

C 21843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR  
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.  
LANDESGRUPPE B.-RUIN

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

## Aus dem Inhalt

*Gerda Knura, Köln*

Sprachstörung als Lernstörung —  
Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder

*Renate Braun, Köln*

Beobachtungen während der hirmpathologischen Untersuchung  
von Aphasikern im Hinblick auf die Therapie

*Rosa Zopf und Maria Motsch, Berlin*

Eine logopädisch-psychologische Gruppentherapie erwachsener Stotternder

*H. Hoefert, Berlin*

Zur systematischen Verhaltensmodifikation  
und Sprachtherapie bei autistischen Kindern

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Oktober 1973 · 18. Jahrgang · Heft 5

## Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Vorsitzender: Joachim Wiedmann, 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, 6901 Bammental bei Heidelberg, Johann-Sebastian-Bach-Straße 51
Bayern	Anni Braun, 8 München 22, Triftstr. 10
Berlin	Heinrich Kleemann, 1 Berlin 27, Moränenwg 61
Bremen	Klaus Ortgies, 28 Bremen, Marcusallee 38
Hamburg	Karl Heinz Hahn, 2 Hamburg 64, Rolfinkstiege 1
Hessen	Arno Schulze, 3570 Kirchhain, Alsfelder Straße 56
Niedersachsen	Hildegard Schneider, 3 Hannover, Rumannstraße 17/19
Rheinland	Josef Möller, 5 Köln, Marienplatz 2
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 65 Mainz, Göttelmannstraße 46
Saarland	Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein	Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32
Westfalen-Lippe	Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

### Die Sprachheilarbeit,

#### Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten- und Schwerhörigenpädagogik

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

Redaktion . . . . . Arno Schulze, 3570 Kirchhain/Landkeis Marburg/Lahn,  
Alsfelder Straße 56, Telefon (064 22) 8 50  
Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,  
Telefon (06421) 69 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 3,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 18,— 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 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.

Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Prospekt mit Bestellzettel des Verlages Wartenberg & Söhne, Hamburg 50, bei.

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Oktober 1973 · 18. Jahrgang · Heft 5

Gerda Knura, Köln

## Sprachstörung als Lernstörung – Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder

Unsere Einsicht in die Lebensbedeutsamkeit von Sprachstörungen im Kindesalter hat sich in den letzten Jahren entscheidend vertieft. Wir wissen, daß sprachliche Mittel und die ihnen entsprechenden Prozesse eine wesentliche Rolle in Lern- und Denkvorgängen spielen und daß Sprache zugleich den tragenden Mechanismus des Sozialverhaltens darstellt. Das heißt mit anderen Worten: Jede Sprachstörung im Kindesalter gefährdet die Persönlichkeits- und Sozialentwicklung des Kindes und hat zudem sehr häufig negative Auswirkungen auf seine geistige Entwicklung und sein schulisches Lern- und Leistungsverhalten. Durch neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Entwicklungspsychologie und der Lernpsychologie, der Pädagogik und Medizin wissen wir ebenso, daß Behinderung wie Begabung eines Menschen keine angeborenen statischen Größen sind, sondern erst unter den vielfältigen Erziehungseinflüssen des sozialen Umfeldes ihre individuelle Ausprägung erfahren. Aus diesen Erkenntnissen leiten sich für die Sprachbehindertenpädagogik wichtige Folgerungen ab:

1. Kindliche Sprachstörungen dürfen nie isoliert betrachtet werden, da sie in den meisten Fällen in ein Bündel von Begleit- und Folgebehinderungen eingebettet sind, die sich nicht nur auf den Sprachbereich erstrecken.
2. Sprachgestörte Kinder sind zumeist lerngestörte Kinder, die Gefahr laufen, in ihrer schulischen Laufbahn nicht die Entwicklung zu nehmen, die ihrem individuellen Anlagepotential entspricht, weil die Vielschichtigkeit ihrer Behinderung häufig nicht erkannt wird.
3. Sprachstörungen wie Lernstörungen sind pädagogisch beeinflussbar, und das um so effektiver, je früher eine komplexe behinderungsspezifische Förderung in allen beeinträchtigten Funktionsbereichen erfolgt.

*Zu 1.: Kindliche Sprachstörungen dürfen nie isoliert betrachtet werden.*

Sprache ist eine sehr komplexe geistige Leistung. Die Sprachfähigkeit als die Voraussetzung, Sprache auszubilden, zu erwerben und sich ihrer zu bedienen, ist dem Menschen artspezifisch angeboren. Der Spracherwerb hingegen ist ein Lernprozeß, der sowohl von endogenen als auch von exogenen Faktoren abhängig ist und der sich nur in Kommunikation mit einer sprechenden Umwelt vollziehen kann. Jede individuelle sprachliche Aktion ist das Ergebnis eines erlernten, fein koordinierten Zusammenspiels von sensorischen, zentralen und motorischen Prozessen, die auf dem Wege der sozialen Rückmeldung von Gefühlen wie Lust und Unlust, Zuneigung und Ab-

neigung, Zuversicht und Furcht ständig beeinflusst werden und die ebenso durch vielfältige endogene und exogene Faktoren gestört werden können.

Dementsprechend umfaßt der Begriff »Sprachstörung« sehr unterschiedliche Sachverhalte: Sprachstörungen können die verschiedensten Erscheinungsformen und Ursachen haben. Sie können ganz verschiedene Strukturbereiche der Sprache treffen, also als Störungen des Sprachverständnisses, des Sprachaufbaus, des geordneten Redeflusses oder der Verwirklichung der lautlichen Sprachnormen in Erscheinung treten und durch die Symptomatik beispielsweise der Wort- und Lautagnosie, des Dysgrammatismus, des Stotterns oder des Stammelns auffällig werden. Über diese Verschiedenheiten hinaus haben Sprachstörungen einen pädagogisch bedeutsamen gemeinsamen Nenner: Sie lenken die Aufmerksamkeit des Hörers auf sich und veranlassen ihn zu Reaktionen, die vom Sprechenden nicht beabsichtigt waren, die es verunsichern, ängstigen und sein Verhalten negativ beeinflussen. Das veränderte Verhalten des Kindes wiederum irritiert die Umgebung. Mit anderen Worten: Die gestörte sprachliche Kommunikation stört die Beziehungen im zwischenmenschlichen Bereich, und die gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen wirken auf das sprachgestörte Kind zurück und beeinträchtigen es immer stärker. Die verhängnisvolle Entwicklung zeigt sich einerseits in einem zunehmenden Störungsbewußtsein beim Kind, andererseits in der Verunsicherung der Eltern und Erzieher gegenüber dem Kind. Ausreden mit Eltern und Lehrern sprachbehinderter Kinder lassen erkennen, wie stark oft die Umgebung des Kindes nicht nur durch die gestörte Sprache, sondern oft weit mehr durch die Versuche des Kindes, mit seiner Situation fertig zu werden, irritiert wird und zu Fehldeutungen der kindlichen Verhaltensweisen gelangt, welche das gegenseitige Verhältnis erneut belasten.

In diesem Zusammenhang ist es aufschlußreich, daß bei einer Befragung von Kölner Lehrerstudenten und angehenden Kindergärtnerinnen die Bedeutung einer Sprachstörung für das betreffende Kind im Vergleich zu allen anderen Behinderungsarten 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 diesen Urteilen kommt zum Ausdruck, daß die Sprachbehinderung vornehmlich unter dem Aspekt der Verständlichkeit der Rede gesehen wird, wobei in der Schule immer noch der Rückgriff auf die schriftsprachliche Äußerung bleibt, durch die, wie man meint, der sprachbehinderte Schüler seine intellektuellen Fähigkeiten hinreichend unter Beweis stellen kann und nach der seine Schulleistungen sich gerecht beurteilen lassen. Es wird in diesen Urteilen kaum oder zu wenig deutlich erkannt, daß Störungen der lautsprachlichen Äußerung häufig im Zusammenhang stehen mit einem geringeren Wortschatz, mit erschwelter Wortfindung, schwerfälliger Satzkonstruktion und daß schriftsprachliche Leistungen häufig eben nicht geeignet sind, die geistigen Fähigkeiten des sprachbehinderten Kindes richtig zum Ausdruck zu bringen. Es wird ebenso kaum oder zu wenig deutlich erkannt, daß die Lebensbedeutsamkeit einer Sprachstörung zu einem wesentlichen Teil in den mit ihr einhergehenden gestörten Beziehungen zum Mitmenschen liegt. Diese Fehleinschätzung führt zwangsläufig im Gefolge der zunehmenden Verunsicherung des sprachbehinderten Kindes zum Einsatz und zur Verstärkung solcher Verhaltensweisen, die als momentane Schutz- und Abwehrreaktionen entstanden, schließlich Fehlanpassungen in den verschiedensten Lebensbereichen bewirken und Lernbarrieren aufbauen können, welche das sprachbehinderte Kind nicht oder nur unter Mühe zur Entfaltung seiner vollen Leistungsfähigkeit kommen lassen, und das selbst dann, wenn die auffälligste Störung im Sprachbereich, etwa sein Stammeln, bereits gemindert oder völlig beseitigt werden konnte.

*Zu 2.: Sprachgestörte Kinder sind sehr häufig lerngestörte Kinder.*

Lernstörungen entstehen nach CORREL dort, wo ein Kind in seiner schulischen Lernfähigkeit so gestört ist, daß es zwar an sich schulfähig ist, d. h. fähig, in der betreffenden Schulart zu lernen, aber doch hinter den Erwartungen des Lehrers bezüglich seiner Lernleistung zurückbleibt. Eine derartige Störung ist beispielsweise dadurch gegeben, daß ein Kind für bestimmte Lernbereiche noch nicht reif ist und aus diesem Grunde für diese Bereiche nicht oder nicht hinreichend motiviert werden kann. Wenn etwa ein Kind gut rechnen kann, aber im Schreiben und Lesen oder im mündlichen Ausdruck versagt, so sind Teilfunktionen innerhalb seiner Begabung geschwächt. Es kann seine Fähigkeiten in den sprachlichen Fächern nicht recht einsetzen und ausbilden. Es kommt zu Mißerfolgserlebnissen, die es schließlich auch auf andere Lernbereiche überträgt, so daß seine schulischen Lernleistungen möglicherweise generell unter das Niveau sinken, das seinem tatsächlichen geistigen Leistungspotential entspricht. Lernstörungen entstehen ebenso, wenn das Kind in seinem persönlichen Tempo vom Durchschnittstempo der Klasse abweicht und etwa beim Diktatschreiben nicht mithalten kann oder wenn es durch nervöse Besonderheiten, etwa durch eine Hypermotorik, über eine kürzere Konzentrationsspanne verfügt als die meisten seiner Altersklasse.

Auf die Situation des sprachgestörten Schulanfängers übertragen, ergibt sich folgendes Bild:

Die meisten Sprachstörungen im Kindesalter sind Entwicklungsstörungen der Sprache, wie beispielsweise das Stammeln und der Dysgrammatismus, und psycho-reaktive Störungen der Sprache wie z. B. das Stottern. Ihnen können entweder organische, konstitutionelle oder psycho-soziale Ursachen zugrunde liegen. Sehr häufig jedoch sind kindliche Sprachstörungen multifaktoriell bedingt, d. h. organische oder konstitutionell bedingte Ausfälle oder Minderleistungen im Sprachbereich werden durch psycho-soziale Faktoren verstärkt und umgekehrt.

Organische Ursachen sind

- früh oder spät erworbene Schädigungen der Sprachzentren,
- früh erworbene diffuse Hirnschädigungen,
- extrapyramidale Schädigungen,
- Schädigungen und Mißbildungen der Sprechorgane.

Differentialdiagnostisch ist eine Mitbeteiligung von Schädigungen der Intelligenz und der Hörorgane in Betracht zu ziehen.

Zu den konstitutionell bedingten Ursachen gehören

- motorische und sensorische Reifungsverzögerungen,
- körperliche Schwäche.

Als psycho-soziale Ursachen gelten:

- mangelhafte oder übermäßige affektive und sprachliche Stimulation,
- Fehleinstellung der Umgebung zum kindlichen Sprachverhalten,
- schlechte sprachliche Vorbilder,
- erzieherische Fehlhaltung der Umgebung wie sehr kritische und mißbilligende Einstellung gegenüber dem Kind,
- ängstlich-besorgtes, streng-forderndes, extrem-zwiespältiges Erziehungsverhalten der Eltern,
- unterschichtsspezifisches sozio-kulturelles Milieu, das gekennzeichnet ist durch ein niedriges schulisches Ausbildungsniveau der Eltern, ungünstige ökonomische Verhältnisse, fehlendes Sprach- und Leseinteresse, fehlende sprachliche Übungsmöglichkeit.

Vor diesem komplexen Hintergrund werden die Hemmnisse deutlich, die sich dem sprachbehinderten Kind in den Weg stellen können, wenn es an den Start seiner schulischen Laufbahn geht. Ihr Ausmaß hängt von der Bündelung der beteiligten Störfaktoren ab. Es richtet sich danach,

- a) welche Funktionen des Kindes in den sprachlichen und nichtsprachlichen Bereichen objektiv gestört oder nicht altersentsprechend entwickelt sind und in welcher Stärke sie es sind,
- b) welche Lernerfahrungen das sprachbehinderte Kind bisher gemacht hat, d. h. wie seine Leistungsmotivation beschaffen ist,
- c) auf welche schulische Situation das sprachbehinderte Kind trifft, wenn es eingeschult wird.

Zu a):

Bei dem komplexen Bedingungsgefüge, welches den Sprachstörungen im Kindesalter in der Regel zugrunde liegt, sind neben spezifischen Leistungsminderungen im sprachlichen Bereich immer auch Störungen in den nichtsprachlichen Bereichen in Betracht zu ziehen, die zu schulischen Leistungsdefiziten führen können, d. h. es ist mit Begleitstörungen bzw. Reifungsverzögerungen vor allem in den Bereichen der Motorik und Sensorik, der Gedächtnisleistungen und Konzentration und im psycho-sozialen Bereich zu rechnen.

Die Entwicklungsrückstände bzw. Ausfälle oder Minderleistungen im sprachlichen Bereich können sich je nach Art und Umfang der Sprachstörung in individuell sehr unterschiedlicher Weise auf die Sprachaufnahme, auf die zentrale Verarbeitung von Sprache oder auf die Äußerung von Sprache erstrecken. Häufig streuen sie über alle Bereiche.

Bei der Sprachaufnahme handelt es sich um Störungen der akustischen und optischen Wahrnehmung im Zusammenhang etwa mit Störungen der affektiven Sphäre wie Übererregbarkeit oder Apathie.

Störungen der zentralen Verarbeitung zeigen sich als gänzliche oder — in der Praxis viel häufiger — als teilweise Unfähigkeit zum Entschlüsseln sprachlicher Zeichen (Lautagnosie), zum Erkennen und Behalten von Wortstrukturen (Wortagnosie), zum Erkennen und Behalten von Schriftsprache (visuelle Wortagnosie), zur Kodierung und Reproduktion von Sprechbewegungsmustern (motorische Hörstummheit, zentrales Stammeln).

Bei der Sprachäußerung handelt es sich um Störungen der Koordination der Sprechbewegungen infolge motorischer Ungeschicklichkeit aufgrund von Reifungsverzögerungen oder Schädigungen der Sprechwerkzeuge, um Störungen des Redeflusses als reaktiv gelerntes Verhalten, um Störungen der Stimmgebung.

