rosenzweig-P-F-Test eindeutige Verhaltensbesonderheiten zeigen. Sie betreffen vor allem die Persönlichkeitsdynamik und den Bereich der Selbstwertgefühle, d. h. sprachbehinderte Kinder betonen in Versagenssituationen auffällig das Ich oder den Bezug zum Ich, leugnen oft von vornherein ab, für Dinge verantwortlich zu sein, schlagen auffällig wenig den Weg ein, etwas zu »neutralisieren«, d. h. etwas Geduld zu zeigen, etwas nicht so wichtig zu nehmen. An erster Stelle aller ihrer Verhaltensweisen steht die Aggressivität gegen die Umwelt.

Diese Ergebnisse wurden in einer jüngst von Kliegel (1970) veröffentlichten Untersuchung, bei der 47 stotternde Kinder im Alter von 11;2 Jahren mit dem Rosenzweig-P-F-Test überprüft worden waren, bestätigt. Krüger-Rexrodt und Gerling untersuchten 1969 und 1970 insgesamt 189 sprachbehinderte Kinder im Alter von 9 bis 14 Jahren mit dem Sozialen Motivationstest von Müller. Der Test prüft, welche sozialen Motivationen 9- bis 14 jährige Kinder in fiktiven Problemsituationen wählen. Folgende signifikanten Unterschiede kennzeichnen in dieser Testsituation die sozialen Entscheidungen sprachbehinderter Schüler:

a) Für sprachbehinderte Schüler haben Gruppennormen weniger Bedeutung.

b) Ihre sozialen Entscheidungen sind weniger von der Zuneigung zu bestimmten Personen und Gruppen und der Rücksicht auf sie getragen.

c) Sprachbehinderte Kinder werden in ihren Entscheidungen mit dem Alter zunehmend stärker von egoistischen Motivierungen beeinflußt, während normalerweise egoistische Motivierungen mit zunehmendem Alter an Bedeutung verlieren.

Diese Untersuchungsergebnisse legen den Schluß nahe, daß die soziale Reifung sprachbehinderter Kinder und damit ihre soziale Integration möglicherweise einen anderen Verlauf nehmen als bei normalsprechenden Kindern.

Vermutlich ist es so, daß die vielfältigen Mißverständnisse, die sich aus der gestörten Kommunikation ergeben, auf das Selbstverständnis des sprachbehinderten Kindes zurückwirken. Seine Position in der Familie erweist sich als unsicher. Es steht im Spannungsfeld elterlicher Sorge und Hoffnung einerseits, Ungeduld und Enttäuschung andererseits und erlebt, wie das, was es mit seinen sprachlichen Äußerungen seiner Umwelt verständlich machen will, oft völlig mißverstanden wird. Nicht der Bedeutungsgehalt seiner sprachlichen Kundgabe, sondern das unvollkommene Werkzeug Sprache selbst rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und löst bei den Zuhörern Verhaltensweisen aus, die dem vom Kind Intendierten nicht angemessen sind und das Kind in Verwirrung stürzen müssen. Auf diese Art häufig bereits im Verhältnis zu seinen engsten Bezugspersonen verunsichert und in seinem Selbstvertrauen gestört, muß es bei der Erweiterung seines sozialen Feldes auf ungleich mehr Schwierigkeiten treffen als das normalsprechende Kind. Sein wachsendes Störungsbewußtsein hindert es daran, sich spontan mitzuteilen, drängt es mehr und mehr in eine Verteidigungshaltung, aus der heraus es dazu neigt, primär den Bezug zum Selbst zu suchen, egoistische Verhaltensweisen zu entwickeln und eine negative sozial-emotionale, aggressive Haltung gegenüber der Umwelt zu verfestigen, die ihrerseits negative Reaktionen der Umwelt auf das egoistische Verhalten des sprachbehinderten Kindes hervorrufen muß.

Hier werden Verbindungen deutlich, die Lippit und Gold (1969) in Untersuchungen über »die soziale Struktur als psychohygienisches Problem« gewonnen haben. Sie erkannten, daß Kinder mit einer niedrigen Stellung in der sozial-emotionalen Struktur der Klasse häufig in ihrer psychischen Gesundheit gestört sind. Diese Kinder haben eine geringe Einflußnahme. Sie verhalten sich aggressiv-rechthaberisch oder passivfeindlich und gebrauchen bei der Konfrontation mit einem Konflikt häufiger die primitive Abwehrreaktion des Nichtwahrhabenwollens.

Zusammenfassend kann angenommen werden, daß die auf dem Hintergrund der diskutierten empirischen Untersuchungen aufgezeigten Besonderheiten des Sozialverhaltens sprachbehinderter Schüler im Zusammenhang mit kommunikativen Störungen im interpresonellen Feld zu sehen sind. Sie lassen sich als Aggression, Regression, übersteigerte Ich-Bezogenheit und Integrationsmangel interpretieren und bergen in sich Gefährdungsmomente sowohl für die personale als auch für die soziale Entwicklung des sprachbehinderten Kindes. Sie verstärken seine primär durch die individuelle Sprachstörung gegebene Behinderung und tragen vermutlich in entscheidendem Maße zur Erschwerung seiner Gesamtsituation in der Gesellschaft der Normalsprechenden bei.

#### 2.2. Besonderheiten des schulischen Leistungsverhaltens

Während die im Gefolge der kommunikativen Störung einhergehenden Gefährdungsmomente für die personale und soziale Entwicklung grundsätzlich bei allen Sprachbehinderten gegeben und Besonderheiten im Sozialverhalten mehr oder weniger stark ausgeprägt und verfestigt in der Regel bei jeder Form von gestörter Sprache zu erwarten sind, ist im Hinblick auf das schulische Leistungsverhalten eine stärkere Differenzierung zwischen den Behinderungsgruppen und innerhalb dieser Gruppen selbst notwendig.

Folgende Besonderheiten des schulischen Leistungsverhaltens, durch welche sich stammelnde und stotternde Kinder nach vorliegenden Untersuchungsergebnissen von nichtsprachbehinderten Kindern signifikant unterscheiden, machen eine auf sie abgestimmte differenzierte Lernplanung und Lernorganisation, d. h. eine behinderungsspezifische Anordnung der einzelnen Lernschritte, notwendig:

A. Für die Gruppe der Stammler und Sprachentwicklungsgestörten:

1. Besonderheiten der phonematischen Differenzierung

Van Riper (1970) macht darauf aufmerksam, daß bei Stammlern eine herabgesetzte Fähigkeit der Lautunterscheidung, des gedächtnismäßigen Behaltens gehörter Lautfolgen sowie der Analyse und Synthese vorhanden sein kann. Seeman (1969) weist darauf hin, daß Schüler mit einer sensorischen Form des Stammelns Schwierigkeiten mit der akustischen Unterscheidung einzelner Laute haben und daß sensorische Dyslalie mit Dysgraphie verbunden sei. Schilling und Schäfer (1962) fanden bei stammelnden Kindern unerwartet häufig das Vorliegen einer akustischen Komponente nach Art der akustischen Lautagnosie. In jüngster Zeit haben Becker (1967) und Theiner (1968) sorgfältige vergleichende Untersuchungen vorgelegt, die u. a. eindeutig nachweisen:

- a) Kinder mit funktionell bedingtem Stammeln machen im Durchschnitt viermal soviel phonematische Differenzierungsfehler wie normalsprechende Kinder.
- b) Innerhalb der Gruppe stammelnder Kinder gibt es qualitativ größere Unterschiede in der phonematischen Differenzierungsfähigkeit als innerhalb der Gruppe normalsprechender Kinder. Bei den stammelnden Kindern reichte die Streubreite der Fehler von 0 bis 21, bei der Vergleichsgruppe von 0 bis 7.
- c) Die Lautgruppen stellen unterschiedliche Anforderungen an das phonematische Gehör der Kinder.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich die Forderung nach Hörerziehung bei phonematisch schlecht differenzierenden Stammlern. Ein Laut kann nur dann als Besitz betrachtet werden, wenn er motorisch und akustisch vom Kind beherrscht wird. Die phonematische Differenzierung muß sich im Wiedererkennen des Lautes und im Unterscheiden von anderen widerspiegeln.

#### 2. Häufigkeit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche

Untersuchungen von Becker u. a. (1967) weisen nach, daß sich in den Sprachheilschulen der DDR 22,8 % Legastheniker befinden. Eine weitere Untersuchung von Becker und Mitarbeitern (1969), die der Entwicklung der Schriftsprache bei frühbehandelten sprachbehinderten Kindern galt, welche nach der logopädischen Behandlung rechtzeitig in die Normalschule eingeschult werden konnten, ermittelte unter diesen Kindern 21 % Legastheniker. Unter diesen LRS-Kindern befanden sich vor allem solche, die wegen einer kombinierten Sprachbehinderung, und zwar wegen Sta/Dysgrammatismus und Sta/Dysgrammatismus/Stottern, eine vorschulische Sprachbehandlung erfahren hatten. Daraus wäre zu folgern, daß kombinierte Sprachbehinderungen im Sinne einer Sprachentwicklungsverzögerung die Entstehung einer Legasthenie begünstigen können.

In Nordrhein/Westfalen hat Heinrichs (1969, 1970) vergleichende Untersuchungen der Rechtschreibleistung bei 135 normalsprechenden und 112 sprachbehinderten Schülern des 2. und 3. Schuljahres mit dem Diagnostischen Rechtschreib-Test von Müller durchgeführt. Bei einer statistischen Irrtumswahrscheinlichkeit von nur 1 ‰ konnte er die Ergebnisse von Becker bestätigen, wonach bei sprachbehinderten Kindern mit einem bedeutend höheren Anteil von Legasthenikern gerechnet werden muß als bei normalsprechenden Schülern. Darüber hinaus konnte Heinrichs nachweisen, daß stammelnde Kinder, die keine LRS haben, bei gleicher Intelligenz dennoch schlechtere Rechtschreibleistungen erbringen als normalsprechende Schüler. Das trifft für Stotterer nicht zu. Stotterer machen, wenn sie nicht gerade eine LRS haben, nicht mehr Rechtschreibfehler als sprachunauffällige Kinder auch.

Lewina (1967) leitet aus ähnlichen Untersuchungsergebnissen wie denen von Becker, Theiner und Heinrichs die Vermutung ab, daß es bei den festgestellten Zusammenhängen von Rechtschreibstörung und verzögerter Sprachentwicklung möglich sein müßte, durch rechtzeitige Diagnostik und Behandlung der phonematischen Differenzierungsschwäche bei Vorschulkindern eine LRS in hohem Maße zu verhüten.

#### 3. Rückstände in der motorischen Entwicklung

Luchsinger (1970) weist auf Zusammenhänge zwischen stark zurückgebliebener Motorik (\*motorischer Debilität\*) und Sprachstörung hin. Becker (1956) und Krüger (1959) untersuchten mit der Oseretzky-Göllnitz-Skala stammelnde und stotternde Kinder. Sie fanden übereinstimmend bei Stammlern eine durchschnittlich geringere motorische Leistungskapazität als bei Stotterern. Teumer (1969) stellte u. a. qualitative Leistungsunterschiede zwischen Stotterern und Stammlern fest. Stammler hatten die größten Schwierigkeiten bei der statischen Koordination (Balance) des ganzen Körpers und der Simultankoordination. Stotterer versagten vorwiegend bei der Ausführung isolierter Bewegungen. Eine Bestätigung seiner Ergebnisse an einer größeren Population könnte möglicherweise eine differenziertere Gestaltung der Bewegungserziehung in der Sprachheilschule begründen.

#### 4. Geringere Musikalität

Hinweise auf sogenannte Unmusikalität bei Sprachgestörten finden sich in der älteren und neueren Fachliteratur zahlreich. Wie Heindorf (1965) hervorhebt, ist diese Feststellung zu weit gegriffen; denn unter Musikalität ist ein Komplex miteinander verbundener Fähigkeiten zu verstehen, der dem Menschen die Ausübung verschiedener musikalischer Tätigkeiten gestattet. Falschsingen, und darum geht es in der Regel bei der globalen Feststellung der Unmusikalität Sprachbehinderter, ist also nicht gleichzusetzen mit Unmusikalität. Zur Frage der Singfähigkeit, die er an Vergleichsgruppen von 157 Stotterern und 44 Stammlern der Klassen 5 bis 8 und 215 sprachunauffälligen Schülern der entsprechenden Klassen untersuchte, ermittelte er folgende Unterschiede:

- a) Der Anteil der Falschsingenden ist bei Sprachbehinderten erheblich größer.
- b) Stammler und mehrfach Sprachbehinderte singen häufiger falsch als Stotterer.
- c) Die musikalischen Stimmumfänge der Sprachbehinderten sind geringer als die der Nichtsprachbehinderten. Wird bei der Auswahl des Liedgutes nicht darauf geachtet, so helfen sich die Kinder, indem sie transponieren. Häufig entsteht dadurch zusätzlich der Eindruck des Falschsingens.

Moog (1968), der sich u. a. mit der Eigenart des Bildungsinhaltes Musik in seiner Bedeutung für die Sonderpädagogik auseinandersetzt, hebt hervor, daß Ausgangspunkt des Musikunterrichts bei behinderten Kindern nicht unbedingt der Gesang sein muß, man kann vom Vorgesungenen und Vorgespielten ausgehen und sollte die Anforderungen an die Kinder zunächst bewußt ganz niedrig setzen.

#### 5. Besonderheiten der Lateralität

Über die Frage der Lateralität finden sich in der Fachliteratur recht übereinstimmende Auffassungen im Hinblick auf Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung, sogenannter Hörstummheit und Stammeln. Man hat bei diesen Kindern gehäuft Linksund Beidhändigkeit beobachtet. Unterschiedliche Auffassungen bestehen über die Beziehung der Lateralität zum Stottern und zur LRS. Zumindest beim Stottern scheint nicht eindeutig geklärt, ob die unterdrückte Lateralität oder die Art und Weise der Unterdrückung in Beziehung zum Stottern steht. Sovak (1968) ist der Auffassung, daß die umerzogene, unausgeglichene oder auch gekreuzte Lateralität,

die in enger Beziehung zur Rechts-Links-Orientierung steht, die größte Disposition zu Störungen auf dem Gebiete der motorischen Geschicklichkeit der Sprache und Schrift sowie im sozialen Verhalten darstellt. In einer von Zuckrick (1968) geleiteten Untersuchung von 91 sprachbehinderten Kindern fanden sich 36 linksseitig veranlagte und 8 Ambidexter, d. h. etwa 50 % Kinder, die hinsichtlich ihrer ursprünglich angelegten Lateralität eine entsprechende sonderpädagogische Förderung benötigten.