Daraus können beim sprachbehinderten Kind folgende Hemmnisse im Sprachbereich resultieren und seine schulische Lernfähigkeit beeinträchtigen:

- fehlendes oder vermindertes Sprachverständnis,
- verringerter Wortschatz,
- erschwerte Wortfindung,
- Schwierigkeiten in der grammatischen und syntaktischen Durchgliederung laut- und schriftsprachlicher Äußerung,
- Störungen der Artikulation,
- Störungen des Redeflusses,
- Störungen des Lesens und Leseverständnisses,
- Rechtschreibschwierigkeiten.

Häufig wird eine Reihe der genannten Erschwerungen und Störungen im sprachlichen Bereich deshalb nicht erkannt, weil aufgrund unzureichender Sprachdiagnostik nur das auffälligste Symptom der zu behandelnden Sprachstörung, etwa das Stammeln, die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, isoliert überprüft und behandelt wird, oder aber sie werden zwar erkannt, können aber wegen des notwendig größeren Zeitaufwandes, im Rahmen der Sprachheilambulanz etwa, nicht entsprechend berücksichtigt werden.

Für das sprachbehinderte Kind kann sich diese Unterlassung einer komplexen behinderungsspezifischen Förderung verhängnisvoll auswirken. So haben neuere Untersuchungen nachgewiesen, daß multiple Stammer, deren Stammeln durch gezielte Artikulationsübungen in der ambulanten Sprachheilarbeit, teilweise noch vor Schulbeginn, weitgehend oder gänzlich beseitigt worden ist, bei gleicher Intelligenz als Gruppe dennoch signifikant schlechtere Rechtschreibleistungen erbrachten als die Vergleichsgruppen nichtsprachbehinderter Schüler. Ebenso haben Untersuchungen der Schulleistungen von Schülern des 4. Schuljahres, deren Sprachstörung in der Sprachheilambulanz erfolgreich behandelt worden war, ergeben, daß sie im Gruppenvergleich mit Schülern, deren Sprachentwicklung unauffällig verlaufen ist, in den deutschkundlichen Fächern signifikant schlechter abschnitten, während sich ein derartiger Unterschied im Rechnen nicht zeigte. Diese Ergebnisse legen im Zusammenhang mit älteren Untersuchungen, in denen auf die hohe Sitzenbleiber- und Rückstellungsquote bei sprachbehinderten Schülern hingewiesen wird (Erhebungen von HANSEN, 1929!), zwingend den Schluß nahe, daß durch die vordergründige Betrachtung der am auffälligsten gestörten sprachlichen Leistung, in unserem Falle also der gestörten Artikulation, zwar die muttersprachliche Lautnorm korrekt erarbeitet wurde und die Sprache der Kinder in dieser Hinsicht unauffällig geworden ist, eine spezielle Förderung in den weniger auffälligen, aber gerade bei stammelnden Kindern oft nicht altersüblich entwickelten Bereichen des Wortschatzes, der Wortfindung, der Kategorien- und Analogiebildung usw. jedoch nicht erfolgte. Der Entwicklungsrückstand in diesen Fähigkeiten störte offenbar ihr schulisches Lernen im sprachlichen Bereich und beeinträchtigte entscheidend ihren Lernerfolg.

Von den nichtverbalen Bereichen sind es besonders die Bereiche der Motorik, der Sensorik und des Sozialverhaltens, aus denen Lernstörungen und somit Hemmnisse für die schulische Laufbahn des sprachgestörten Kindes und damit zugleich für seine spätere berufliche und gesellschaftliche Integration erwachsen können.

Im Bereich der Motorik zeigen sprachgestörte Kinder häufig Entwicklungsrückstände in der Grob- und Feinmotorik und mangelnde Bewegungskoordination, mitunter als Folge minimaler frühkindlicher Hirnschädigung oder als Ausdruck psychischer Blockierung, die sich auf viele schulische Aktivitäten, insbesondere auch auf das Schreiben, hinderlich auswirken.

Im sensorischen Bereich sind es vor allem Schwächen oder Störungen der visuellen und auditiven Wahrnehmung, welche die schulische Leistungsfähigkeit sprachgestörter Kinder beeinträchtigen. Sie haben oft Schwierigkeiten im Erkennen, Behalten und Erinnern von Farben, Formen, Figur-Hintergrund-Beziehungen, von Raum-Lage-Beziehungen und der Stellung in der Reihe, im Erkennen, Behalten, Erinnern und Unterscheiden von Sprachlauten bei anderen und bei sich selbst, beim Herausheören von Lauten aus Wortganzen bei anderen und bei sich selbst, beim Erkennen, Behalten und Erinnern einander zugeordneter optischer und akustischer Sprachzeichen. Es sind vermutlich gerade diese Schwächen, die dafür verantwortlich zu machen sind, daß der Prozentsatz von Kindern mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche bei sprachentwicklungsgestörten Kindern etwa viermal so hoch ist wie bei nicht-

sprachbehinderten Kindern. Verweisen möchte ich hier auf Untersuchungen von BECKER, THEINER, KOSSAKOWSKY, LEWINA, HEINRICHS u. a., in denen diese Tatsachen überzeugend nachgewiesen werden.

Die Störungen im psycho-sozialen Bereich, welche das Lernen des sprachgestörten Kindes in der Schule beeinträchtigen, stehen vor allem im Zusammenhang mit der gestörten sprachlichen Kommunikation und den Reaktionen der Umwelt auf die Sprachstörung des Kindes. Sie zeigen die Tendenz, sich mit Dauer und Stärke der Sprachstörung zuzuspitzen, und lassen sich beschreiben als

- Aggression bzw. Regression des Kindes gegenüber der Umwelt,
- Selbstunsicherheit und geringe Selbstannahme,
- Unsicherheit in der Einschätzung der Rolle anderer,
- übersteigerte Ich-Bezogenheit,
- labile Affektlage,
- Integrationsmangel und zunehmende Isolierung.

Zu b):

Was nun das Lernverhalten sprachgestörter Kinder betrifft, so wissen wir zunächst ganz allgemein, daß Lernverhalten und Leistungsmotivation vom Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit modifiziert werden, d. h. vom subjektiven Maß der »Hoffnung auf Erfolg« und der »Furcht vor Mißerfolg«. Dieses subjektive Maß bestimmt, ob das Lernverhalten eines Kindes durch Spontaneität und Zuversicht oder durch Passivität und Ängstlichkeit geprägt wird, ob es präzise oder ungenau erfolgt, ob es von Vertrauen oder Mißtrauen getragen ist. Es hängt in hohem Maße von Umwelteinflüssen und Lernerfahrungen in der Familie als Primärgruppe ab. Diese Lernerfahrungen sind beim sprachgestörten Kind, wenn auch in individuell ganz unterschiedlicher Weise, negativ getönt. Das sprachgestörte Kind ist, wie bereits dargelegt wurde, schon in der Familie kommunikativen Mißverständnissen ausgesetzt, die auf sein Selbstverständnis zurückwirken. Es steht im vielfältigen Spannungsfeld elterlicher Sorge und Hoffnung, Ungeduld und Enttäuschung und erlebt, wie das, was es mit seinen sprachlichen Äußerungen seiner Umwelt verständlich machen will, oft nicht verstanden wird oder immer wieder zu Kritik oder Bestürzung Anlaß gibt. Nicht der Bedeutungsgehalt seiner sprachlichen Kundgabe, sondern das unvollkommene Werkzeug Sprache selbst rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und löst Verhaltensweisen aus, die das Kind nicht versteht und die es verwirren müssen. Auf diese Weise bereits im Verhältnis zu den engsten Bezugspersonen, nämlich zu den Eltern, verunsichert und in seinem Selbstvertrauen gestört, muß es bei der Erweiterung seines sozialen Umfeldes, in unserem Fall also beim Schuleintritt, 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, eine negative sozial-emotionale, aggressive Haltung gegenüber der Umwelt zu verfestigen. Diese auf negativen Lernerfahrungen basierenden Verhaltensweisen belasten die schulische Leistungsfähigkeit zusätzlich. Sie verstärken die objektiv gegebenen Funktionsminderungen oder -ausfälle in den verbalen und nichtverbalen Bereichen und können bei sprachgestörten Kindern in entscheidendem Maße an der Entstehung und Generalisierung schulischer Lernstörungen mitbeteiligt sein.

Zu c):

In welchem Maße die bisher aufgezeigten Hemmnisse, die sich dem Kind aufgrund seiner Störungen im sprachlichen Bereich und der damit möglicherweise verbundenen Begleit- und Folgestörungen in den nichtsprachlichen Bereichen während seiner

Schullaufbahn in den Weg stellen können, tatsächlich zur Auswirkung kommen, hängt schließlich von der jeweiligen Schulsituation ab, auf die das sprachbehinderte Kind bei seinem Schuleintritt trifft und die von solchen Faktoren wie Informationsstand des Lehrers bezüglich der Behinderung des Kindes, Einstellung des Lehrers und Lehrerverhalten, Verhalten der Mitschüler, Organisation des Unterrichts, Klassengröße u. a. bestimmt wird. Daß allein von den in unseren Schulen gegenwärtig noch immer überfüllten Klassen und dem darin üblichen wenig differenzierten Frontalunterricht her sprachbehinderte Kinder im Rahmen der allgemeinen Grund- und Hauptschule wenig behinderungsspezifische Lernangebote erhalten können, liegt auf der Hand.

Zu 3.: *Sprachstörungen im Kindesalter und daraus resultierende schulische Lernstörungen sind durch komplexe sprachheilpädagogische Frühförderung zu beseitigen oder entscheidend zu reduzieren.*

Es ist das Ziel der Sprachbehindertenpädagogik, bestehende Sprachstörungen und ihre negativen Auswirkungen im personalen, sozialen und Leistungsbereich zu beseitigen oder, sofern dies nicht möglich ist, durch differenzierte sonderpädagogische Hilfestellung so zu beeinflussen, daß eine optimale Eingliederung Sprachbehinderter in Schule, Beruf und Gesellschaft gewährleistet wird. Empirische Untersuchungen und Erfahrungsberichte bestätigen, wie ich mit meinen Ausführungen darzustellen versuchte, daß kindliche Sprachstörungen oft eingebettet sind in motorische, sensorische, emotionale und soziale Störungen, die sich im Zusammenwirken mit dem Faktor Zeit potenzieren und die Chancen des Kindes für eine erfolgreiche Schullaufbahn verringern. Das bedeutet: Die Behinderung eines sprachgestörten Kindes wird um so gravierender, je länger das Kind auf sprachheilpädagogische Förderung warten muß, und sie beeinträchtigt die schulischen Lernleistungen um so nachhaltiger, je schmalspuriger die sprachheilpädagogische Förderung angesetzt wird. Positiv ausgedrückt können wir sagen: Je früher dem sprachgestörten Kind behinderungsspezifische Lernhilfen angeboten werden, die es ihm ermöglichen, seine Lerndefizite in allen Störbereichen zu beseitigen oder seiner individuellen Situation entsprechend optimal zu verringern, um so erfolgreicher wird sich seine schulische Laufbahn gestalten und um so weniger Integrationsschwierigkeiten wird es haben. Der für eine derartige Förderung günstigste Zeitraum liegt nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischer Erfahrung vor dem Schuleintritt, d. h. zwischen dem 4. und 7. Lebensjahr. Das bedeutet, wir müssen den Schwerpunkt unserer sprachheilpädagogischen Arbeit in das Vorschulalter verlegen, wenn wir diesen Erkenntnissen und Erfahrungen nicht zuwiderhandeln und den Vorwurf auf uns nehmen wollen, daß wir unser Wissen nicht in die Praxis umzusetzen imstande sind und Hilfe erst dann und dazu mit weniger Aussicht auf umfassenden Erfolg anbieten, wenn die Fehlverhaltensweisen des sprachgestörten Kindes bereits fest eingeschliffen sind und es eine Fülle vermeidbarer Beeinträchtigungen in seiner allgemeinen und schulischen Entwicklung erfahren hat.

Wir müssen darüber hinaus sicherstellen, daß jene Kinder, die trotz sprachheilpädagogischer Frühförderung bis zum Schulbeginn nicht voll rehabilitiert werden können, im schulischen Primarbereich eine entsprechende unterrichtsbegleitende Weiterförderung erhalten. Für die am schwersten sprachbehinderten Kinder jedoch, die einer sich über längere Zeit erstreckenden oder dauernden komplexen Intensivförderung bedürfen, um von ihrer umfänglichen Beeinträchtigung befreit zu werden oder trotz resistenter Sprachbehinderung eine möglichst optimale Bildung und Erziehung mit dem Ziel der vollen Integration in Familie, Beruf und Gesellschaft zu erfahren,

sind die notwendigen Einrichtungen innerhalb des sonderpädagogischen Systems von Kindergartensondergruppe, Schulkindergarten, Sonderklasse, Sonderschule und Heim für Sprachbehinderte in ausreichendem Maße zu schaffen.

Es ist nicht die Aufgabe meines Referates, die organisatorischen Möglichkeiten und institutionellen Voraussetzungen einer derartigen, an der Basis ansetzenden Sprachheilarbeit aufzuzeigen. Meine Aufgabe ist es, die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Sprachheilarbeit bei sprachbehinderten Kindern zu begründen und ihre inhaltlichen Gehalte zu verdeutlichen. Die inhaltlichen Gehalte oder, um einen lernpsychologisch orientierten didaktischen Begriff zu gebrauchen, die Lernziele qualifizierter sprachheilpädagogischer Arbeit ergeben sich aus der jeweiligen individuellen Gesamtsituation des zu fördernden sprachbehinderten Kindes. Das setzt voraus, daß der diagnostischen Arbeit in Zukunft ein wesentlich breiteres Feld einzuräumen sein wird, als dies zur Zeit im allgemeinen der Fall ist und sein kann. Es geht darum, den Entwicklungsstand aller jener Bereiche sorgfältig auszuloten, die für ein ungestörtes Verfügen des Kindes über sprachliche Mittel im Sinne eines altersgerechten Sprachverhaltens und aktiver sprachlicher Kommunikation von Bedeutung sind, und auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme für das sprachbehinderte Kind einen individuellen Lernzielkatalog aufzustellen, nach dem die für dieses Kind notwendigen Lernschritte geplant werden können. Dieser Lernzielkatalog wird im Verlaufe der Fördererziehung aufgrund der sich verändernden Situation immer wieder eine Modifizierung erfahren müssen.

Eine solche Untersuchung kostet viel Zeit, und manchem Praktiker mag sie aus der gegenwärtigen Sicht heraus etwas übertrieben erscheinen. Im Zusammenhang freilich mit einer verantwortungsbewußten Analyse der schulischen Lernstörungen sprachbehinderter Kinder, denen eine derartige Fördererziehung versagt blieb oder bei denen sie zu spät erfolgte, ist dieser Zeitaufwand nicht nur pädagogisch sehr sinnvoll, sondern entscheidende Voraussetzung dafür, den Rechtsanspruch des sprachbehinderten Kindes auf eine Bildung und Erziehung zu erfüllen, die es ihm ermöglicht, durch gezielte Lernhilfen und differenzierte Lernangebote sein individuelles Lernpotential voll auszuschöpfen. Eine solche Untersuchung setzt freilich ebenso voraus, daß der Lehrer für Sprachbehinderte sich ständig auf dem neuesten Wissensstand hält, sich darüber informiert, welche Untersuchungsverfahren geeignet sind, die Fähigkeit des Kindes in den Bereichen der Sprache, der Motorik, der Sensorik und im psycho-sozialen Bereich möglichst objektiv zu ermitteln und im Vergleich zu altersgleichen normalsprechenden Kindern Leistungsdefizite aufzudecken. Er muß herausfinden, welche der zahlreich angebotenen Arbeitsmittel und Lernprogramme am geeignetsten sind, das sprachbehinderte Kind behinderungsspezifisch zu fördern. Regelmäßige Arbeitstagungen, die einem derartigen Erfahrungsaustausch dienen, könnten hier eine große Hilfe sein.