#### B. Für die Gruppe der Stotterer:

#### 1. Die Störanfälligkeit der Konzentration

Auf Konzentrationsmängel bei Stotterern wird in großer Übereinstimmung von Lehrern und Psychologen aufmerksam gemacht. Hennig (1967) nimmt an, daß  $48\,$ % aller Stotterer konzentrationsgestört sind. Iwert (1960) macht bei Stotterern u. a. Konzentrationsschwäche und Konzentrationsschwankungen für Störungen im Leistungsbereich verantwortlich.

Demgegenüber berichten Schilling und Weiss (1963) von höheren Konzentrationsleistungen bei stotternden Schülern. Auernheimer (1970) und Büch (1970) überprüften insgesamt 377 stotternde und 337 nichtstotternde Schüler der Klassen 4 bis 8 mit dem Konzentrations-Leistungs-Test von Düker und Lienert. Der Test wurde ohne Leistungsdruck durchgeführt, d. h. die Schüler wußten, daß sie die Leistung anonym erbrachten, die Aufgabenstellung wurde eindeutig und sachbezogen motiviert, die geforderten Rechenoperationen wurden von den Schülern als leicht empfunden. Es zeigte sich:

a) Die stotternden Schüler konzentrierten sich eher besser, auf keinen Fall aber schlechter als die Vergleichsgruppen.

b) Die Stotterer rechneten im Verhältnis relativ einheitlich richtiger, d. h. sie arbeiteten sorrfältiger.

c) Im Hinblick auf die Leistungsmenge streute die Leistung der Stotterer stärker, d. h. es gab Stotterer, die mehr Aufgaben rechneten als die besten Nichtstotterer, und solche, die weniger Aufgaben rechneten als die schlechtesten Nichtstotterer.

d) Mit zunehmender Testdauer wurden die Leistungen der Stotterer in höherem Maße uneinheitlicher. Im letzten Zeitabschnitt zeigten alle Stotterergruppen heterogene Varianzen. Hier traten also echte Gruppenunterschiede gegenüber den nichtstotternden Vergleichsgruppen zutage, die auf eine stärkere Ermüdbarkeit der Stotterer hindeuten.

Insgesamt geben die Untersuchungen mit dem Konzentrations-Leistungs-Test unter den Bedingungen dieser Testsituation, d. h. ohne Leistungsdruck, Grund zur Annahme, daß Stotterer durchaus in der Lage sind, sich zu konzentrieren, daß sie jedoch auf Dauerbelastung negativer reagieren, d. h. daß viele Stotterer unter dieser Bedingung ihre Leistung nicht halten können und gegenüber den Nichtstotterern stärker abfallen.

#### 2. Geringere Merkfähigkeit

Rumor (1968) untersuchte 20 stotternde und 20 nichtstotternde intelligenzgleiche Jungen im Alter von 14 bis 16 Jahren mit dem Zahlennachsprechtest von Wechsler, dem Merkfähigkeitstest von Amthauer und fünf Untertests des Gedächtnistestes von Katzenberger, die dem kurzfristigen Reproduzieren von Zahlen, sinnlosen Silben, unzusammenhängenden Wörtern, zusammenhängenden sinnvollen Sätzen und von Namen bildlich dargestellter Gegenstände galten. Die Schüler arbeiteten unter Leistungsdruck, d. h. sie wurden vor Beginn der Arbeit darauf aufmerksam gemacht,

daß sie sich große Mühe geben sollten, da die individuellen Arbeitsergebnisse zum Schluß der Klasse mitgeteilt würden.

Ergebnis: Nur beim Reproduzieren zusammenhängender sinnvoller Sätze erreichten die Stotterer etwa die Leistung der Vergleichsgruppe. Bei allen anderen Aufgaben zeigten sie relativ einheitlich geringere Leistungen.

3. Verringerter Wortschatz und Wortfindungsstörungen

Über den verringerten Wortschatz von Stotterern berichtete bereits 1936 der Norweger Ingebrectsen. Er stellte mit dem Wortschatztest von Lofthus fest, daß von 40 überprüften Stotterern im Alter von 8 bis 26 Jahren 82,5 % um etwa 2 Jahre in ihrer Wortschatzentwicklung zurückgeblieben waren. Kunze (1968) überprüfte 90 stotternde Schüler der Klassen 5 bis 8 mit dem Frankfurter Wortschatztest.

Ergebnisse:

- a) Reine Stotterer mit vornehmlich tonischer Symptomatik zeigten eher überdurchschnittliche Wortschatzleistungen.
- b) Stotterer, die zusätzlich noch stammelten oder in anderer Weise sprachbehindert waren, zeigten zu 90 %0 unterdurchschnittliche Leistungen im Wortschatztest, d. h. sie reagierten im Sinne einer allgemeinen Sprachschwäche.
- c) Gegen Ende der Testgesamtzeit traten Auslassungen und Fehler gehäuft auf. Auch hier scheint sich Ermüdung als Störvariable ausgewirkt zu haben.

Weuffen (1964) überprüfte u. a. bei 260 stotternden, 317 normalsprechenden und 47 Hilfsschulkindern die Wortfindung. Die Kinder mußten Substantive, die durch einen für beide Aufgabenstellungen variierten Text provoziert wurden, erst schriftlich, dann mündlich innerhalb von fünf Minuten mitteilen.

Ergebnis: Die Stotterer waren unter dieser Testbedingung in der Wortfindung sogar den Hilfsschulkindern eindeutig unterlegen. Sie zeigten Wortfindungsstörungen, die nach Weuffen auf einer Divergenz zwischen Denken und Sprechen beruhen. Auf eine möglicherweise psychische Verursachung dieses Befundes geht die Verfasserin nicht ein.

4. Größere Reagibilität auf Belastungssituationen und Leistungsmotivation

Feindt (1967) überprüfte in drei Versuchsreihen die Schulleistungen von 12 Stotterern der 6. Klasse einer Sprachheilschule in Belastungssituationen. Rechenübungen, Wortschatzübungen und Analogiebildungen wurden an zwölf Tagen in leistungsentspannter Form ohne Zeitdruck und ohne Kontrolle der Leistungen durchgeführt. Am 12. Tag wurden die Hefte eingesammelt und für den nächsten Tag eine Prüfungsarbeit angekündigt. Vor der Arbeit wurden die Kinder aufgefordert, ihr Bestes zu leisten, und darauf hingewiesen, daß die Arbeitszeit begrenzt sei. Ergebnis:

- a) Unter dem Leistungsdruck der Prüfungsarbeit verschlechterten sich die Arbeitsergebnisse bedeutend.
- b) Die Belastungssituation wirkte sich auf die sprachlichen Leistungen störender aus als auf die Rechenleistungen.
- c) Der Zeitdruck führte zu keiner Beschleunigung der Arbeit. Er wirkte sich vielmehr im Sinne einer Streßverstärkung hemmend aus. Die Kinder benötigten für die gleiche Aufgabenzahl in der Prüfungssituation mehr Zeit als bei den leistungsentspannten Übungen.

Zum Schluß noch eine Untersuchung von Mauer (1965). Er überprüfte den Erfolg von Leistungskontrollen in Sprachheilschulen der DDR und fand  $u.\,a.$ :

- a) Schüler mit schwerer Stottersymptomatik reagieren auf Kontrollarbeiten, von denen feststeht, daß sie zensiert werden, weitaus negativer als solche, deren Störungen nur leichter Art sind.
- b) Immanente Leistungskontrollen während des Unterrichts, denen der Kontrollcharakter genommen ist, führen bei schwer stotternden Schülern zu deutlichen Verbesserungen sowohl des Sprechablaufs als auch der fachlichen Leistung.
- c) Differenzierte Fragen und Aufgabenstellungen führen bei schwer stotternden Schülern zu den besten Ergebnissen, allgemein gehaltene Fragen und Aufgabenstellungen zu den schlechtesten.

Fassen wir die vorliegenden Ergebnisse empirischer Untersuchungen zum Leistungsverhalten sprachbehinderter Schüler zusammen, so läßt sich bei vorsichtiger Einschätzung folgendes sagen:

- a) Die Leistungen stammelnder und sprachentwicklungsverzögerter Kinder weisen schwerpunktmäßig Störungen auf, die mehr mit der gestörten Motorik und Sensorik im Sinne einer zentralen Verarbeitungsschwäche zu tun haben und primär als Funktionsstörungen zu deuten sind, deren gründliche Diagnostizierung unabdingbare Voraussetzung für eine behinderungsspezifische Berücksichtigung im Unterricht ist.
- b) Die Leistungsstörungen stotternder Schüler scheinen eher mit einer geringen Frustrationstoleranz und niedrigeren Erregungsschwelle im Sinne emotionalaffektiver Instabilität in Verbindung zu stehen und als deren Folgeerscheinungen aufzufassen zu sein. Hier gewinnen offensichtlich die im Unterricht jeweils gegebenen Leistungsbedingungen besondere Bedeutung. Sie sollten deshalb kritisch analysiert und bewußt gehandhabt werden.
- c) Sowohl die stammelnden und sprachentwicklungsverzögerten als auch die stotternden Schüler stellen für sich genommen keine homogenen Gruppen dar. Im Gegenteil: Wie u. a. die unter den einzelnen Versuchsbedingungen zwar unterschiedlichen, in der Regel jedoch signifikant größeren Streuungen zeigen, treten innerhalb dieser Gruppen größere Leistungsunterschiede zutage als innerhalb der nichtsprachbehinderten Vergleichsgruppen. Ein stärkeres Individualisieren des Unterrichts als in der allgemeinbildenden Schule scheint von daher geboten.

#### 3. Schluß

Eine nähere Erörterung der sich aus den diskutierten empirischen Untersuchungen zum Schulverhalten sprachbehinderter Kinder ergebenden didaktisch-methodischen Konsequenzen ist im Rahmen der Themenstellung an dieser Stelle nicht möglich. In Anbetracht der dargestellten Besonderheiten des Leistungs- und Sozialverhaltens sprachbehinderter Kinder sei jedoch eine zweifache Fragestellung erlaubt:

- 1. Wieweit ist die Schule für Sprachbehinderte gegenwärtig in der Lage, die ihr aus diesen Besonderheiten erwachsende komplexe sonderpädagogische Aufgabe innerhalb ihrer derzeitigen, weitgehend an die alte Volksschule angelehnten Schulstruktur zu erfüllen?
- 2. Was muß sie unternehmen, um angesichts des sich abzeichnenden Aufbruchs der allgemeinen Schulpädagogik in eine Zukunft, in der durch Chancengleichheit und wissenschaftsbestimmtes Lernen alle Kinder in möglichst optimaler Weise auf die gesteigerten Lebensanforderungen vorbereitet werden sollen, mit der Entwicklung Schritt zu halten und die für sprachbehinderte Kinder behinderungsspezifisch besten Erziehungs- und Unterrichtswege zu finden?

Auf die erste Frage geben die eingangs erwähnten kritischen Beiträge in der Fachpresse eine beredte Antwort. Die zweite und entscheidende Frage wird nur durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Forschung und Schulwirklichkeit, d. h. durch gemeinsamen Einsatz aller für diese Aufgabe Engagierten, zu lösen sein. Es geht dabei darum, den Unterricht und die Erziehung sprachbehinderter Kinder auf der Grundlage umfassender psychodiagnostischer und sonderpädagogischer Datenerhebung behinderungsspezifischer als bisher zu planen.

Unterricht und Erziehung innerhalb einer Schule für Sprachbehinderte können nur dann sinnvoll für das sprachbehinderte Kind sein, wenn sie tatsächlich auf seine individuellen Besonderheiten ausgerichtet sind. Dabei ist der Aspekt der gestörten Kommunikationsfähigkeit und der daraus resultierenden Störungen aller Interaktionsprozesse von zentraler Bedeutung und vordringlich zu berücksichtigen. Alle sonderpädagogischen Maßnahmen innerhalb der Schule für Sprachbehinderte einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Prüfverfahren und des vorhandenen Lernmaterials müßten unter diesen Gesichtspunkten kritisch auf ihre Angemessenheit und Wirksamkeit hin überprüft und notwendigerweise ergänzt werden.

Sprachtherapie als Symptombehandlung oder Schule für Sprachbehinderte als das integrierte Bemühen psychologischer, sonderpädagogischer und didaktischer Ansätze zur Nachreifung der retardierten oder gestörten Funktionen muß keine Alternative sein, sondern könnte in fruchtbarer Synthese zum Wohle des sprachbehinderten Kindes vereinigt werden.

#### Literatur:

- Auernheimer: Vergleichende Untersuchung von sprachbehinderten und normalsprechenden Schülern des 4. und 5. Schuljahres mit dem K-L-T von Düker und Lienert. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1970.
- Becker, K.-P.: Vergleichende Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Lateralität und Sprachstörungen. Wiss. Zschr. der Humboldt-Universität, Gesellsch.- und sprachwissensch. Reihe, XV. Berlin 1966.
- Becker, R.: Die Bedeutung des Motorik- und Lateralitätstests für die Logopädie. Die Sonderschule, Berlin 1966, 3, S. 147 ff.
- Becker, R.: Untersuchungen der Motorik an sprachgestörten Vorschulkindern. Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkd., Bd. 169 (1956), S. 550.
- Becker, R.: Die Lese-Rechtschreib-Schwäche aus logopädischer Sicht. Berlin 1967.
- Becker, R.: Die Entwicklung der Schriftsprache bei frühbehandelten Sprachgestörten. Die Sonderschule, Berlin 1969, 1, S. 32—34.
- Binnenbruck, R.: Die soziale Stellung stotternder Kinder in Normalschulklassen. Unveröffentlichte Prüfungsarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Marburg 1959.
- v. Bracken, H.: Behinderte Kinder in der Sicht der Mitmenschen. Päd. Rundschau, 1967, S. 711—723.
- Büch, M.: Vergleichende Untersuchung von stotternden und nichtstotternden Schülern des 6., 7. und 8. Schuljahres mit dem K-L-T von Düker und Lienert. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1970.
- Dohse, W.: Pädagogische Probleme der Sprachheilschule. In: Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten, Tagungsbericht der Arbeitsgem. für Sprachheilpäd., 1965. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
- Feindt, H.: Beitrag zur Frage der Schulleistung von Stotterern in Belastungssituationen. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1967.
- Gehlen, A.: Der Mensch. Frankfurt/M.-Bonn 1962.
- Gerling, M.: Experimenteller Beitrag über die Entwicklung des sozialen Bewußtseins bei Stotterern im Alter von 12 bis 14 Jahren. Unveröffentl. Examensarbeit, Köln 1970. Gutzmann, H.: Sprachheilkunde. Berlin 1924.
- Heindorf, H.: Über die Singfähigkeit von Sprachgestörten. Die Sonderschule, Berlin 1969, 4, S. 228—234.