Freilich kann nicht verhehlt werden, daß unser derzeitiges Angebot an standardisierten Prüfverfahren zur objektiven Ermittlung des Sprachentwicklungsstandes in allen seinen Dimensionen noch unzureichend ist, obwohl es sich gerade in den letzten Jahren verbessert hat und mit einer weiteren Verbesserung zu rechnen ist, weil einige Prüfverfahren so weit entwickelt sind, daß sie kurz vor der Veröffentlichung stehen. Schon jetzt verdienen die in der Beltz-Reihe neu herausgegebenen Tests zur Erfassung sprachlicher und kognitiver Leistungen bei Vorschulkindern unsere Beachtung. Die Reihe wird fortgesetzt. Eine in der Praxis bewährte Hilfe zur Ermittlung des ontogenetischen Sprachniveaus von 3- bis 5jährigen bietet das überarbeitete Phonetische Bilder- und Wörterbuch von CERWENKA, Wien. Für die Überprüfung und Übung der auditiven Diskrimination von Sprachlauten steht neuerdings die

Bildwortserie von Hildegard SCHÄFER, Gießen, zur Verfügung. Als bewährtes Mittel zur Überprüfung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit in ihren verschiedenen Dimensionen ist der FROSTIG-Test zu nennen. Er wurde aus dem Amerikanischen übernommen und erscheint, zusammen mit einem genau abgestimmten Übungsprogramm, bei Crüwell in Dortmund. Hinsichtlich der Diagnostik und Übung im motorischen Bereich möchte ich insbesondere auf die letzten Veröffentlichungen von KIPHARD aufmerksam machen.

Dieser kleine Exkurs soll genügen, um das Anliegen einer mehrdimensionalen sprachheilpädagogischen Diagnostik zu umreißen. Sie liefert uns die Antwort darauf, welche Fähigkeiten gerade bei diesem Kind aufgrund des bei ihm individuell festgestellten Entwicklungsrückstandes einer gezielten Förderung bedürfen.

Theoretisch umgreift demnach ein Lernzielkatalog zur behinderungsspezifischen Förderung sprachbehinderter Kinder alle bei ihnen als wahrscheinlich ermittelten Störungsbereiche. In der sprachheilpädagogischen Praxis hingegen geht es um die Auswahl jener Lernziele, die für die Situation des einzelnen sprachbehinderten Kindes relevant sind.

#### Schlußbemerkung.

Größere Einsicht in Zusammenhänge bedeutet größere Verantwortung! Unsere Einsicht in die komplexen Zusammenhänge zwischen gestörter Sprache, gestörter Persönlichkeits- und Sozialentwicklung und gestörtem Lern- und Leistungsverhalten führt zu dem harten Schluß, daß die behinderungsspezifische Förderung sprachbehinderter Kinder in unserem Lande vielfach unzureichend ist: Sie setzt in der Regel zu spät ein, erfolgt nicht koordiniert, wird häufig mit unzureichenden Mitteln versucht und bietet bei weitem nicht allen sprachbehinderten Kindern die ihnen in unserer demokratischen Gesellschaft zustehenden Bildungschancen.

Unsere Verantwortung gegenüber dem sprachbehinderten Menschen gebietet uns, gerade anläßlich einer Rückschau auf 25 Jahre Sprachheilarbeit im Bereiche des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, bei allem Stolz auf das bisher Erreichte und aller Dankbarkeit dafür, die bisher gewährten Hilfen für Sprachbehinderte auf dem Hintergrund unseres erweiterten Wissenshorizontes sehr kritisch auf ihre Angemessenheit und Wirksamkeit hin zu überprüfen und unter Überwindung isolierter Sichtweisen die Erfahrungen und Forschungsergebnisse aller mit dieser Problematik befaßten Institutionen und Wissenschaftsbereiche für eine Intensivierung und Koordinierung sprachheilpädagogischer Arbeit zu nutzen. Diese Arbeit erfordert ein gründliches und umfangreiches Fachwissen, permanente fachliche Weiterbildung und die ungeteilte Arbeitskraft des Sprachbehindertenlehrers. Sie ist auf Dauer ohne Qualitätsverlust sicher nicht wie bisher vorwiegend im Nebenamt zu leisten.

Der vorstehende Beitrag wurde am 7. September 1973 als Referat auf der 23. Arbeits- und Fortbildungstagung der Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen in Westfalen-Lippe in Münster/Westf. gehalten.

Einige Passagen wurden den folgenden eigenen Veröffentlichungen entnommen:

Experimentelle Untersuchung des Lernerfolgs bei stotternden und nichtstotternden Volksschulkindern. Die Sprachheilarbeit 1/1970.

Das Problem der gestörten Konzentrationsleistung bei stotternden Schülern. Die Sprachheilarbeit 5/1970.

Das sprachbehinderte Kind als potentieller Außenseiter in Kindergarten und Schule. Sonderpädagogik 1 und 3/1971.

Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 4/1971.

Zur Motivierung des sozialen Verhaltens sprachbehinderter Schüler. In Orthmann (Hrsg.):  
Schulische Betreuung sprachbehinderter Kinder. Berlin 1972, S. 9—34.

Anschrift der Verfasserin: Prof. Dr. Gerda Knura, Pädagogische Hochschule Rheinland, Ab-  
teilung für Heilpädagogik, 5 Köln 41, Frangenheimstraße 4.

---

### Kleine Beiträge aus der Praxis

---

Aus der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn  
Direktor: Prof. Dr. A. Leischner

*Renate Braun, Köln*

#### Beobachtungen während der hirnpathologischen Untersuchung von Aphasikern im Hinblick auf die Therapie

Bei der hirnpathologischen Untersuchung werden alle geistigen Leistungen, die mit Sprache direkt oder indirekt zu tun haben, untersucht. Ließe man nur einen Teil aus, wie etwa die Prüfung des Sprachverstehens, des Nachsprechens oder des Rechnens, so wäre eine genaue Diagnostik nicht möglich.

Die Untersuchung soll vom Arzt durchgeführt werden. Es ist sehr empfehlenswert, daß der Therapeut zugegen ist. Er kann aus seinen Beobachtungen wichtige Anregungen für die Therapie erhalten. Er lernt den Patienten in seiner ganzen Leistungsfähigkeit und in seinem Verhalten kennen. Was dem Untersucher durch das Mitschreiben an Beobachtungen verlorengeht, kann der Dabeisitzende wahrnehmen. Es ist unzweckmäßig, alles mitzuschreiben, wie es der Untersuchende tut, also Wort für Wort. Es genügen einige Stichwörter oder besondere Merkmale.

Muß aber der Therapeut die hirnpathologische Untersuchung selbst durchführen, so ist eine gleichzeitige Tonbandaufnahme des Untersuchungsablaufes von großem Vorteil. Die Notizen erstrecken sich hauptsächlich auf die Beobachtungen. Das Gesagte kann dann später vom Band abgeschrieben werden. Hirnpathologische Untersuchungsergebnisse und Beobachtungen sind Anhaltspunkte und Richtlinien für die therapeutischen Übungen.

Wichtige zu beobachtende Punkte:

##### *1. Die Reaktions- und Verhaltensweise*

Wie reagiert der Patient auf die einzelnen gestellten Aufgaben? Reagiert er prompt oder kommen seine Antworten nur verzögert? Antwortet er willig und gern oder nur, weil man ihn fragt und ihm eine Antwort abverlangt? Gibt er die Antworten also nur widerwillig, vielleicht weil er den Sinn der Untersuchung nicht versteht oder einsieht? Vielleicht aber findet er die vielen Fragen und Aufgaben lästig und fühlt sich in seinem geistigen Niveau durch die Einfachheit der Fragen erniedrigt. Dies tritt zum Beispiel beim Zählen von 1 bis 10 und beim Bezeichnen von Gegenständen deutlich hervor. (Ich habe eine Patientin gehabt, welche Wortfindungsübungen strikt ablehnte. Sie wisse doch, was das sei, sie könne es nur nicht sagen. Eine andere Patientin reagierte weniger auf die gestellte Aufgabe, sondern versuchte immer wieder zu erklären, daß sie geistig normal sei und eher lesen könne. Sie verlangte die gestellten Aufgaben schriftlich. Beim Prüfen des Lesens aber stellte sich heraus, daß nur ein Lesesinnverständnis für Substantiva vorhanden war.)

Es kann auch sein, daß der Patient eine depressive Verstimmung hat. Bei der Untersuchung — auffällig bei motorischen Aphasien — bemerken die Patienten den Schweregrad ihrer Fehlleistungen. Ihre Sprachnot kommt ihnen hierbei ganz besonders zum Bewußtsein, was ihnen zu Hause im Kreise der Familie nicht so aufgefallen ist.

Andere Kranke wirken ängstlich und gehemmt. Sie getrauen sich nicht, etwas zu sagen, weil sie fürchten, das Wort falsch auszusprechen und sich somit zu blamieren. Der Zuhörer gewinnt den Eindruck, daß dieser Patient weit mehr sprechen könnte, wenn er nur den Mut hätte, auch in Paraphrasen zu reden. Einige Kranke sprechen so leise, daß die Wörter nur gehaucht werden. Eine laute Wiederholung ist ihnen aber in den meisten Fällen unmöglich.

Zu beobachten ist aber auch die gegenteilige Reaktion: Ist der Patient euphorisch? Redet er viel und läßt den Untersucher gar nicht zu Worte kommen, oder redet er zwischendurch auch mit den Zuhörenden? Manchmal nützen diese Kranken die Pausen, während der Arzt das Gesagte niederschreibt, um weiter zu reden und sich mitzuteilen.

Es gibt Patienten, die die Antworten auf die Fragen, welche der Untersuchende an sie stellt, den Zuhörenden geben. Besonders beim Bericht der Krankengeschichte reden solche Aphasiker mehr zu allen Anwesenden als zum Untersucher gewendet. In den meisten Fällen ist der ursprüngliche Grund dieser Verhaltensweisen die Prüfungsangst. Man sollte jedem Patienten vor der Untersuchung klarmachen, daß dabei nicht getestet wird, daß eine Prüfung der Intelligenz oder des allgemeinen Wissens ausgeschlossen ist, daß es vielmehr eine rein klinische Untersuchung sei und die Fragen dazu dienen, festzustellen, welche sprachlichen Leistungen noch vorhanden sind, um eine Therapie sinnvoll aufbauen zu können.

### 2. *Wie ist die Konzentration und Ausdauer?*

Zu beobachten ist, ob sich der Patient überhaupt auf irgendeine Aufgabe konzentrieren kann oder ob er gern abschweift. Dazu gehört auch die zwischenzeitliche Unterhaltung mit den Zuhörern. An der Mimik des Patienten und an seiner Verhaltensweise kann man erkennen, ob er sich auf die Frage des Untersuchers, auch bei fehlendem Sprachverständnis, konzentriert.

Zweitens ist zu beachten, wie lange der Kranke aufmerksam ist. Wann und wodurch wird er abgelenkt oder wann und weshalb treten Ermüdungserscheinungen auf? Selten wird ein Patient auf die Frage des Untersuchers oder des Therapeuten zugeben, daß er müde und angespannt ist. Der Aphasiker sieht die Untersuchung als Leistungsprüfung an, und wer gibt schon zu, daß er geistig nicht mehr folgen kann? Gäbe er es dennoch zu, käme von seiten des Patienten das Gefühl auf, nicht mehr als vollwertiger Mensch angesehen zu werden. Hält der Patient aber bis zum Ende des Untersuchungsablaufes gut durch, so ist auch seine Belastbarkeit relativ hoch, d. h. die sprachtherapeutische Behandlung kann straff angezogen und ausgedehnt werden.

### 3. *Wie ist die Ansprechbarkeit auf optisch oder akustisch Angebotenes?*

Diese Beobachtung ist für die Therapie besonders wichtig, da sie den Anhaltspunkt für die Auswahl des Materials bietet. Reagiert der Patient auf die Vorlage von Bildern oder auf gezeigte Gegenstände besser im Gegensatz zu mündlichen Anforderungen, so beginnt man die Behandlung auch mit der Vorlage von Bildern oder Gegenständen. Günstig ist ein reichhaltiges Material, so daß immer wieder andere optische Hilfen geboten werden können, gleich, ob man die Wortfindung für Substantiva, für Verben oder sogar die Satzbildung üben will.

Die bessere Reaktion auf akustische Reize zeigt sich bei der Prüfung des Reihensprechens, des Nachsprechens oder der Satzbildung aus drei gebotenen Wörtern. Dann wird der Therapeut das akustische Moment bei der Behandlung in den Vordergrund rücken. (Zum Beispiel bei der Wortfindung: das Vollenden eines begonnenen Satzes, Aufzählung von Gegenständen einer Kategorie oder Assoziationsübungen.)

#### 4. Welche Art Hilfen nimmt der Patient an?

Um den Kranken sprachlich zu aktivieren, werden ihm schon während der Untersuchung Hilfen gegeben. So beginnt der Untersucher beim Reihensprechen die Reihe mit dem ersten Wort und läßt den Kranken fortfahren, oder er wird das rhythmische Sprechen mit einer Handbewegung begleiten, damit der Kranke nicht ins Stocken kommt. Beim Nachsprechen läßt man den Patienten vom Munde ablesen, d. h. man wird langsam, jedoch ohne Verlust der Sprachmelodie und exakt artikuliert, vorsprechen. Bei der Wortfindung können verschiedene akustische Hilfen geboten werden:

- a) Vorsprechen des ersten Buchstabens bzw. Lautes. Hilft ihm das nicht, wird jeweils ein Laut angehängt. (Das Wort fängt mit W an) ... (ein Wü...!) ... (ein Wür...!) Manche Patienten ergänzen dann nur mit der zweiten Silbe, also »fel«.
- b) Satzvollendung: (Sie werfen den ...).
- c) Ein Situationsbeispiel wird gegeben, und der Patient ergänzt das letzte Wort des Satzes: (Stellen Sie sich vor, Sie spielen »Mensch ärgere dich nicht« und sind an der Reihe, dann sagen Sie: Geben Sie mir mal den ...).

Bei b) und c) ist immer wieder aufgefallen, daß die Kranken das Wort viel eher fanden, wenn das zu findende Wort am Ende des Satzes stand und nicht in der Mitte eingesetzt werden sollte wie etwa: (Sie wollen den ... werfen!). Das zuletzt gehörte Wort bleibt am besten im Gedächtnis haften. Eine gedankliche Reproduktion des Satzes und zusätzlich eine Einsetzung des fehlenden Wortes ist einem Aphasiker nicht möglich. Er ist unfähig, zweierlei geistige Leistungen gleichzeitig zu vollziehen.

Während der Behandlung wird der Therapeut die Hilfen geben, auf welche der Patient am ehesten ansprang, damit es nicht zu unnötigen Verzögerungen oder sogar zu depressiven Verstimmungen kommt. Der Kranke kann Fehlleistungen vielleicht nicht erkennen, Stockungen und Versagen hingegen spürt er sehr deutlich. Aber auch bei einer Euphorie mit einhergehender Logorrhoe muß der Therapeut scharf beobachten, welche Hilfen der Kranke annimmt, um zu wissen, wie man diese Kranken in ihrem Rededrang bremsen kann. Es werden keine Erfolge erzielt, wenn nur der Patient ununterbrochen spricht. Der Wortschatz oder die Satzbildung wird dann nicht gefördert. Das Bremsen und Einhaltgeboten muß vorsichtig erfolgen, ohne den Patienten in seiner Persönlichkeit zu beleidigen. Man wird die Aufgaben mit Konzentrationsübungen verbinden.

#### 5. Kann der Patient umschalten?

Ist er in der Lage, sich auf eine neue Aufgabe einzustellen, also etwas ganz anderes zu leisten, als was er eben getan hat? Das Umschaltvermögen kann während der Untersuchung nur wenig berücksichtigt werden. Aus dem Untersuchungsergebnis muß der Therapeut selbst herausfinden, ob die Fehlleistungen oder das Versagen als solche zu bewerten sind. Es können auch Sprachverständnisstörungen sein, die

ihn an der Ausübung der neuen Aufgabe hindern. Weitere Möglichkeiten liegen noch in den vorangegangenen Beobachtungen, wie in der Konzentrationsschwäche und mangelnder Aufmerksamkeit bzw. leichter Ablenkbarkeit.

Eine Erschwerung des Umschaltens zeigt sich am deutlichsten beim Wechsel vom Nachsprechen zur Wortfindung. Der Patient springt auf die neue Aufgabe nicht an, er sagt gar nichts, denn er wartet geduldig, daß ihm das Wort vorgesprochen wird. Erst nach gebotener Hilfe kommt es zu sprachlichen Reaktionen. Werden dann die folgenden Gegenstände alle von ihm prompt bezeichnet, so kann man mit Sicherheit annehmen, daß die ersten Fehlleistungen auf der Schwierigkeit des Umschaltens beruhen.

Im Unterricht wird nun entweder a) vor einer neuen Übung eine kurze Pause eingelegt, b) die neue Übung mit kurzen Worten erklärt oder c) der Anfang vom Therapeuten demonstriert.

#### 6. *Treten Perseverationen in Erscheinung?*

Darunter versteht man das Haftenbleiben an eben Vollzogenem oder Gesagtem. Uns interessieren vor allem sprachliche Perseverationen. Sie treten am häufigsten beim Reihensprechen und bei der Wortfindung auf. Zum Beispiel: Die Zahlenreihe wird richtig hergesagt, nach Aufforderung, die Wochentage aufzuzählen, beginnt der Patient mit »eins, zwei usw.«. Bei der Wortfindung wird der nächstfolgende Gegenstand mit dem zuvor genannten bezeichnet, z. B.: (Nagel) + (Knopf) »Nagel«. Während der Behandlung kann man Abhilfe schaffen, indem man, wenn das neue Wort beginnt, zumindest die Mundstellung des ersten Lautes vormacht. Bei den Übungen sollte man darauf achten, daß das nächste Wort nicht mit dem gleichen Laut beginnt oder lautähnlich ist: (Bild, Bach, Buch) oder (Hose, Rose, Dose), (Tasche - Tasse, Eimer - Eisen).

Weit größere Erfolge zur Beseitigung der Perseverationstendenzen und der Erschwerung des Umschaltvermögens erzielt man mit Übungen der »rhythmisch-musikalischen Erziehung« nach SCHEIBLAUER.

Das Durchhalten, Stoppen und Umschalten wird zuerst nichtsprachlich, also nur mit dem Material, später mit Einbeziehung der Sprache geschult.

#### 7. *Kommt es zur sprachlichen Mehrproduktion?*

Bei der Jargon-Aphasie tritt sie in jedem Fall, bei sensorisch Aphasischen häufig auf. Die Patienten fügen an ein Wort ein bis zwei für den deutschen Sprachschatz ungebrauchliche Silben an, gleich, ob das Wort paraphasisch oder korrekt gesprochen wurde. Sie sind unfähig, die Silbenanzahl des zu findenden Wortes im voraus zu bestimmen. Manchmal werden dabei mehrere Worte oder Paraphasien vorgebracht, die wie satzähnliche Gebilde wirken. Die Mehrproduktion kommt auch beim Lesen und beim Schreiben vor.

Bei Wortfindungsübungen sollte bei solchen Kranken die Silbenanzahl der zu findenden Wörter nicht gewechselt werden. Rhythmisches Mitsprechenlassen und Einhaltgebieten durch eine Handbewegung sind Möglichkeiten, die Mehrproduktionen zu reduzieren.

#### 8. *Kommt es zur Echolalie?*

Dieses Symptom tritt am deutlichsten beim Nachsprechen und beim Ergänzen von Wortpaaren in Erscheinung. Noch während der Untersucher ein Wort oder einen Satz vorspricht, spricht der Patient mit. Dabei liest er häufig vom Munde des Sprechenden ab. Auch bei gebotenen Hilfen treten Echolalien auf, z. B. bei der

Wortfindung: (ein Wür...), der Patient ergänzt: »fel«. Der bei der Untersuchung Zuhörende kann viel besser beobachten, ob der Kranke, noch während der Untersuchung die erste Silbe vorspricht, sie leise mitspricht oder nur seine Lippen gleich formt. Der Untersucher kann dies nicht hören, da er selbst laut spricht und seine eigene Stimme eher hört als das gehauchte Sprechen des Patienten zur gleichen Zeit.

(Während einer Sitzung habe ich diese Feststellung mit Hilfe eines Tonbandgerätes gemacht. Das Mikrophon war dem Munde des Patienten nahe, und beim Abhören erwies sich, daß jener den ersten Teil leise mitsprach und nur lauter das Wort ergänzte.)

Die Echolalie ist bei der Behandlung und für deren Erfolg nicht immer hinderlich. Bewußt eingesetzt, bietet sie sogar eine Hilfe bei der Wortfindung und beim Ergänzen von Wortpaaren sowie bei der Satzvollendung. Zu üben wäre das Mitsprechen mit gleichzeitigem sinngemäßen Mitdenken, z. B. bei Wortpaaren (Vater und . . . .). Nun wiederholt der Therapeut das eben Gesagte noch einmal langsamer und läßt den Kranken mitsprechen. Dieser wird dann leichter das fehlende Wort allein ergänzen. Bei der Wortfindung nach Bildern sollte der Therapeut den Artikel davorsetzen oder mit einem kurzen Satz beginnen: (Im Garten blühen . . .). Um beim Mitsprechen das sinngemäße Mitdenken zu fördern, fordert man den Kranken auf, nur inhaltlich Richtiges nachzusprechen und zu ergänzen. (Bildvorlage: Rose) (Im Garten blühen . . . .) = + Zu Mittag essen wir . . .) = — (Patient soll im letzten Fall das Bild nicht bezeichnen.)

#### 9. Kommt es zur Erregbarkeit bei Fehlleistungen?

Gerade motorische und amnestische Aphasiker spüren ihre eigenen Fehlleistungen. Sie merken selbst, daß sie das Wort, welches sie sagen wollen, nicht auf die Zunge bekommen, daß sie es nicht sagen können oder es falsch aussprechen. Sie werden dann aufgeregt. Es kommt zu Atemstörungen, meist Stauungen des Atems vor dem Kehlkopf — oder sie geben verzweifelt auf, d. h. sie werfen die Flinte vorzeitig ins Korn. Ihnen ist es aber nicht gleichgültig, ob sie das Wort nun sprechen können oder nicht. Zurück bleibt der innere Ärger über die sprachliche Unvollkommenheit, denn sie wußten genau, was sie sagen wollten.

Zusammenfassend sind alle diese Symptome ein Signal für den Therapeuten, in den Sitzungen dem Patienten nur das abzuverlangen, von dem er weiß, daß es der Patient gerade noch leisten kann. Bei Zögerungen muß der Therapeut auch sofort eine Hilfestellung bereit haben. Ein Testen der Leistungsfähigkeit wäre hier nicht sinnvoll. Diesen Kranken hilft das Erkennen auch der kleinsten Erfolge, das ruhige Arbeiten und das Bewußtmachen ihrer jetzigen Sprachleistungen mehr als Überforderungen und Überanstrengungen.

#### Literatur:

- Bejn, E. S.: Aphasie und die Wege ihrer Überwindung. Verlag Medicina, Leningrad 1964 (russisch).
- Braun, R.: Sprachliche Rehabilitation Aphasischer in der Praxis. Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland e. V., Köln 1966. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
- Braun, R.: Vorschläge zur Therapie von Aphasien. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50.
- Fradis, A.: La capacité de reproduction orale et graphique des sons du langage et des lettres chez les aphasiques. Editions de l'Académie de la République Socialiste de Roumanie, Bucarest 1970.

- Kloos, G.: Anleitung zur Intelligenzprüfung in der psychiatrischen Diagnostik. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1965.
- Leischner, A.: Behandlung der Aphasie. Schweiz. Med. Wschr. 89 (1959) 9, S. 242.
- Leischner, A.: Zur Symptomatologie und Therapie der Aphasien. Der Nervenarzt, 31. Jg., 1960, S. 60—67.
- Leischner, A.: Grundsätzliches zur Behandlung der Aphasien. Die Sprachheilarbeit 8 (1963) 1, S. 2—13.
- Leischner, A.: Die Rehabilitation der Aphasie in den romanischen Ländern nebst Beiträgen zur Aphasieforschung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970.
- Leischner, A.: Über den Verlauf und die Einteilung der aphasischen Syndrome. Arch. für Psychiat. Nervenkr., 1972, S. 216, 219—231.
- Leischner, A., und H. A. Linck: Neuere Erfahrungen mit der Behandlung von Aphasien. Der Nervenarzt, 38. Jg., 1967, S. 199—205.
- Löhnig, M.: Sprachausbau und Sinneserziehung als ein Beitrag zur sprachlichen Rehabilitation dysgrammatischer Erscheinungen. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 1, S. 1—12.
- Luchsinger, R., und G. E. Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien, Springer Verlag, 2. Aufl., 1959.
- Meyer, Th.: Psychiatrische Beobachtungen bei der Therapie von Aphasikern. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der hohen Med. Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn. Bonn 1973.
- Ruge, H.: Erfahrungen mit einer programmierten Sprachtherapie an Schwersthirnbeschädigten. Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 2, S. 37—46.
- Vargha, M., und G. Gereb: Aphasie-Therapie. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1959.
- Wepmann, J. M.: Recovery from Aphasia. New York, Ronald 1951.
- Scheiblaue, Mimi: »Rhythmik«, gesammelte heilpädagogische Grundübungen, zusammengestellt von Mattmüller-Frick, F., 3. Aufl. 1971, Blaukreuzverlag Bern. Deutschland: Blaukreuzverlag Wuppertal-Barmen.
- Anschrift der Verfasserin: Renate Braun, Sprachtherapeutin an der Rheinischen Landes-klinik für Sprachgestörte, 53 Bonn, Kölnstraße 208.  
Privat: 5 Köln 80, Biesfelder Straße 3.

Aus der Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke des Klinikums Steglitz  
der Freien Universität Berlin  
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. O. v. Arentsschild

Rosa Zopf und Maria Motsch, Berlin

### Eine logopädisch-psychologische Gruppentherapie erwachsener Stotternder\*)

Stotterfreies Sprechen ist lernbar! Wie aber muß eine Therapie aussehen, die dem Stotternden flüssiges Sprechen auch verfügbar macht? Das Problem liegt — unseren Beobachtungen nach — bei der Anwendung und der Benutzung der flüssigen, »neuen« Sprechweise durch den Patienten. Was jedoch muß eine Therapie, außer Techniken zum stotterfreien Sprechen, noch vermitteln? Unsere Antwort ist folgende:

- Sie muß dem Patienten Möglichkeit zur aktiven und bewußten Mitarbeit geben.
- Sie muß zur sprachlichen Selbststeuerung verhelfen.
- Sie muß jedem Stotternden Erkenntnisse über die Bedingungen vermitteln, die Stottern auslösen und aufrechterhalten oder vermindern.

\*) Manuskript eines Vortrages, gehalten auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde am 2. Juni 1973 in Berlin.

- Sie muß — neben flüssigem Sprechen — neues, erfolgreicherer Sozialverhalten lehren.
- Eine erfolgversprechende Therapie sollte den Patienten so schnell wie möglich vom Therapeuten unabhängig machen. Sie muß ihn lehren, sein eigener Therapeut zu sein!

Dieser Forderung nach Selbstregulation des Patienten hat z. B. auch KANFER (1969) intensive empirische Forschung gewidmet. Wir versuchten, diesen Forderungen mit einem Therapie-Entwurf nachzukommen, der eine Synthese aus erprobten logopädischen Behandlungsmethoden und einem verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzept darstellt, das WENDLANDT (1971) in seiner Arbeit »Resozialisierung erwachsener Stotternder« entwarf. Dem Denkmodell der Lerntheorien entsprechend sehen wir Stottern als ein Fehlverhalten an, das durch seine Konsequenzen und durch auslösende Reize gesteuert wird.

Nach den Empfehlungen von JOHNSON (1967) wirken wir auf folgende vier Aspekte der Kommunikationsstörung ein:

1. auf die Störung des Redeflusses,
2. auf die Reaktion der Mitmenschen auf das Stottern,
3. auf die Reaktionen des Stotternden auf das Verhalten der Umwelt, das er selbst als Reaktion auf seine Sprechhemmung erfährt, und
4. auf die Einstellung des Betroffenen, »ein Stotterer zu sein«.

Mit letzterem versuchen wir auch — abweichend von der »reinen« Verhaltenstherapie —, kognitive Vorgänge im Organismus selbst zu beeinflussen.

Der Behandlungsablauf ist entsprechend den Forderungen nach empirischen Erfolgskontrollen in der Verhaltenstherapie konzipiert (Voruntersuchung und Verhaltensanalyse unter »Baseline«-Bedingungen nach KANFER und SASLOW (1969): Definition der Therapieziele; Einführung therapeutischer Variablen; Nachuntersuchung als Prüfung der Veränderung im Sinne der Behandlungsziele).

Therapiebegleitende Kontrollen sind Befragung mit Fragebogen, Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung und kurvenlineare Aufzeichnungen der Anzahl der Sprechhemmungen der Patienten.

Folgende Methoden der Verhaltensmodifikation werden in dieser Therapie angewendet: operantes Konditionieren und Shaping-Prozesse nach SKINNER (1972); Counter-Conditioning (Gegenkonditionierung) und systematische Desensibilisierung in vivo nach WOLPE (1972) sowie das Lernen am Modell.

Unser Konzept ist als Gruppenbehandlung entworfen; nur wenn es notwendig erscheint, wird auch einzeln geübt. Es finden zwei Behandlungen pro Woche statt, die je anderthalb bis zwei Stunden dauern. Die Gesamttherapie (ohne Nachsorge) ist auf etwa ein halbes bis dreiviertel Jahr Dauer geplant. Zur Zeit behandeln wir eine Gruppe von fünf jungen Männern aus der Unter- und Mittelschicht.

#### *Zum Therapieplan (Abb. 1)*

Mit dieser grafischen Darstellung des Behandlungsplanes informieren wir jeden Patienten ausführlich vor Beginn der Behandlung über das Therapiekonzept und das dahinterstehende lerntheoretische Denkmodell. Der Behandlungsverlauf muß für den Stotternden so durchschaubar wie möglich sein, denn die Transparenz der therapeutischen Prozesse sehen wir als wichtige Voraussetzung für eine aktive Mitarbeit und ein schnelles Unabhängigwerden von Therapeut und Behandlung an. Der Patient muß verstehen, was er tut und warum er es tut!