Heinrichs, G.: Die Schule für Sprachbehinderte und das lese-rechtschreib-behinderte Kind. Die Sprachheilarbeit, 1970, 5, S. 138 ff.

Heinrichs, G.: Vergleichende Untersuchungen über Zusammenhänge zwischen quantitativer Rechtschreibleistung und Sprachstörung bei Kindern des 2. und 3. Schuljahres. Unveröffentlichte Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1969.

Hennig, W.: Beiträge zur Erforschung des Stotterns. München-Basel 1967.

Ingebregtsen: Some experimental contributions to the psychology and psychopathology of stutterers. Amer. Journ. Orthopsychiatr., 4/630, S. 1936.

Iwert, H.: Kasuistische Beiträge zur Psychologie der stotternden Kinder und Jugendlichen. Psych. Beiträge, 4/1960, S. 508—521.

Jussen, H.: Der sprachwissenschaftliche Aspekt in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit, 3/1964.

Kanter, G.: Sozialpsychologische Untersuchungen an sprachbehinderten Kindern in Normalschulklassen. Heilpäd. Forschung, Marburg 1964, 1, S. 59—72.

Kliegel, J.: Stotternde Kinder im Rosenzweig-P-F-Test. Zschr. für Heilpädagogik, Hannover 1970, 11, S. 602 ff.

Knura, G.: Das Vorurteil gegenüber stotternden Kindern bei angehenden Kindergärtnerinnen und Volksschullehrern. Inaug. Diss., Köln 1969.

Krüger, W.: Die Motorik sprachgestörter Kinder in einer Gegenüberstellung zu normal sprechenden Kindern, untersucht nach der motometrischen Skala von Oseretzky-Göllnitz. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Marburg 1959.

Krüger-Rexrodt, I.: Experimenteller Beitrag über die Entwicklung des sozialen Bewußtseins bei sprachbehinderten Kindern. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1969.

Kunkel, R.: Die soziale Stellung des Stotterers in Normalschulen — ihre Abhängigkeit von Gruppenklima und Gruppenwert der Schulklasse. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Marburg 1963.

Kunze, R.: Beitrag zur Untersuchung über den passiven Wortschatz von Stotterern. Unveröffentlichte Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1968.

Lewina, R. E.: Wege zur Untersuchung und Überwindung von Sprachstörungen bei Kindern. Die Sonderschule, Berlin 1967, 5, S. 328 ff.

Lipitt und Gold: Die soziale Struktur der Klasse als psychohygienisches Problem. In: Päd. Psych., Köln-Berlin 1969.

Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien-New York 1970, Bd. 2.

Mauer, W.: Zur Leistungskontrolle im Fachunterricht bei stotternden Schülern unter logopädischen Gesichtspunkten. Die Sonderschule, Berlin 1965, 6, S. 377—380.

Möller, J.: Soziometrische Untersuchungen über die Stellung sprachgestörter Kinder in Normalklassen der Volks- und Mittelschulen im Rheingau. Unveröffentl. Prüfungsarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Marburg 1961.

Moog, H.: Die Eigenart des Bildungsinhaltes Musik und seine Bedeutung für die Sonderpädagogik. In: Päd. Rundschau, 1967, S. 776—787.

Orthmann, W.: Erwartung und Enttäuschung in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit, 3/1965.

Orthmann, W.: Von der Erziehung der Sprachgeschädigten. Die Sprachheilarbeit, 4/1967. Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.

Portmann: Zoologie und das neue Bild des Menschen. rde Bd. 20, Hamburg 1962. v. Riper, Ch.: Speech correction. Principles and methods. Englewood Cliffs, New York 1963. v. Riper und Irwin: Artikulationsstörungen. Berlin 1970.

Rothe, K. C.: Die Umerziehung. Halle 1929.

Rumor, M.: Vergleichende Untersuchungen zur Merkfähigkeit von 14- bis 16jährigen Stotterern und Normalsprechenden. Unveröffentl. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1968.

Schilling, A., und Schäfer, H.: Beitrag zur Prüfung der »partiellen akustischen Lautagnosie« bei stammelnden Kindern mit einem Agnosieprüfverfahren. In: Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkd., 1962, Bd. 180, H. 2.

Schilling, A., und Weiss: Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Intelligenz und Konzentrationsleistung bei stotternden Kindern. Psych. Beiträge, 7. Jg., 1963.

Schneider, H.: Zur Unterrichtsgestaltung in der Sprachheilschule. Neue Bl. für Taubstummenbildung, 1969, S. 224—238.

Schulze, A.: Zur Bedeutung von Erziehung und Unterricht bei der Behandlung schwer sprachgestörter (stotternder) Schulkinder. Die Sprachheilarbeit, 12/1967.

Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1969.

Sovák, M.: Pädagogische Probleme der Lateralität. Berlin 1968.

Suhrweier: Selbstbeobachtung jugendlicher und erwachsener Stotterer. Die Sonderschule, Berlin 1962, 1, S. 38 ff.

Staps, H.: Die Sprachheilschule. In: Die Rehabilitation der Sprachgeschädigten und das Bundessozialhilfegesetz, Tagungsbericht, 1965, S. 59—65. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.

Staps, H.: Probleme und Grenzen der Sprachkrankenschule in der Stottererbehandlung. Die Sprachheilschule, Hamburg.

Teumer, J.: Untersuchungen über die Motorik sprachbehinderter Kinder. In: Neue ergebnisse der heil- und sonderpädagogik, Bonn-Bad Godesberg 1969, Bd. 1, S. 17—27.

Theiner, Ch.: Untersuchungen zur phonematischen Differenzierungsfähigkeit. Die Sonder-

schule, Berlin 1968, 1. Beiheft, S. 2—15.

Westrich, E.: Der jugendliche Stotterer in seiner Selbstdarstellung. Landschaftsverband Rheinland, Köln 1968.

Weuffen, M.: Untersuchung der Wortfindungsstörung beim Stottern als ein Beitrag zur Problematik der Beziehung zwischen Denken und Sprechen. Die Sonderschule, Berlin 1964, 3, S. 183 ff.

Zuckrigl, A.: Der Grundsatz der Förderung veranlagungsgemäßer Lateralität in der Sprachheilschule. Die Sprachheilarbeit, 1968, 1, S. 137 ff.

Anschrift der Verfasserin: Dozentin Dr. Gerda Knura, Dipl.-Psych., 741 Reutlingen, Friedrich-Naumann-Straße 65.