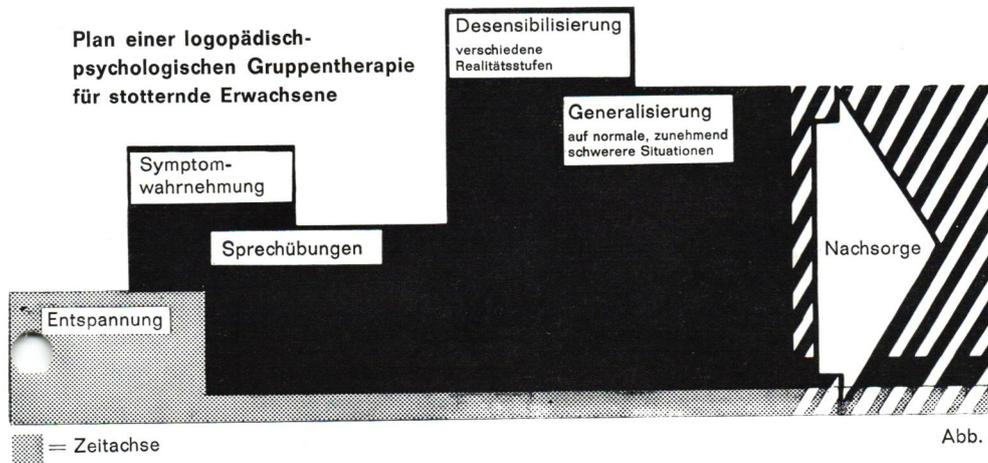


Abb. 1

#### Erläuterung des Planes

In den ersten drei Teilen der Behandlung geht es um die Ausschaltung des sprachlichen Fehlverhaltens. In den nächsten beiden Phasen, besonders der »Generalisierung«, wird auf die soziale Determiniertheit des Stotterns eingewirkt. »Nicht nur der Abbau sozialer Ängste und von Meideverhalten soll erreicht werden, sondern das soziale Defizit des Stotternden wird gleichzeitig durch den Aufbau neuer sozialer Verhaltensweisen via operantem Konditionieren aufgehoben« [Zitat aus Wendlandt (1972)].

Im Nachsorgeteil »blendet« sich der Therapeut langsam aus. Er ist nur noch beratender Helfer für den selbständig gewordenen Partner.

#### Behandlungsteil I: »Entspannung«

In der ersten Phase der Behandlung lernt der Stotternde bewußtes Herstellen und Wahrnehmen unterschiedlicher Muskelspannungszustände bei sich selbst. Dies ist die erste Voraussetzung zu sprachlicher Selbststeuerung. Die Übungen beginnen nicht-sprachlich im Liegen und führen zur Koordination der Funktionen von Atmung, Stimme und Artikulation in entspanntem bzw. zur Nichtkoordination in verspanntem Zustand. Dies wird in den verschiedensten Körperhaltungen eingeübt.

#### Behandlungsteil II: »Symptomwahrnehmung«

Ist jeder Behandelte fähig, diese beiden Verhaltensweisen (koordiniertes Sprechen — unkoordiniertes Sprechen) bei sich bewußt herzustellen, setzt die »Symptomwahrnehmung« ein. Der Stotternde lernt die exakte Wahrnehmung seiner Sprechhemmungen und der sie begleitenden Verhaltensauffälligkeiten (z. B. der Mitbewegungen). Der Patient zählt z. B. während zweier Minuten Sprechens seine Symptome und vergleicht dann sein Ergebnis mit dem der mitzählenden Gruppenmitglieder. Beide Werte werden in eine Kontrollkurve eingetragen.

#### Zur »Symptomwahrnehmung« (Abb. 2)

Die Kurve gibt dem Patienten und der Gruppe laufend Information über die relative Anzahl der Symptome jedes einzelnen und über die Fähigkeit, sie bei sich selbst zu erkennen. Die Werte der durchbrochenen Kurve werden aus den Mittelwerten aller mitzählenden Gruppenmitglieder (Patienten und Therapeut) errechnet.

Symptomwahrnehmung - Zählung der Stotterereignisse für jeweils 2 Minuten

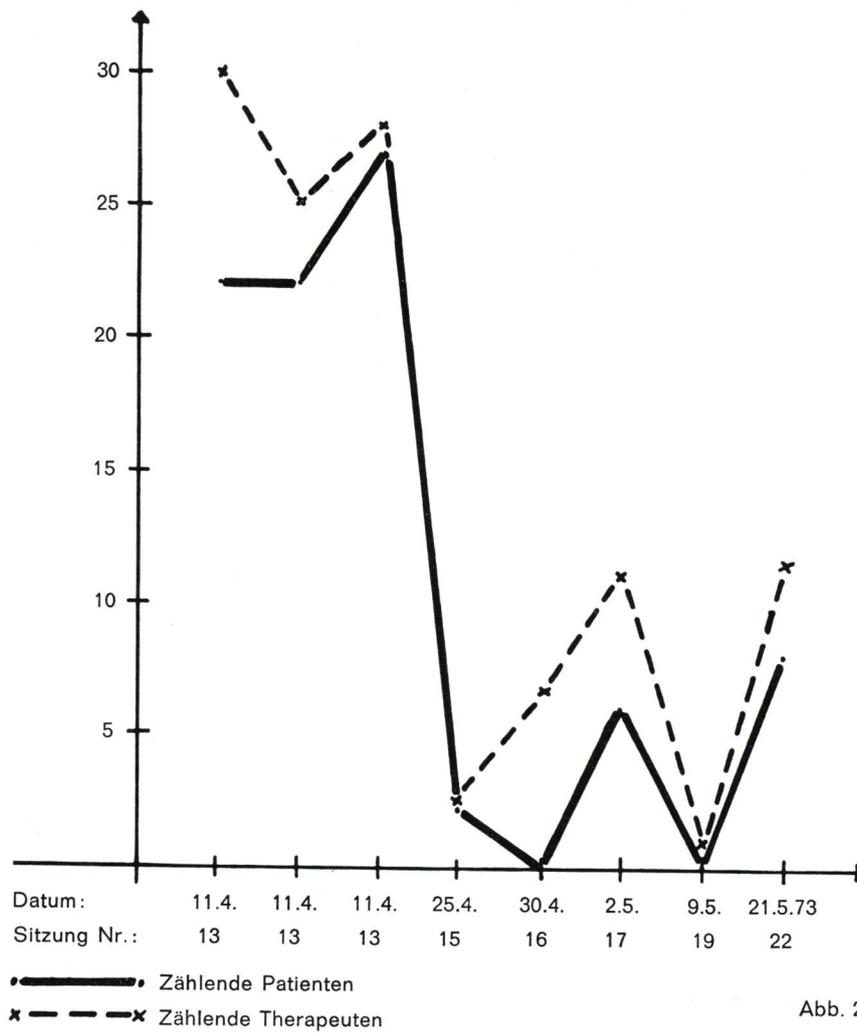


Abb. 2

Der Sprechbehinderte erlangt eine genaue Kenntnis seiner Stotterautomatismen, er kann sein Stottern bewußt nachvollziehen. [Wir lassen dies aber nicht im Sinne der »negative practice« nach YATES (1958) üben.] Wichtig dabei ist, daß der Patient für die vegetativen Vorgänge, die das Stottern ankündigen, sensibilisiert wird. Propriozeptive Reize werden zu diskriminativen Stimuli für Stottern. Auf den ursprünglich auslösenden Reiz für Stottern wird durch »Gegenkonditionierung« flüssiges Sprechen gelernt.

Der Patient bemerkt schon geringe Verspannungen und lernt »umzustellen«, d. h. sich auf flüssiges Sprechen »einzustellen«. Der Patient wird nicht von seiner Sprechhemmung abgelenkt, wie bei anderen Übungsverfahren, sondern er wird mit ihr konfrontiert, er lernt sich steuern. Technische Lernhilfen sind dabei Ton-, Videoband und Spiegel.

Eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Symptomatik erfolgt außerdem durch die systematische Verhaltensanalyse. Sie besteht zum Teil aus täglichen Sprechkontrollen, mit denen die Auftretensbedingungen für Stottern in Kommunikationssituationen erfaßt werden. Die Selbstbeobachtung vermittelt dem Patienten Kenntnisse über die auslösenden, verstärkenden und reduzierenden Bedingungen des Stotterns in sozialen Situationen. Dem Stotternden gelingt es in der Folge leichter, von einem diffusen Störungsbewußtsein zu einer sachlicheren, aktiver die Sprechhemmung angehenden Verhaltensweise zu kommen. Die damit verbundene Einstellungsänderung gegenüber sich selbst und dem Stottern ist eine notwendige Voraussetzung für den Therapie-Erfolg.

#### *Behandlungsteil III: »Sprechübungen«*

Im Sprechübungsteil wird in kleinen, wohl dosierten Lernschritten das physiologisch richtige, flüssige Sprechverhalten eintrainiert. Auf »künstliche« Sprechhilfen wird verzichtet. Über mechanische Wortreihen, einfache Hauptsätze, Frage- und Antwortspiele wird das Sprechen langsam eingeübt. Die Anforderungen an das — viel Konzentration verlangende — flüssige Sprechen werden bezüglich der Länge und des Inhaltes gesteigert. Bei kurzen »Einkaufsübungen« u. ä. als Rollentraining in der Gruppe werden erste Schritte zur Übertragung des »neuen« Sprechens in reale Alltagssituationen getan.

#### *Behandlungsteil IV: »Systematische Desensibilisierung«*

Der »systematische Desensibilisierung in verschiedenen Realitätsstufen« genannte Therapieabschnitt entspricht einer von Wolpe (1972) entwickelten Methode zur Behandlung von Angstreaktionen. Bei Patienten mit stärker phobischen Reaktionen muß schon im vorsprachlichen Bereich der »Vorstellung von Situationen« mit dem Angstabbau begonnen werden.

#### *Behandlungsteil V: »Generalisierung«*

Der Behandlungsteil »Generalisierung« muß als wichtigster Therapieabschnitt angesehen werden. Die neue Sprechweise wird in fremder Umgebung und mit fremden Kommunikationspartnern geübt und zuletzt auf individuelle Angst- und Konfliktsituationen generalisiert.

Aus den täglichen Sprechkontrollen erstellte jeder Patient Hierarchien einzelner Kommunikationssituationen, in denen er Sprechschwierigkeiten bei sich beobachtete. In einem schrittweisen Annäherungsverfahren wird dann der Behandelte mit der realen Situation konfrontiert. Wir verlassen dazu selbstverständlich Therapiezimmer und Klinikbereich. Am besten wäre es, die Therapie in Form von Blockseminaren mehrere Wochen hintereinander in Jugend- oder Freizeitzentren durchzuführen. Mit zwei Versuchen dieser Art 1970 und 1971 hatten wir gute Erfolge. DAMSTE und SCHOENAKER berichten von ähnlichem Vorgehen. Bei diesem »in vivo«-Verfahren wird nicht nur Angst abgebaut und Anwendung flüssigen Sprechens erfolgreich erlebt, sondern auch neues Sozialverhalten gelernt.

Im Kontakt mit den Bezugspersonen der Behandelten — wir laden sie zu Therapie-sitzungen ein und bitten sie, Fragebogen auszufüllen — versuchen wir verhaltens-

ändernd auf diese einzuwirken. Mit ihnen gemeinsam überlegen wir, wie das »Verfremdungserlebnis« des Patienten, das er bei der Anwendung neuen Sprechens gegenüber vertrauten Personen hat, abgebaut werden kann.

*Behandlungsteil VI: »Nachsorge«*

Die therapeutische Nachsorge dient der Sicherung des Behandlungserfolges. Der Therapeut plant mit dem Therapiepartner noch eventuell nötige Schritte zum weiteren Abbau von Schwierigkeiten und versucht damit, Rückfällen vorzubeugen. Der Behandelte ist in der Lage, sich selbst zu steuern, er weiß um seine Sprechschwierigkeiten und deren Bedingtheit, und er hat Methoden gelernt, sie zu verringern. Der Therapeut hat dann nur noch beratende Funktionen. Er kann Hinweise geben, wo Sozialkontakte zu finden sind (z. B. Sprechbehinderten-Selbsthilfe e. V.) und wie eventuellen häuslichen und beruflichen Problemen begegnet werden kann. In vielen Fällen fehlt dem ehemaligen Stotterer noch die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu äußern und angemessen durchzusetzen. Ein »Selbstbehauptungstraining« ist daher eine wichtige Ergänzung dieser Therapie.

**Literatur:**

- Kanfer, F. H.: »Selbstkontrolle in der Verhaltenstherapie«; Vortrag, gehalten auf der 1. Tagung für Verhaltenstherapie in München 1969.
- Kanfer, F. H., und Saslow, G.: Behavior Diagnosis. In: Franks, C. M., Behavior Therapy: Appraisal and Status. N. Y. McGraw Hill, 1969, S. 414—444.
- Wendlandt, W. L.: Ein lernpsychologisch orientierter Beitrag zur Resozialisierung erwachsener Stotterer, Berlin, Marhold 1971.
- Wendlandt, W. L.: Ein verhaltenstherapeutischer Behandlungsplan für erwachsene Stotternde. Vortrag, gehalten auf dem 4. Kongreß der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e. V. und des Deutschen Berufsverbandes der Verhaltenstherapeuten e. V. in Münster 1972.
- Johnson, W.: Stuttering, in Johnson, W.; Moeller, D. (Ed.): Speech handicapped school children, New York 1967, S. 229—329.
- Skinner, B. F., und Holland, J. G.: Analyse des Verhaltens. Urban & Schwarzenberg, München 1972.
- Wolpe, J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Hans Huber Verlag, Bern 1972, S. 103—180.
- Yates, A. J.: The Application of Learning Theory to the Treatment of Tics. J. Abn. & Soc. Psychol. 56, S. 175.
- Damsté, P. H., und Schoenaker, T. J.; Zwaan, E. J.: Learning Principles applied to the Stuttering Problem. Folia Phon. 20, S. 327—341.
- Anschriften der Verfasserinnen: Rosa Zopf, Leitende Lehrlogopädin, 1 Berlin 37, Waldhüterpfad 60, und Maria Motsch, Diplom-Psychologin, 1 Berlin 12, Sybelstraße 66.

**Behandlung  
Bildung  
Erziehung**

**Sprach-  
behinderter**

**Tagungsbericht Heidelberg '72**

der Deutschen Gesellschaft  
für Sprachheilpädagogik e. V.  
112 Seiten, kartoniert, 23.- DM

Direkt zu beziehen vom Verlag

**Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50**  
Theodorstraße 41

H. Hoefert, Berlin

### Zur systematischen Verhaltensmodifikation und Sprachtherapie bei autistischen Kindern \*)

*Kurze Darstellung des klinischen Bildes des frühkindlichen Autismus und  
grundsätzliche Überlegungen zu einem verhaltensbezogenen diagnostischen Ansatz*

Als erster beschrieb KANNER (1943) den frühkindlichen Autismus als schwerwiegende Verhaltensstörung im Kindesalter. Bei dem von Kanner beschriebenen Syndrom stehen Rückzugerscheinungen, Unfähigkeit zu sozialem und sprachlichem Kontakt sowie Neigung zu Stereotypen im Vordergrund. Unabhängig davon beschrieb ASPERGER (1944) das klinische Bild der »autistischen Psychopathie«, die im wesentlichen schwerere Fälle umfaßt. Auf die Darstellung der — in der amerikanischen Literatur nicht gebräuchlichen — Unterscheidung beider Syndrome und der unterschiedlichen Hypothesen zur Ätiologie soll hier verzichtet werden.

Vor allem vom verhaltenstherapeutischen Standpunkt aus (z. B. LOVAAS, 1967) kann man von diagnostischen Klassifikationsversuchen absehen. Der Verhaltensdiagnostik liegt nicht der traditionelle medizinisch-psychiatrische Krankheitsbegriff zugrunde; vielmehr bemüht sie sich um eine funktionelle Analyse der Beziehung zwischen Organismus und Umwelt. In der therapeutischen Konsequenz bedeutet das, daß nicht der hypothetische Zustand »Schizophrenie« behandelt wird. Statt dessen richtet sich die Behandlung auf einige definierbare und beobachtbare Fehlverhaltensweisen, die unter dem Oberbegriff »Autismus« zusammengefaßt wurden. Durch die folgende Symptom-Liste soll verdeutlicht werden, was unter Verhaltensauffälligkeiten zu verstehen ist, die den frühkindlichen Autismus charakterisieren (vgl. WING, 1970):

- Schwierigkeit mit sprachlichen Begriffen und abnormer Sprachgebrauch.
- Mangelnde Kontrolle von Höhe, Lautstärke und Intonation der Stimme.
- Mangel im Gebrauch von Gesten, Mimik usw.; gleichzeitig Mangel in der Verarbeitung solcher Informationen aus der Umwelt.
- Indifferenz bis Abwehr gegenüber Personen.
- Widerstand gegen Veränderungen der gewohnten Umwelt.
- Unfähigkeit zu kreativem, phantasievollen Spiel.
- Im Kontrast zu mangelnden Fähigkeiten einige besondere Fähigkeiten auf anderen Gebieten, z. B. ungewöhnliches Erinnerungsvermögen, musikalische und rechnerische Fähigkeiten.

Zu den hier genannten Auffälligkeiten können noch weitere in verschiedenen Kombinationen hinzutreten.

*Die Grundlagen der Verhaltensmodifikation auf lerntheoretischer Basis*

Die Lerntheorie geht davon aus, daß alles Verhalten eines Organismus, auch Fehlverhalten, weitgehend durch Einflüsse der Umwelt gesteuert wird. Die Variablen, die ein Verhalten verstärken oder löschen, werden größtenteils von der sozialen Umwelt geliefert. Konsequenzen aus der sozialen Umwelt, die als positiv erlebt werden,

\*) Manuskript eines Vortrages, gehalten auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde am 2. Juni 1973 in Berlin.

lassen ein Verhalten in Zukunft häufiger auftreten; negative Konsequenzen lassen es seltener auftreten. Hat ein Verhalten keine Konsequenzen, dann tritt auch kein Lerneffekt ein. Je unmittelbarer eine Konsequenz einem Verhalten folgt, desto größer ist der Lerneffekt.

Im Einzelfall muß eine sorgfältige Analyse der jeweils bestehenden Beziehungen zwischen Verhaltensweisen und aufrechterhaltenden Konsequenzen erfolgen. Erst dann kann diese Beziehung und damit das Verhalten modifiziert werden. Die Wirksamkeit solcher operanten Techniken, die mit Lernen am Erfolg arbeiten, bei der Behandlung auch stark retardierter Kinder, ist in der verhaltenstherapeutischen Literatur durch zahllose Beispiele belegt. Als Literaturangabe hierzu GOTTWALD und REDLIN (1972); KUHLEN (1972).

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Bei autistischen Kindern, die in einer Klinik wegen fehlender, mangelhafter oder abnormer Sprachentwicklung vorgestellt werden, ist es in fast allen Fällen unmöglich, mit einer reinen Sprachtherapie zu beginnen. Meist sind therapeutische Bemühungen dringender, die auf Erleichterung der *Anpassung an die Umwelt* gerichtet sind (z. B. Erreichen von Sauberkeit, Selbständigkeit im Essen und Anziehen). Außerdem müssen zunächst grob störende und dem Sozialkontakt entgegengerichtete Verhaltensweisen wie Wutausbrüche, Selbststimulation, Festhalten an vertrauten Ritualen und Benutzen der sozialen Umgebung als Werkzeug abgebaut werden.

Praktisch wurde in dem Fall, der hier beispielhaft geschildert wird, zum Abbau von Wutausbrüchen die Methode des time-out (TO) in der häuslichen Umgebung angewendet. Das Kind wurde nicht beachtet und in eine leere Diele geschoben. Zunächst traten diese Wutausbrüche bei jedem Mißerfolgserlebnis täglich mehrmals (bis zu 20mal) auf. Häufigkeit und Dauer der Anfälle, auf die die Mutter vorher immer mit Nachgeben reagiert hatte, gingen unter dieser konsequenten Behandlung sehr rasch zurück.

Der Widerstand gegen neue Dinge und Situationen wurde durch konsequentes Nicht-Verstärken der Abwehrreaktion und durch schrittweises Einführen neuer Bedingungen abgebaut, z. B. erhielt das Kind, das vorher darauf bestand, zum Schlafen immer nur mit einem bestimmten Bademantel zugedeckt zu werden, konsequent diesen Bademantel nicht. Statt dessen wurde ihm einen ganzen Abend lang die Bettdecke angeboten, zunächst für die Füße, allmählich immer weiter, bis es sich ganz zudecken ließ. Dieses einmalige Durchbrechen der alten Gewohnheit reichte aus; es trat kein Rückfall in das alte Ritual mehr ein. Weitere, im täglichen Leben extrem störende Verhaltensweisen konnten mit dem gleichen Vorgehen abgebaut werden.

Nach dem Abbau störender Verhaltensweisen erfolgt in der Therapie als nächster Schritt — als Voraussetzung für den Spracherwerb — das *Training sozialer Verhaltensweisen* wie Aufnahme von Blickkontakt und Körperkontakt.

Als Hilfsmittel für das weitere Training werden zu diesem Zeitpunkt auch soziale Verstärker ausgebildet. Das heißt, Zuwendung und Lob sollen für das Kind einen angenehmen Charakter erhalten, damit sie später selbständig als Belohnung in der Therapie eingesetzt werden können.

In der Praxis wurde jeder Blickkontakt durch Süßigkeiten verstärkt. Jeder geduldete, später jeder selbst aufgesuchte Körperkontakt wurde ebenfalls mit gewünschter Nahrung belohnt. Dabei wurde gleichzeitig verbal gelobt. Nach einigen Sitzungen akzeptierte das Kind zunehmend mehr Lob als Verstärker. Nach einigen Wochen schien es Lob und manchmal Blickkontakt zu suchen. Materielle Verstärker wie Kuchen wurden immer unbedeutender.

Wenn das Kind bereit ist, Blickkontakt aufzunehmen und soziale Verstärker zu akzeptieren, dann besteht die nächste Stufe im Einüben von *Imitation*. Damit wird die unmittelbare Voraussetzung für die Einflußnahme auf das Sprachverhalten geschaf-

fen. Verhaltenstherapeutische Methoden hierzu sind prompting und fading. Das heißt, daß zunächst eine Hilfestellung, z. B. in Form von Handführen, gegeben wird, die allmählich ausgeblendet wird.

In unserem Fall mußte eine bereits vorhandene Imitationstendenz der Schwester gegenüber auf andere Personen der Umwelt generalisiert werden. Es wurde begonnen, indem Therapeutin, Ko-Therapeutin, Mutter, Schwester und Patient gemeinsam grob- und feinmotorische Bewegungen durchführten und Kinderlieder sangen. Die Beteiligung der Schwester wurde sukzessive reduziert (bei Sprache zunächst leiser, bei Motorik seltener) und wurde schließlich ganz eingestellt. Ohne spezielles Training begann das Kind, auch andere Erwachsene und Kinder zu imitieren. Nach einigen Monaten war es bereit, diesen Vorgang auch symbolisch zu vollziehen. Es aß z. B. eine bis dahin abgelehnte Speise, nachdem die Therapeutin geäußert hatte: »Alle Kinder essen so etwas!«

Auf der Stufe des *Sprachaufbaus* muß in den meisten Fällen, in denen bereits Sprachäußerungen vorhanden sind, die Echolalie-Tendenz abgebaut werden. Es findet ein Diskriminationstraining statt, in dem das Kind lernen muß, was imitiert werden darf und was nicht.

Praktisch kann man dieses Training in einem Frage-Antwort-Spiel durchführen nach der Formel »Frage nach Benennung — Benennung«. Zuerst wird die richtige Antwort noch vorgesprochen. Wiederholungen der Frage durch das Kind werden konsequent nicht beachtet. Eine richtige Antwort wird durch Lob verstärkt.

Wenn das Kind bereit ist, andere Personen zu imitieren, kann man zum Diskriminationstraining sehr effektiv das Modell-Lernen einsetzen. Gleichzeitig mit diesem Training kann zur Vergrößerung des Wortschatzes das Benennungstraining einsetzen. Der Therapeut spricht eine Bezeichnung für einen Gegenstand vor, die anschließende richtige Benennung durch das Kind wird belohnt.

Wenn das Kind eine gewisse Menge von Wörtern versteht, kann man mit dem *Aufbau von Spontansprache* beginnen. Es muß gelernt werden, daß Sprache ein Mittel zur Wunscherfüllung ist; gleichzeitig muß die Verwendung von Gesten, das Benutzen anderer Personen als Werkzeug abgebaut werden.

In unserem Fall wurde die Mutter angehalten, auf Gesten nicht mehr zu reagieren. Durch Beobachten des Verhaltens von Therapeutin und Ko-Therapeutin lernte sie, nur noch auf verbal geäußerte Anliegen des Kindes einzugehen. Nachdem anfangs in diesen Situationen gehäuft Wutanfälle produziert wurden, lernte das Kind sehr schnell, seine Wünsche verbal zu äußern.

Zum *Erlernen* von Sätzen werden zunächst alle Äußerungen ohne weiteren Kommentar korrekt im Satz wiederholt. Zuerst werden alle, auch agrammatische Sätze verstärkt. Allmählich geht man dazu über, nur noch korrekte Sätze zu belohnen.

In der Sprache autistischer Kinder findet sich häufig als auffallende Besonderheit ein verspäteter oder unrichtiger Gebrauch der Pronomen »ich« und »du«.

In unserem Beispiel hatte die Mutter früher die Gesten des Kindes mit Fragen wie »Willst du . . . ?« und »Hast du . . . ?« beantwortet. Diese Fragen hatte das Kind damals echolalisch übernommen, später wurden sie spontan geäußert. So drückte das Kind Wünsche in der Form »Willst du Saft?« dann in der Form »Du willst Saft« aus. Nachdem die Mutter instruiert worden war, solche Äußerungen mit »Manfred will Saft« zu kommentieren, begann das Kind, sich mit seinem Namen zu bezeichnen. In einem Benennungstraining unter Einbeziehung von Mutter und Schwester stieg die Häufigkeit des richtigen Einsatzes von »ich« und »du« stark an.

Durch das hier beschriebene systematische Training konnten außer den genannten noch weitere Fehlverhaltensweisen abgebaut und erwünschte Verhaltensweisen aufgebaut werden. Dieses Training konnte unter Einsatz einer Ko-Therapeutin im häuslichen Milieu durchgeführt werden. In dieser Umgebung finden sich die Personen,

die am wirksamsten als soziale Verstärker fungieren können. Außerdem zeigen retardierte und autistische Kinder dort spontan eine größere Reaktionsbereitschaft.

Wir glauben deshalb, daß eine systematische Behandlung in der natürlichen Umgebung wesentlich effektiver sein kann als eine Behandlung in der klinischen Situation.

#### Literatur:

Asperger, H.: Autistisches Verhalten im Kindesalter. Jahrbuch Jugendpsychiatrie und Grenzgebiete, Bd. 3, 1959.

Gottwald, P., und Redlin, W.: Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. 1972.

Kanner, L.: Autistic Disturbances of Effective Contact. J. Child Psychiatry, 1952.

Kuhlen, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter. 1972.

Lovaas, O. J.: A Behavior Therapy Approach to the Treatment of Childhood Schizophrenia. Child Psychol., 1967.

Wing, L.: What is an Autistic Child? Communication, 1970.

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Psych. H. Hoefert, 1 Berlin 37, Leo-Baeck-Straße 21.

### Ankündigung

#### Fortbildungslehrgang für Musikpädagogik

Die seit 1971 in regelmäßiger Folge veranstalteten Fortbildungslehrgänge über »Elementare Musikpädagogik — rhythmisch-musikalische Erziehung — Musiktherapie« durch die Zentralstelle für das Orff-Schulwerk in der Bundesrepublik Deutschland in Zusammenarbeit mit einer baden-württembergischen Arbeitsgruppe und der Abteilung für Stimm-Sprach-Störungen und Pädoaudiologie der Universitäts-HNO-Klinik Heidelberg werden in diesem Jahr mit dem 5. Lehrgang im Martin-Butzer-Haus in Bad Dürkheim fortgeführt.

Die Lehrveranstaltung wendet sich an Personenkreise, die an der praktischen Umsetzung des elementaren Musizierens und moderner Realisationspraktiken von Musik, Sprache, Spiel und Bewegung in ihr Berufsfeld interessiert sind (Pädagogen, Behindertenpädagogen, Logopäden, medizinisches Personal, Heilhilfsberufe, Sozialberufe).

Thematische Schwerpunkte des Arbeitsprogramms sind u. a.: Grundlagen und Arbeitsweisen der elementaren Musik-, Sprech- und Bewegungserziehung — Strukturen ästhetischer Kommunikation als moderne Elementaria — Schall-Klang-Geräuschspiel-Training der sensorischen Wahrnehmung — Klangkinetische Graphik und intuitives Malen — Non-verbale Kommunikation und Interaktionsspiel, Gruppenimprovisation, Pantomime — Lichtkinetik und multimediale Spielformen — Konzentrations- und Kontaktübung — Autoinduktive Tonusbalance und rhythmisches Bewegungstraining.

Leitende Referenten: Dr. Werner Thomas (Heidelberg) und Dr. Claus Thomas (Freiburg im Breisgau).

Der Lehrgang beginnt am Mittwoch, 12. Dezember (16.00 Uhr), und endet am Sonntag, 16. Dezember, mittags. Auskunft und Anmeldung bei Frau Ute Bergauer, Abt. für Stimm-Sprach-Störungen u. Pädoaudiologie. Universitäts-HNO-Klinik, 69 Heidelberg.

Hildegard Schäfer

#### Bildwortserie zur Lautagnosieprüfung und zur Schulung des phonematischen Gehörs

Das Prüfmittel besteht aus 44 Bildtafeln DIN A 4, einem Satz Kontrollblätter (25 Stück), Begleitschrift. Gesamtpreis 35,- DM.

Zu bestellen bei **Hildegard Schäfer, 63 Gießen, Hasenpfad 8.**

### Sprachheilpädagogische Einrichtungen in Hamburg

Das Hamburger Sprachheilwesen befindet sich seit einigen Jahren in einer Phase der Neuorientierung. Die Gründe für das Suchen nach besseren Organisationsformen sind verschiedener Art:

1. Kritik am historisch gewachsenen System, dem Einsatz der Sprachheillehrer und dem Verhältnis von Unterricht zu Therapie.
2. Weitere Verlagerung des Schwerpunkts der sonderpädagogischen Maßnahmen in die Zeit vor der Einschulung und die ersten Schuljahre.
3. Die Betonung des Charakters der Sprachheilschule als Durchgangsschule, damit verbundene Überlegungen für eine frühzeitige Rückschulung in die allgemeine Schule.
4. Forderungen nach einer Integration Behinderter in allgemeine Schulen bei gleichzeitigen sonderpädagogischen Maßnahmen, also nach Möglichkeit das Vermeiden der Aufnahme in die Sonderschule.
5. Die zunehmend größere Zahl von qualifizierten Sprachheillehrern auch an anderen Sonderschulformen (z. B. an Schulen für Lern-, Geistig- und Körperbehinderte).

Diese Entwicklung wurde unterstützt durch die Einrichtung von Sondertagesheimen für sprachbehinderte Kleinkinder. Die Erfolge dieser frühen Therapie sind bereits jetzt spürbar und werden sich in den nächsten Jahren weiter auswirken:

- a) Viele Kinder aus diesen Sondertagesheimen können normal eingeschult werden.
- b) Die Zahl der »schweren« Fälle hat sich verringert, da die Therapie rechtzeitig einsetzte.

Der folgende Bericht soll einen Überblick über die bestehenden Einrichtungen und den Umfang ihrer Arbeit sowie über die künftige Planung geben.