#### Aus der Organisation

### Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde am 22. Mai 1971 in Bad Reichenhall

Der Tagung ging die Mitgliederversammlung voraus. Auf Vorschlag des Vorstandes wurde Prof. Dr. Loebell, jetzt Chefarzt des Inselhospitals in Bern, zum Vorsitzenden gewählt. Wir beglückwünschen Herrn Prof. Dr. Loebell und sind überzeugt, daß die Zusammenarbeit unserer Gesellschaft mit ihm ebenso gut und erfolgreich sein wird wie mit Herrn Prof. Dr. Berendes, dem langjährigen und verdienten bisherigen Vorsitzenden, dem wir bei dieser Gelegenheit für seine Hilfe bei der Lösung der Probleme auch unserer Gesellschaft nochmals herzlich danken. Dem neuen Vorstand gehören weiter an die Herren Dr. Kittel (Geschäftsführer), Prof. Dr. Bauer (Schatzmeister) und Prof. Dr. Biesalski, als nichtärztliche Mitglieder und Vertreter der verschiedenen Sparten die Herren Kolibius und Wiechmann sowie Frau Spiecker, die neue Vorsitzende des Zentralverbandes für Logopädie.

Als Themen für die nächste Tagung, die voraussichtlich in Mainz-Wiesbaden statt-findet, wurden die akustische Agnosie und die Ersatzstimme Kehlkopfloser vorgeschlagen.

Die Arbeitstagung begann mit zwei Referaten zu chirurgischen und logopädischen Gesichtspunkten bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten (Herfert, Bauer). Die anschließenden Vorträge standen nicht unter einheitlicher Thematik und wurden von Phoniatern, Psychologen und Fachpädagogen gehalten. Aus Platzgründen können sie an dieser Stelle leider nicht einzeln besprochen werden. Es wäre sehr zu wünschen, daß sie veröffentlicht und damit einem größeren

Kreis von Interessenten zugänglich gemacht werden. Auch die Tagungsteilnehmer selbst würden dies begrüßen, da ihnen akustisch manches entgangen sein dürfte. So wurde der Gegensatz zwischen der Technik der Aufzeichnung von Sprechmelodie und Tonhöhenbewegung, die Gegenstand mehrerer Vorträge war, zum Funktionieren der Verstärkeranlage des voll besetzten Raumes besonders deutlich.

Der Sprachheilpädagoge wird zu den von Müller-Gerhard vorgetragenen Ergebnissen psychologischer Untersuchungen mit sprachfreien Tests bei hör- und sprachgestörten Vorschulkindern sicher einige kritische Anmerkungen machen und gern die von Wendlandt referierten Gedanken zur Resozialisierung erwachsener Stotterer diskutieren (vgl. hierzu »Die Sprachheilarbeit«, 1971/2).

Eine Anregung für den Veranstalter: Eine Vorankündigung mit einem vorläufigen Programm sollte rechtzeitig in den Fachzeitschriften erfolgen. Der Berichterstatter ist überzeugt, daß viele interessierte Kollegen gerade diese Tagung besucht hätten.

Wiechmann

#### Verband Deutscher Sonderschulen

Auf dem Bundeskongreß des Verbandes im April 1971 in Mannheim wurde der Vorstand neu gewählt:

Vorsitzender: ORR B. Prändl, Reutlingen
 Vorsitzender: SR O. Knigge, Hamburg
 Schriftleitung der Zeitschrift für Heilpädagogik:

Prof. Dr. U. Bleidick, Hamburg

Prof. Dr. G. Kanter, Köln

Geschäftsstelle der Zeitschrift:

SKR K. Wenz, 7257 Ditzingen, Im sonnigen Winkel 2.

#### Bücher und Zeitschriften

#### **Tagungsbericht**

#### 4. Internationaler Kongreß für Heilpädagogik

in Wien vom 24. bis 27. September 1969 und Nachkongreß in Klagenfurt am 29. und 30. September 1969, herausgegeben von Prof. Dr. Hans Asperger. Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, Wien 1970; 596 Seiten. Kartoniert 45.60 DM.

Die 124 Referate, die auf dem 4. Internationalen Kongreß für Heilpädagogik von Vertretern aus 16 Ländern gehalten wurden, sind in diesem umfangreichen Band zusammengefaßt. Sie spiegeln das vielfältige Bemühen von Ärzten, Psychologen und Pädagogen wider, den Behinderten durch neueste Erkenntnisse und Methoden die beste Hilfe zu geben. Dabei ist der Rahmen sehr weit gespannt. Neben grundsätzlichen Ausführungen über die Standortbestimmung der Heilpädagogik, ihre integrierenden Bestandteile, die Möglichkeiten und Grenzen der Psychopharmaka sowie Erziehungsberatung und Ausbildungsfragen werden die Probleme des schwachbefähigten, mehrfachbehinderten, des körperbehinderten, des sehgestörten, des schwerhörigen und gehörlosen, des sprachbehinderten, des epileptischen und anfallskranken, des verhaltensgestörten und des

legasthenischen Kindes aufgezeigt und erörtert.

Der Nachkongreß in Klagenfurt war dem Erfahrungsaustausch über organisatorische und institutionelle Aspekte in ländlichen Gebieten vorbehalten.

Die Beiträge zur Sprachheilpädagogik nehmen einen relativ schmalen Raum von nur 41 Seiten ein (H. Fernau-Horn: Pathogenese des Stotterns in neuer Sicht; F. Maschka: Der Strukturwandel im Sprachbehindertengut der Wiener Pflichtschulen; A. Zuckrigl: Eigene Bildungspläne für Sprachbehinderte?; H. Schneider: Vertiefte Sprachbildung im muttersprachlichen Unterricht in der Sprachheilschule; W. Orthmann: Bildung und Heilung bei sprachbehinderten Kindern; A. Kassian: Klinische Psychologie im Rahmen der Rehabilitation sprachgestörter Kinder; F. Wallrabenstein: Ambulante und stationäre Sprachheilarbeit in Westfalen-Lippe; C. Holm: Das Segment in Einzellaut, Wort und Satz, seine Bedeutung für die Therapie von Sprachstörungen). Dennoch informieren die Referate insgesamt über neue Ergebnisse aus der Heilpädagogik, gestatten einen Vergleich auf internationaler Ebene und werden allen, die mit Behinderten arbeiten, eine Bereicherung für Theorie und Praxis bringen.

#### Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen.

Tagungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. in Bremen 1970. Zusammengestellt von H. G. Müller. 270 Seiten, kartoniert, 34,— DM. Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.

Es sei ein Rückblick auf die Tagung in München (1968) gestattet, deren Thematik »Die Eigenständigkeit der Sprachheilpädagogik« Anlaß zu kritischen Auseinandersetzungen und z. T. fruchtbaren Erörterungen bot. Der Verlauf der damaligen Tagung zeigte im Bemühen um den Begriff wesentlich die Abgrenzung — und gleichzeitig die Verbindungen — zu anderen Wissenschaftsbereichen, etwa der Medizin und der Psychologie, auf, während das Sprachheilspezifische als Eigenständiges innerhalb der gesamten Sonderpädagogik kaum erwähnt wurde.

Beim Studium des vorliegenden Tagungsberichtes gewinnt man nun diesen Aspekt sowohl im engeren als auch im erweiterten Sinn.