#### 1. Sondertagesheime

Hamburg besaß 1972 15 staatliche Tagesheime für behinderte Kinder mit 363 Plätzen, dazu 8 Heime freier Träger mit 88 Plätzen. Davon waren 6 staatliche Heime mit 135 Plätzen und 2 freie Einrichtungen mit 20 Plätzen für Sprachbehinderte.

Im Bau befindlich oder bis 1976 geplant sind 6 weitere staatliche Sondertagesheime für Sprachbehinderte mit 204 Plätzen. Dafür wird ein Heim mit 24 Plätzen aufgegeben. Voraussichtlich können also bis 1976 in den 11 staatlichen Heimen 315 sprachbehinderte Kinder betreut werden.

Die staatlichen Heime sind dem Amt für Jugend unterstellt. Sprachheillehrer arbeiten nebenamtlich oder im Rahmen ihrer Pflichtstunden als Therapeuten zusammen mit den Sozialpädagogen, die die Heime leiten. Die Sprachheileinrichtungen im vorschulischen und im schulischen Bereich stehen in enger Verbindung. Auch die räumliche Nähe Heim — Schule wird angestrebt. So wird bei der Planung neuer Sonderschulen stets geprüft, ob auch der Bau eines Sondertagesheimes notwendig ist.

Ein Vollheim für noch nicht schulpflichtige sprachbehinderte Kinder (15 Plätze) wird in Ahrensburg unterhalten (freier Träger).

Die Einweisung der Kinder erfolgt durch die Beratungsstelle für Blinde, Seh-, Hör- und Sprachbehinderte bei der Gesundheitsbehörde.

## 2. Schulen

Hamburg hat 6 Schulen für Sprachbehinderte (Sprachheilschulen) von verschiedener Größe und Struktur. Alle führen Grundschulklassen, zum Teil in Parallelzügen, einige auch Hauptschulklassen. An einer Schule besteht ein Realschulzug. 5 Sprachheilschulen haben zur Zeit 8 Außenstellen. Die Soll-Frequenz der Klassen beträgt noch 16 (KMK-Empfehlung 12), kann aber aus verschiedenen Gründen nicht innegehalten werden. Angleichung an die KMK-Empfehlung ist ab 1975 vorgesehen. Die Stundentafeln sehen für jede Klasse 4 besondere Therapiestunden vor. Die Schulen sind Halbtagschulen. Die Umwandlung in Ganztagschulen wird angestrebt und, sobald die räumlichen und personellen Voraussetzungen geschaffen sind, schrittweise vollzogen.

Der Durchgangscharakter der Sprachheilschule ist aus dem Aufbau des Systems ersichtlich, der als flexibel anzusehen ist und die Entwicklungstendenzen erkennen läßt: Stand Schuljahr 1972/73:

	Stufe	Klassen	Schüler	Klassenfrequenz
Volksschule	1	14	203	14,5
	2	11	159	14,5
	3	8	116	14,5
	4	6	88	14,7
	5	3	51	17,0
	6	3	45	15,0
	7	3	43	14,3
	8	3	46	15,3
	9	2	22	11,0
	B 1 *)	4	38	9,5
	B 2 *)	2	20	10,0
		59	828	14,0
Realschule		5	61	12,2
Schulkindergarten **)		9	122	13,6

\*) Beobachtungsklassen für Schwerbehinderte, schwer mehrfach Behinderte, Fälle mit noch ungeklärter Diagnose.

\*\*) Etwa ein Drittel der Kinder ist wegen der Sprachstörung vorzeitig aufgenommen.

Die meisten Kinder besuchen die Schule weniger als 2 Jahre. Bei etwa der Hälfte aller Schüler der Klassen ab Stufe 5 hat sich die Aufnahme erst später als notwendig erwiesen.

Für die Durchführung der Arbeit stehen insgesamt 94 Lehrkräfte zur Verfügung, davon 72 ausgebildete Sprachheillehrer (Studienräte a. S.), 3 Fachlehrer, 7 Lehrer in der Probezeit vor dem Ergänzungsstudium und 10 Sozialpädagogen. 15 Lehrer befinden sich im Sonderschullehrerstudium, davon studieren 9 Hörgeschädigtenpädagogik als zweites Fach.

## 3. Außenstellen

An den genannten 8 Außenstellen sind 18 Lehrer und 4 Sozialpädagogen eingesetzt. Sie leiten 14 Klassen (bis zum 2. Schuljahr) und 4 Schulkindergärten und führen Beratung und ambulante Behandlung durch. Durch das Netz der Außenstellen werden auch Kinder jüngerer Jahrgänge, die in verkehrsmäßig ungünstigen Stadtteilen wohnen, erfaßt.

## 4. Beratung und Ambulanz

Soweit neben der Therapie und dem Unterricht in den Klassen Zeit zur Verfügung

steht, sind Schulleiter und Sprachheillehrer in der Beratung und ambulanten Behandlung eingesetzt. Für diese Arbeit sind besondere Planstellen vorhanden.

Die Kinder werden im allgemeinen von den Eltern, Schulen, Schulärzten, ärztlichen Dienststellen und Fachärzten gemeldet oder in Reihenuntersuchungen in allgemeinen Schulen von Sprachheillehrern erfaßt. Im vergangenen Schuljahr meldeten die Sprachheilschulen insgesamt 966 Beratungs- und 2636 Behandlungsfälle (mit im Durchschnitt zwischen 3 und 12 Behandlungen). 55 % dieser Arbeit wurden in den Außenstellen geleistet.

Damit waren in Hamburg 0,5 % aller vollschulpflichtigen Kinder in Sprachheilschulen, 1,3 % in Beratung oder Behandlung (noch nicht schulpflichtige Kinder sind in diesen Angaben nicht enthalten). Diese Zahlen liegen eindeutig über den in der KMK-Empfehlung genannten Werten (0,5 % in Sprachheilklassen, zu errechnen aus der Schülerzahl der Klassen 1—6, und 1 % ambulant Therapiebedürftige, zu errechnen aus der Schülerzahl der Klassen 1—4).

Nur den Außenstehenden werden diese Zahlen als zu hoch erscheinen. Die Ambulanz-Wartelisten der Schulen und ihrer Außenstellen enthalten etwa 500 Fälle. Konsequente und lückenlose Reihenuntersuchungen in den Kindergärten und Schulen würden diese Zahlen ganz wesentlich erhöhen, wie es einige Erhebungen bestätigten.

##### 5. Planung

Die sprachheilpädagogischen Einrichtungen in Hamburg sollen sich den jeweiligen Bedürfnissen anpassen. Außenstellen werden demnach nach Möglichkeit im Anschluß an allgemeine Schulen eingerichtet. Sie werden wieder aufgegeben oder an andere Stellen verlegt, wenn dies erforderlich wird.

Die Zahl der Oberklassen wird bewußt klein gehalten entsprechend der Tendenz, den Schwerpunkt in der Grundschularbeit weiter zu verstärken. Alle Oberklassen einschließlich des Realschulzuges werden an der neuen zentralen Sprachheilschule konzentriert, deren Bau bevorsteht.

Es wird geprüft, ob Vorschularbeit auch an den Sprachheilschulen zu leisten ist und gegebenenfalls durch Umwandlung von Schulkindergärten erreicht werden kann. Hier müssen allerdings auch Erfahrungen abgewartet werden, die sich nach dem endgültigen Ausbau des Sondertagesheimsystems ergeben.

Eine Erweiterung der Beratung, Frühbehandlung, Ambulanz und nachgehenden Betreuung ist vorgesehen. Dabei sollen neben der individuellen Behandlung Gruppentherapieverfahren (auch in Spielkreisen) Berücksichtigung finden.

Für jeden Schulaufsichtsbezirk sollte ein Sprachheillehrer zur Verfügung stehen, der Reihenuntersuchungen in den Schulen seines Bezirks durchführt und in Beratung und Ambulanz »am Ort« tätig wird. Zur Zeit bestehen keine Planstellen für Sprachheillehrer an anderen Schularten, z. B. Gesamtschulen.

Eine ausreichende schulfachärztliche Beteiligung ist noch nicht erreicht. Ebenso sind noch keine Planstellen für Psychologen, die als Therapeuten in den Schulen arbeiten, vorhanden. Der schulpsychologische Dienst ist jedoch in der Lage, dem Bedarf entsprechend Diagnosen zu erstellen. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachkliniken ist gut.

Insgesamt kann gesagt werden, daß nach der Umstrukturierung und dem Erreichen der angegebenen personellen Verbesserungen die Versorgung sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher in Hamburg befriedigend gesichert ist.

Anschrift des Verfassers: Joachim Wiechmann, Oberschulrat, Leiter der Schulaufsicht über die Hamburger Sonderschulen, 2 Hamburg 62, Wittekopsweg 35.

## Entwicklung der Sonderschulen der Bundesrepublik

Vergleich der Jahre 1961 und 1971

	1961			1971		
	Schüler	Klassen	Lehrer	Schüler	Klassen	Lehrer
Baden-Württemberg	16 358	834	978	55 226	3 422	4 493
Bayern	14 609	704	726	46 158	2 553	2 552
Berlin	9 490	517	583	11 667	809	953
Bremen	3 342	192	190	4 431	318	413
Hamburg	8 357	434	513	10 405	677	835
Hessen	9 341	452	508	27 504	1 820	2 180
Niedersachsen	15 558	806	712	37 885	2 408	2 614
Nordrhein-Westfal.	52 260	2 484	2 215	114 259	6 702	7 104
Rheinland-Pfalz	5 630	277	297	13 821	928	1 163
Saarland	1 861	88	98	6 671	383	445
Schleswig-Holstein	9 009	463	426	17 233	1 099	1 034
Bundesgebiet	145 815	7 251	7 246	345 260	21 119	23 786
	(Meßzahl 100)		(Meßzahl 100)	(Meßzahl 237)		(Meßzahl 328)
Gesamtzahl für Bundesgebiet						
	8 640 694	278 169	263 645	11 275 673	381 910	410 408
	(Meßzahl 100)		(Meßzahl 100)	(Meßzahl 130)		(Meßzahl 156)

	1961		1971	
	Kl.-Frequ.	Sch.-L.-Relation	Kl.-Frequ.	Sch.-L.-Relation
Baden-Württemberg	19,6	16,7	16,1	12,3
Bayern	20,8	20,1	18,1	18,1
Berlin	18,4	16,3	14,4	12,2
Bremen	17,4	17,6	13,9	10,7
Hamburg	19,3	16,3	15,4	12,5
Hessen	20,7	18,4	15,1	12,6
Niedersachsen	19,3	21,9	15,7	14,5
Nordrhein-Westfal.	21,0	23,6	17,0	16,1
Rheinland-Pfalz	20,3	19,0	14,9	11,9
Saarland	21,1	19,0	17,4	15,0
Schleswig-Holstein	19,5	21,1	15,7	16,7
Bundesgebiet	20,1	20,1	16,3	14,5

Diese Zahlen sind interessant und zeigen bedeutende Verbesserungen im gesamten Sonderschulwesen. Sie gestatten auch gewisse Vergleiche der Anstrengungen der einzelnen Bundesländer. Gleichwohl bedürfen sie der Interpretation, wenn diese Vergleiche eine kritische Wertung beinhalten sollen. Dazu wäre es u. a. erforderlich, den Anteil der einzelnen Sonderschularten, die Anzahl ihrer Schüler, die Soll- und Istfrequenzen und die Zahlen ausgebildeter Sonderschullehrer in den Ländern zu kennen.

Die Angaben sind der Dokumentation Nr. 37 der KMK (November 1972) entnommen.

Wi

### Neue Ausbildung für Sonderschullehrer in Hamburg

Zum Wintersemester 1973/74 wird an der Universität Hamburg die »Grundständige Sonderschullehrer-Ausbildung« geschaffen.

Der Senat wird die Bürgerschaft bitten, zum Semesterbeginn zwei Professorenstellen und eine Stelle für einen Wissenschaftlichen Assistenten zu bewilligen.

Die Zulassungsquote für Studienanfänger für die grundständige Sonderschullehrer-Ausbildung ist in der Fachrichtung Lernbehindertenpädagogik auf 60, in den Fachrichtungen Sprachbehindertenpädagogik und Verhaltensgestörtenpädagogik auf je 30 fest-

gesetzt worden. Die Studenten sind gehalten, in den Kombinationen Lernbehindertenpädagogik / Sprachbehindertenpädagogik oder Lernbehindertenpädagogik / Verhaltensgestörtenpädagogik zu studieren. Es können mithin 60 Studenten in das kommende Semester aufgenommen werden.

Ausnahmsweise können nach näherer Maßgabe der noch zu erlassenden Prüfungsordnung einzelne Studenten in einem grundständigen Studium auch in anderen sonderpädagogischen Fachrichtungen zugelassen werden.

Die bisherige Ausbildung in Form des Aufbaustudiums wird neben der neuen Ausbildung weiterhin angeboten. WI

## Aus der Organisation

### Direktor i. R. Karl Trümper erhielt das Bundesverdienstkreuz

Am 12. Juli 1973 wurde Direktor i. R. Karl Trümper in der Aula der Hermann-Gutzmann-Schule, Mannheim, durch Bürgermeister David das vom Bundespräsidenten verliehene Bundesverdienstkreuz überreicht. Damit wurde die Arbeit eines Mannes gewürdigt, der als Taubstumm- und Sprachheillehrer sich um das Sonderschulwesen und die Behindertenfürsorge unseres Landes verdient gemacht hat.

Karl Trümper, der am 26. Dezember 1972 seinen 70. Geburtstag feiern konnte, legte 1921 sein Lehrerexamen und 1927 seine Taubstummlehrerprüfung ab. Über die Taubstummenanstalten Meersburg und Heidelberg kam er 1931 an die Schwerhörigen- und Sprachheilschule Mannheim, wo er als Lehrer und seit 1953 als Schulleiter bis zu seiner Pensionierung tätig war.

Vielfältig war sein Wirken. In der Schule wußte Herr Trümper, den Kollegen oft scherzhafterweise den Pestalozzi der Schwerhörigen und Stotterer nannten, sein pädagogisches Können und seine künstlerische Begabung — er war vor seiner Taubstummenlehrertätigkeit auch Lehrer an der Goldschmiedeschule in Pforzheim gewesen — mit einem bescheidenen, humorvollen Wesen zu verbinden, so daß er leicht den Weg zu den Herzen der Schüler und Mitmenschen fand.

Unter seiner Leitung begannen in Mannheim die ersten Sprachheilkurse in Baden-

Württemberg, in denen Kinder bereits im Vorschulalter sprachtherapeutisch behandelt wurden. Auf seine Initiative hin bekam die Schule 1963 ein eigenes Schulgebäude, in dem durch Aufnahme der ersten Spastikerklasse in Mannheim auch die Beschulung körperbehinderter Kinder eingeleitet wurde. Heute ist daraus eine selbständige Körperbehindertenschule entstanden.

Unermüdllich hat Karl Trümper sich immer für die Behinderten eingesetzt und war auch außerhalb der Schule stets für sie und ihre Belange da. Im Gehörlosen- und Schwerhörigenverein wirkte er beratend und aktiv mit, half die Landesgruppe Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik gründen und führte die Taubstummfürsorge durch, angefangen von der Wohnungs- und Arbeitsvermittlung bis hin zur Dolmetschertätigkeit am Gericht. In den Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg war diese Aufgabe sehr aufreibend, weil gerade die Gehörlosen von der Arbeitslosigkeit hart betroffen und in großer Wohnungsnot waren. Auch in der Gehörlosen-seelsorge half Karl Trümper mit, indem er während des Dritten Reiches die evangelischen Gottesdienste leitete und die Predigt für die Tauben hielt. Dazu gehörte in jener Zeit viel Mut und eine überzeugte demokratische Gesinnung.