Bleidick gibt eine klare Begriffsbestimmung und weist der »Pädagogik der Sprachgeschädigten« ihren Platz neben anderen behinderungsspezifisch gefaßten Bereichen unter dem Oberbegriff »Pädagogik der Behinderten« zu. Die hier gemeinten Sprachgeschädigten sind der Personenkreis, dem in Sprachheilkursen und Ambulanzen, in Sprachheilschulen und in Sprachheilheimen zwar mit Hilfe der Nachbardisziplinen, aber vor allem sonderpädagogisch im Sinne der »Pädagogik der Sprachgeschädigten« geholfen wird. Darüber hinaus zeigt der Bericht als Niederschlag der Tagung - entsprechend der Themenstellung - den hohen Stellenwert der Sprache als »zentrale Funktion« (Bärsch, S. 131) und ihre Störungsanfälligkeit bei jeglicher Behinderung. Solarova »Beitrag zu einer Theorie der Mehrfachbehinderungen« gibt Beispiele dafür. Klinghammer »Die Bedeutung einer Mehrfachbehinderung für die sprachliche Entwicklung« fordert daher Verstärkung der Grundlagenforschung und Prophylaxe bereits in der vorsprachlichen Zeit des Kin-

Nach den drei Einführungsreferaten werden die speziellen Themenkreise behandelt:

Mehrfachbehinderungen bei hörgeschädigten Kindern

(H. v. Bracken, B. Schloßhauer und G. Rolf, M. Nowka)

In den Beiträgen wird über Frühdiagnostik berichtet, frühe sonderpädagogische Versorgung verstärkt gefordert, auf konsekutive Behinderungen zusätzlich zu den sprachlichen Folgen hingewiesen und die Arbeit einer Beratungsstelle für Hörbehinderte unter dem Gesichtspunkt der Mehrfachbehinderung geschildert.

#### Sprachstörung und Sehbehinderung

(O. Wegbrod, W. Elstner)

Eine Häufung von Sprachstörungen bei sehbehinderten Kindern wird festgestellt. Für die Ausbildung der Sonderpädagogen werden Forderungen daraus abgeleitet. Zuckrigls Diskussionsbemerkung, daß in Heidelberg jeder Lehrer für Sehgeschädigte obligatorisch eine Einführung in die Sprachbehindertenpädagogik erhält, interessiert in diesem Zusammenhang.

Sprachstörung und geistige Behinderung (K. Josef, G. Brandt, H. Lang)

Josef unterscheidet zwischen konstitutiver und konsekutiver Sprachschwäche bei geistiger Behinderung; bei der letztgenannten demonstriert er Beispiele unter physiologischem Aspekt und plädiert für differenzierte pädagogische Maßnahmen entsprechend der Artung des Ausfalles. Auch Lang sieht den Begriff »geistige Behinderung« differenzierter als bislang üblich und fordert frühe Erfassung, frühe Behandlung in Zusammenarbeit mit Fachärzten und neue heilpädagogische Vorstellungen. Brandt berichtet vom Einsatz des Language Master.

Sprachstörungen bei Körperbehinderten

(H. Schomburg, A. Braun) Schomburg schildert sprachheilpädagogische Arbeit mit körperbehinderten Kindern. Braun gibt Falldarstellungen von körperbehinderten Kindern als Schüler einer Sprachheilschule.

Sprachstörungen bei Lernbehinderten (K.-H. Berg)

Von 1499 untersuchten lernbehinderten Schülern zeigten sich nach Bergs Untersuchungen 11,6 % auffällig sprachgeschädigt. Es werden ausgebildete Sprachheillehrer an Lernbehindertenschulen (jeder 12. Lehrer) gefordert. Sprachstörungen zentral geschädigter Kinder und Erwachsener

(H. Lang, M. Höxter, B. v. d. Heyden, A. Zimmermann, U. Haupt, K.-H. Offergeld)

Zu diesem in der Praxis immer aktueller werdenden Thema findet der Sprachheillehrer hier interessante Hinweise, z. T. kasuistisch dargestellt.

Sprachstörungen bei Verhaltensgeschädigten

(W. Bärsch)

Der Referent zeigt als Psychologe die enge Verbindung zwischen beiden Behinderungen auf und betont, daß Sprachheilpädagogik immer multidimensional zu sein und die ganze Person zu sehen habe.

#### Sprachstörungen und Legasthenie

(H. Tamm, H. Iwert, J. R. Schultheis, R. Bangen, H. Metzker, W. Niemeyer)
Hier wird neben Grundsätzlichem und Kasuistik von bemerkenswerten Untersuchungen berichtet, die dem Praktiker die von ihm beobachteten engen Zusammenhänge bestätigen.

Mehrfachbehinderte Kinder in der Sprachheilschule

(H.-J. Dannenberg, H. Bokelmann,

J. Domnick, H. Bauer, H. Schneider, J. Wiechmann, C.-H. Fraude, H. G. Mül-

ler, H. Hartig, E. Blöcher, E. Meyer) Die Fülle der Abhandlungen unter diesem Thema zeigt, daß hier die anfangs erwähnten »eigentlich« Sprachgeschädigten näher betrachtet werden. Ihre Problematik erweist sich dabei als vielschichtig und läßt oft den Begriff Mehrfachbehinderung zu.

#### Besondere Fragen und Probleme

beenden den Tagungsbericht. In ihnen findet man viel Organisatorisches, Erfahrungen mit neuen Geräten und Verfahren, Erfassungsmethoden, Filme und einen Aufruf zur Hilfe für das autistische Kind. Das Problem der sozialstrukturellen Bedingtheit von Sprachbehinderungen spricht Kröhnert an. Er stellt fest, daß dieser Aspekt in der Theorie der Sprachheilpädagogik und der Spracheilkunde bislang weitgehend unbeachtet geblieben ist, und berichtet von Untersuchungen an Hamburger Sprachheilschulen.

Der Bericht zeigt sowohl die Eigenständigkeit sprachheilpädagogischer Arbeit als auch in der Eigenständigkeit ihre behinderungsübergreifenden Anliegen.

H. Schneider

H. Staps: 50 Geschichten zum Weiterspinnen, zum Nacherzählen und Vorspielen mit Aufgaben zur Förderung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit von Grundschülern mit Illustrationen des Verfassers. Herausgeber: Deutsche Ges. für Sprachheilpädagogik. Verlag Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50. 72 Seiten, Preis 6,— DM.

Freies Sprechen, exaktes Ausdrücken, geschicktes Erzählen, pointiertes Reden und sachliches Diskutieren gehören seit eh und je zu den wichtigsten Zielen eines guten Deutschunterrichts. Sie sind auch die Voraussetzungen für einen guten Aufsatzstil. Alle Bemühungen, diese Forderung zu erreichen und sie bereits in der Grundschule gezielt vorzubereiten, mußten bisher fehlschlagen. Die Ursachen dafür liegen in erheblichen Unterschieden des Sprachmilieus und der Sprechanregung, der althergebrachten Vorrangigkeit von Lesen, Rechtschreibung und Grammatik und nicht zuletzt der mehr stofflich und weniger psychologisch, kindgemäß und lustbetont ausgerichteten Methodik des Deutschunterrichts. In Niederdeutschland muß außerdem das Hochdeutsche als eine andere Sprache in Satzbau und Grammatik als das Niederdeutsche neu erworben werden. Das gibt zusätzliche Schwierigkeiten, wenn daheim nur niederdeutsch oder »messingsch«, ein unmögliches Gemisch von beiden, gehört und gesprochen

Die deutschen Sprachbücher haben sich zweifellos in den letzten Jahrzehnten sehr gebessert, aber es fehlen aktivierende, lebendige. vielseitige und kindgemäße Übungsanregungen. Staps hat es verstanden, in seinen 50 Geschichten zum Weiterspinnen die richtige Art, den ansprechenden Ton zu finden, um bei Kindern anzukommen. Aus der Erlebnis-, Phantasie- und Gefühlswelt bietet er Sprechanlässe, die gern aufgegriffen werden und in der Art der Durchführung echte Frage-, Informations-, Kommunikations- und Darstellungslust aufkommen lassen. Die witzige Gestalt des kleinen Afrikaners Hallibongo mit seinem Kauderwelsch muß jeden Schüler zum spontanen Helfen, zum lustigen Erkennen eigener Sprechunzulänglichkeiten

und zum Verbessern anregen. Dabei überwindet er im lustigen Spiel eigene Sprachnot und Sprechscheu und gleicht Hör-, Vorstellungs-, Gefühls- und Ausdrucksrückstände aus.

Im besonderen bemüht sich der Verfasser um das Hinführen zum Weiterspinnen von Geschichten und damit um die Phantasie der Kinder, die leider häufig verkümmert, aber für Denkanregung, Kombinationsfähigkeit, logisches Urteil und sprachliche Formulierung sehr wichtig ist. Die gebotenen Hilfen, diese Kindergeschichten auch zu spielen, entwickeln außerdem Darstellungslust, sprecherische Unmittelbarkeit und gesteigerte Erlebnistiefe. Als Ziel setzt sich der Verfasser, über Redewilligkeit und Redefähigkeit zur Redegeschicklichkeit zu führen. Jede Altersstufe hat trotz persönlicher Unterschiede ihre spezifische Sprachentwicklungsphase, die man sprach-, kind- und zeitgemäß ausfüllen sollte, weil Versäumnisse später schwerer nachzuholen sind. Sprachschwachen Kindern aber sollte man soweit

und so früh wie möglich mit bestgeeigneten Mitteln wie etwa mit diesem Buch unter die Arme greifen.

Staps langjährige sprachpädagogische Erfahrungen an einer Sprachkrankenschule mit ihren sprachverzögerten, stammelnden, sprachgehemmten und sprechscheuen Kindern ließen dieses Buch in seiner besonderen Art heranreifen. Es ist ein echtes Stapsbuch wie auch die Folge 9 der Übungsblätter zur Sprachbehandlung »Spiele und Übungen zur Sprachbildung« (Lehrgang für agrammatisch sprechende Kinder) im gleichen Verlag. Die schlichten und treffenden eigenen Illustrationen geben dem Buch eine frohe Note.

Für alle Grundschulen, aber auch für alle Sonderschulen ist diese Neuerscheinung eine ausgezeichnete Unterrichtshilfe, für Eltern und Erzieher eine lustige Anregung zur Sprach- und Redeschulung ihrer Kinder und nicht zuletzt auch ein gutes Rüstzeug für die Stottererbehandlung.



#### Bürgerspital Basel

(Schweiz. Universitätsspital)

In unserem Institut für Sprach- und Stimmtherapie sind die Stellen von zwei

### Sprachtherapeutinnen/Logopädinnen

als Mitarbeiterinnen in einem Team neu zu besetzen.

Die Aufgabe umfaßt die Behandlung von vorwiegend erwachsenen Patienten mit verschiedenartigen Störungen. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, sich in die Therapie mit Hirnverletzten einzuarbeiten.

Sie finden bei uns interessante Anstellungsbedingungen — Gehalt nach neuem Lohngesetz, fortschrittliche Sozialleistungen.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an den

Personalchef des Bürgerspitals Basel, Hebelstraße 2, CH-4000 Basel.



#### Orthopädische Anstalten Volmarstein — Rehabilitationszentrum — in Wetter (Ruhr) 2

An unserer Oberlinschule, Schule für Körperbehinderte (Sonderschule), stellen wir sofort ein

### eine Beschäftigungstherapeutin und eine Logopädin

(Sprachheillehrerin oder Sprachtherapeutin)

Die Besoldung wird entsprechend der Verantwortung gut sein. Sie erfolgt in Anlehnung an beamtenrechtliche Bestimmungen. Über weitere Fragen sollten Sie mit uns sprechen.

Sofern Sie sich interessieren, besuchen Sie uns einmal und sehen sich unsere neue Sonderschule an.

Volmarstein liegt landschaftlich sehr reizvoll auf den Höhen der Ruhrberge im Einzugsbereich der Großstädte Hagen, Dortmund und Witten.

Richten Sie Ihre Bewerbung an die Personalabteilung.

Die HNO-Klinik des Olgahospitals sucht zum 1. Oktober 1971 eine qualifizierte, staatlich anerkannte

### Logopädin

Die pädoaudiologische Abteilung ist modern eingerichtet. Es werden Kinder mit Hör- und Sprachstörungen untersucht und behandelt.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT V6 mit zusätzlichen Sozialleistungen. Das Olgahospital liegt verkehrsgünstig am Rande der Innenstadt Stuttgarts.

Bewerbungen richten Sie bitte an die Verwaltung des

OLGAHOSPITAL, 7 Stuttgart-W, Bismarckstraße 8

An der neu erbauten

Abteilung für Neurologie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

ist ab sofort die Stelle einer

## Sprachheiltherapeutin

zur Behandlung aphasischer Patienten zu besetzen. Einstellung erfolgt nach BAT, Ortsklasse S, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfeberechtigung im Krankheitsfalle, verbilligtes Mittagessen.

An der Klinik besteht ein Zentrum für die Untersuchung und Behandlung von sprachgestörten Patienten, an dem bereits eine Sprachtherapeutin tätig ist. Wir suchen eine interessierte Kraft, wenn möglich Logopädin, die bereit ist, in der neuropsychologischen Arbeitsgruppe mitzuarbeiten, der auch zwei Ärzte und zwei Psychologen angehören. Bei fehlender Erfahrung im Umgang mit Aphasikern wird eine Zusatzausbildung angeboten.

Bewerbungen erbeten an den

Vorstand der Abteilung Neurologie Herrn Professor Dr. Poeck, 51 Aachen, Goethestraße 27—29

Die Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik Münster sucht für die Abteilung Kinderaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen eine

### Logopädin

Aufgabengebiet: Diagnostik und Therapie aller Hör-, Stimm- und Sprachstörungen. Bei persönlicher Eignung Übernahme von Lehrtätigkeit.

Vergütung nach BAT, evtl. zusätzliche Vergütung durch Nebentätigkeit und alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen an die Verwaltung der Univ.-Kliniken, 44 Münster, Westring 5



für die Tagesstätte für spastisch gelähmte Kinder

# Logopädin

Sie finden bei uns eine selbständige, ausbaufähige Tätigkeit, vorwiegend bei Kindern im Alter von 2 bis 10 Jahren. Gute Teamarbeit und ein freundliches Betriebsklima erleichtern Ihnen Ihre Aufgabe.

Wir bieten: Bezahlung nach BAT

zusätzliche Altersversorgung

Beihilfen

5-Tage-Woche

Fortbildungsmöglichkeiten

Urlaubsmöglichkeiten zu günstigen Preisen in sehr schön gelegenen Heimen im Gebirge

Haben Sie an dieser Tätigkeit Interesse, dann richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an

Stadt Nürnberg — Personalamt

85 Nürnberg, Postfach / Telefon (0911) 20 25/28 16

Wollen Sie nur unverbindlich anfragen, stehen wir Ihnen für Auskünfte gern zur Verfügung.