Bei der Feierstunde konnte Karl Trümper viele Dankesworte und Glückwünsche entgegennehmen, denen wir uns anschließen möchten.

Hans Zimmermann

## Bücher und Zeitschriften

**D. Trautmann und K.-H. Hahn: Übungsblätter zur Sprachbehandlung mit Bildern** für Lispler, Sch-Stammler und Sch-Lispler. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50. 40 Seiten, broschiert 2,80 DM.

Das neue Übungsheft, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., kann zu einer wertvollen Unterstützung der Arbeit mit Vorschulkindern innerhalb der ambulanten Frühbetreuung werden. Bislang wurde vielfach in diesem Bereich auf Übungsmaterial zurückgegriffen, das eigentlich für die Sprachbehandlung älterer Kinder und Erwachsener angelegt worden war.

Hier ist nun konsequent der Grundgedanke durchgeführt worden, das Kind über eine phasenentsprechende Motivation (Bild) zum üben Sprechens anzuregen. Die Schwarzweiß-Ausführung der Zeichnungen, die zum Ausmalen anregen soll, dürfte bewirken, daß das Kind sich mit »seinem« Buch bei fortschreitender Übung zunehmend identifiziert. Wenn nur die Gegenstände ausgemalt werden dürfen, welche gut artikuliert werden können (Belohnung), kann dem Kind auch optisch der sprachliche Fortschritt deutlich gemacht werden, und die Farbigekeit kann außerdem der Kontrolle des jeweiligen Sprachstatus dienen.

Die Zeichnungen sind schematisiert, was durchaus sinnvoll für die dahinterstehende Absicht ist. Sie sind im allgemeinen suggestiv und nur da, wo sie das Gegenständliche verlassen (z. B. Kuß), nicht immer spontan erkennbar.

Das besondere Augenmerk mußte auch einer phasenentsprechenden Wortauswahl gelten. Diese ist im wesentlichen auch gelungen; fehlen könnten lediglich Wörter wie: Zirkel, Zapfen, Westen und Osten, Sichel, Sense.

Ungewöhnlich erscheint zunächst der Beginn des Sprachkurses vom Z aus. Da jedoch solche Übungshefte den Eltern nicht kommentarlos mitgegeben werden können, sondern üblicherweise während der Behandlung des Kindes erläutert und für den speziellen Fall ergänzt werden, bietet dieses Heft die Möglichkeit, gegebenenfalls eine andere Reihenfolge der Übungen zu wählen und anzubieten.

Wünschenswert wäre bei einer Zweitaufgabe ein Absetzen der drei verschiedenen Arbeitsbereiche: S / Sch / gemischte Übungen im Satz — durch je eine Hinweisseite zwischen den einzelnen Abschnitten.

In dem Bemühen um Effektivität in der ambulanten Frühbehandlung kann das neue Heft schon jetzt als wertvolle Hilfe empfohlen werden, da es die Sprechbereitschaft des Kindes anregt und den Eltern hilft, dem Übungsauftrag im Hause nachzukommen.

*Joachim Radtke*

**Behandlung, Bildung, Erziehung Sprachbehinderter.** Vorträge und Berichte über die Diskussions- und Arbeitsgruppen der 10. Arbeitstagung vom 27. bis 30. September 1972 in Heidelberg. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50. 112 Seiten, kartoniert 23,— DM.

Die Sammlung der Vorträge und der Berichte von den Arbeitsgruppen des Heidelberger Kongresses läßt das Bemühen erkennen, über verschiedenartige fortschrittlich erscheinende Ansatzpunkte und Bemühungen von Pädagogen, Psychologen und Medizinern bei der Behandlung Sprachbehinderter zu informieren und damit wertvolle Anregungen für die Praxis nicht nur des Sprachheillehrers zu geben.

Ungewohnt hohe Erfolgsquoten durch Hypnose-Behandlung (W. Dogs, S. 59; G. Kittel, S. 61) lassen ebenso aufhorchen wie ungewohnt »schonungslos« erscheinende Gespräche mit Stotterern über das Stottern und bewußte Stotterübungen zur Überwindung des Stotterns (A. Keese: Amerikanische Therapieansätze). Technische Hilfsmittel und Arbeitsmittel werden vorgestellt (Zuckrigl, S. 38, H. Bruchhold, S. 50, Orthmann: PLP-Gerät, S. 79; Bangen: Sprachlabor, S. 92) und geben dem Praktiker der Schule Hoffnung auf wesentliche Hilfen bei der Diagnose und Therapie von Sprachbehinderungen, insbesondere aber auch der LRS. Die Biokybernetische Behandlung des Stotterns wird zur Diskussion gestellt (S. 28 und 99). Über den Stand der Richtlinienarbeit für Sprachheilschulen wird informiert. Grundsätze der rhythmisch-musikalischen

Erziehung (S. 15), der Psychohygiene (Hartmann, S. 27), der psychoanalytischen Erziehung (S. 91), der Stimmhygiene (Lotzmann, S. 44) und der Kritischen Arbeitslehre (Schulze, S. 66) setzen weitere Akzente des Buches, das durch reichliche Literaturangaben zum weiteren Studium einzelner Fragen anregen möchte und durch Adressenangaben den Kontakt zu den Referenten eröffnen kann.

Rolf Mosebach

**Herderbücherei, Pädagogik, Band 9002: Begabung und Lernerfolg in der Schule.** Überarbeitete Beiträge aus »Der Lernprozeß«. Herausgegeben vom Willmann-Institut. Verlag Herder, Freiburg im Br. 1973. 142 Seiten, kartoniert 5,90 DM.

**Herderbücherei, Pädagogik, Band 9003: Erziehung zum kritischen Lesen** von Gisela Oestreich. Verlag Herder, Freiburg im Br. 1973. 160 Seiten, kartoniert 7,90 DM.

Mit diesen beiden Bänden können auch wir unseren Lesern eine neue Serie der Herderbücherei »Pädagogik für die Praxis« vorstellen, die im noch halbwegs preiswerten Taschenbuchformat pädagogisch-wissenschaftliche Ergebnisse und Erkenntnisse dem Schulpraktiker nahebringen will.

Der zuerst aufgeführte Band bringt folgende Beiträge: »Aspekte einer Theorie des Unterrichts« von Hans-Karl Beckmann — »Soziologie der Schule« von Heinrich Ebel — »Begabungserkennung, Begabungswekung, Begabungspflege« von Robert Burger — »Programmiertes Lehren und Lernen. Voraussetzungen, Möglichkeiten, Grenzen« von Fritz Loser — »Probleme des lebendigen Unterrichts« von Franz Pöggeler — »Lebendiger Unterricht an Gymnasien« von Robert Burger — »Lernen mit Hilfe von Interpretationsmedien« von Erich Wasem.

Alle Beiträge wollen wichtige gesicherte Forschungsergebnisse für eine neue Didaktik und für neue Lehr- und Lernmethoden vermitteln, wobei wohl in der Beitragsauswahl des Bandes zumindest in einem gewissen Sinne unser pluralistisches Gesellschafts- und Wissenschaftssystem ganz gut zum Ausdruck kommt, jedoch eine Auseinandersetzung mit Beiträgen etwa aus neomarxistischer Sicht aber nicht möglich ist, weil es solche für die Herausgeber anscheinend nicht zu geben scheint.

Das zweite Buch beschäftigt sich mit der

»Kinder- und Jugendliteratur zwischen Leitbild und Klischee« (Untertitel) und ist eine Originalausgabe, also erstmals als Herder-Taschenbuch veröffentlicht. Die Verfasserin fragt u. a., was das eigentlich für Bücher sind, die heute unserer Jugend angeboten werden, und wie sie die Entwicklung dieser Jugend beeinflussen. Gisela Oestreich kommt zu dem Schluß, daß viele Buchinhalte sozusagen bis zum Kitsch hin das wahre Leben und unsere Wirklichkeit zum Teil vergrößern, zum Teil verharmlosen, fast immer aber verfälschen. Als aufrüttelndes Beispiel kann für jeden Sonderschullehrer besonders der Abschnitt 3 »Das Bild des Außenseiters« (Seite 73—81) gelten, worin untersucht wird, wie das kranke oder behinderte Kind in der Kinder- und Jugendliteratur dargestellt wird. Es ist erschütternd, wenn man liest, was allein in diesem Bereich Gisela Oestreich an Klischees und Vorurteilen gefunden und zusammengetragen hat: Angesichts dieser Flut schiefer oder gar falscher Behindertenbilder, die durch die hier trefflich analysierte Jugend- und Kinderlektüre verbreitet werden, muß jede sachangemessene Aufklärung beinahe als Sisyphusarbeit angesehen werden.

Arno Schulze

**Zentralverband für Logopädie, 1. Jahreshaft 1973**, zusammengestellt von B. Böllhoff, 140 Seiten, geheftet 12,— DM. Bestellung an Fräulein Plöger, 67 Ludwigs-hafen, Bremserstraße 79.

Der Jahresbericht enthält die Vorträge der Tagungen 1971 in Bad Reichenhall und 1972 in Mainz. Thema der Reichenhaller Tagung war die Stimme (Untersuchungen, Störungen, Therapie). Vorträge: Pascher, Vlachos, Frank, Brand, Spiecker-Henke, Nolda, Hartert, Oswald. Der letzte Vortrag behandelte Probleme der akustischen Agnosie.

Themen der Mainzer Tagung waren u. a.: Sprachentwicklung, Spracherwerb, Mehrfachbehinderungen, Hirnschädigungen, logopädische Probleme der Kinderpsychiatrie. Vorträge: Klinghammer, Stabenow, Lindemann, Weikert, Rott.

Ein großer Teil der Vorträge dürfte auch für den Sprachheilpädagogen von großem Interesse sein. Die Anschaffung für Lehrerbibliotheken der Schulen für Sprachbehinderte wird empfohlen.

WI

**A. R. Luria: »Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen.«** (In deutscher Sprache von Weigl, Heinz, Schulze; 2. Auflage.) VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1970. Etwa 600 Seiten, 50,— DM.

Das 1. Kapitel behandelt »Höhere psychische Funktionen und Gehirn«, das 2. Kapitel »Die Störungen der höheren kortikalen Funktionen bei lokalen Hirnschädigungen«, das 3. Kapitel »Untersuchungsmethoden der höheren kortikalen Funktionen bei lokalen Hirnschädigungen«; es folgen eine Zusammenfassung, ein 20 Seiten langes Literaturverzeichnis, ein Sachregister und ein Personenregister.

Das Werk ist in russischer Sprache erschienen, ins Englische, Italienische und Deutsche übersetzt worden, es wird auch in Spanisch, Französisch und Japanisch erscheinen. Das monumentale Werk des Mediziners und Psychologen Luria spricht Neurologen, Psychologen, Pädagogen, Neurochirurgen, Psychiater, Neurophysiologen, Neuro-Anatomen, Linguisten an. Er stützt sich auf die Lehren von Pawlow, Bernstein und weiteren Hirn-Anatomen, -Physiologen und -Pathologen.

Die höheren psychischen Funktionen betrachtet Luria als organisierte, über den ganzen Kortex verteilte dynamische, in der sozialen Kommunikation ontogenetisch zustande gekommene »funktionelle Hirnorgane«. Grundstörungen beeinträchtigen die Dynamik der psychischen Prozesse funktioneller Hirnsysteme (aus dem Vorwort).

Dieses Standardwerk der Weltliteratur des international anerkannten Autors Luria gehört in die Hand jedes Heilpädagogen. Vor allem sollten es die Institute der Sonder- und der Sprachgeschädigtenpädagogik zur Grundlage ihrer Pflichtvorlesungen machen,

damit der bedenkliche Rückstand in der Aphasietherapie aufgeholt wird. Es ist nicht länger vertretbar, daß Aphasietherapie von unvorgebildeten »Therapeuten«, Berufsfremden und medizinischem Hilfspersonal erteilt wird; in den USA darf es nur der »Speechpathologe« nach einem zehensemestrigen Fachstudium, abgeschlossen mit dem Master's Degree. Es muß ein ernstes Anliegen aller verantwortlichen Stellen sein, den katastrophalen Mangel an Fachpädagogen für Aphasietherapie zu beseitigen, zumal die Industriegesellschaft jährlich zehntausend Aphasiker liefert, die sprachtherapeutisch unbetreut dahinkegeln.

*Helmut Ruge*

**Johannes Michels: Frühe Spracherziehung für hörgeschädigte und sprachentwicklungsgestörte Kinder.** In Anlehnung an den John-Tracy-Clinic Correspondence Course of Parents of Preschool Deaf Children. Herausgegeben von Armin Löwe. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg 1973. 55 Abbildungen, 356 Seiten, kartoniert 27,— DM.

Ein gutes Buch für Eltern und Erzieher hör-, sprach- und geistiggeschädigter Kinder. Es wird vom Autor und vom Herausgeber für diese Behinderten bis etwa zum 5. Lebensjahr empfohlen, kann aber ohne weiteres auch für ältere, bisher nicht oder kaum sprechende Geistigbehinderte hohen Nutzen haben. In der Form eines Lehrganges geschrieben, vermittelt es in seinen einzelnen Lehreinheiten vielfältige Möglichkeiten, das Absehen, ein aufmerksames und gezieltes Hinhören, einen umfangreicheren Wortschatz und das erste aktive Sprechen dem behinderten Kinde zu lehren. Zahlreiche Lernspiele unterstützen trefflich die in diesem Buch angeregten Sprachbildungs- und Sprachausbildungsmethoden.

*Arno Schulze*

#### Anzeigenaufträge

bitten wir unmittelbar an den Verlag der »Sprachheilarbeit« heranzutragen. Annahmeschluß für Anzeigen ist der 1.2., 1.4., 1.6., 1.8., 1.10., 1.12. für die jeweils im gleichen Monat erscheinende »Sprachheilarbeit«.

Stellenanzeigen werden mit 1.40 DM je Millimeter Höhe berechnet.

Gewerbliche Anzeigen:

1/1 Seite 300,— DM, 1/2 Seite 150,— DM, 1/4 Seite 75,— DM.

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

**Die Stimm- und Sprachabteilung  
der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Tübingen**

sucht dringend

## **2 Logopädinnen**

Infolge des sehr großen Einzugsgebietes ist die Arbeit vielseitig und interessant.

Selbständiges Arbeiten und Freizügigkeit in der Arbeitseinteilung.  
Eigener Arbeitsraum.

Bei Interesse Weiterbildung in Stimmtherapie möglich.

Bezahlung erfolgt nach BAT.

Bewerbungen an die Abteilung für Stimm- und Sprachstörungen der  
Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Tübingen, z. H. von Herrn Prof. Dr.  
H. Breuninger.

### **Die Sprachheilarbeit**

erscheint bereits im 18. Jahrgang. In den seither erschienenen Heften sind zeitlose fachwissenschaftliche und praxisnahe Beiträge zu finden, die eine wertvolle Hilfe für Sprachheilpädagogen und Fachärzte darstellen.

### **Hefte älterer Jahrgänge**

sind in begrenzter Anzahl noch zu haben. Interessenten steht der **Sachkatalog** für die Jahrgänge 1956-1968 (4,80 DM) sowie Inhaltsverzeichnis der weiteren Jahrgänge zur Verfügung.

**Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41w**

Beim Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Abt. Gesundheitswesen,  
ist ab sofort die Stelle eines

## Logopäden

— Verg.-Gr. V c/V b BAT — zu besetzen.

**Sachgebiet:** Untersuchung und Diagnostizierung aller anfallenden Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sowie Behandlung sprach-, sprech- und stimmungsgestörter Kinder und Jugendlicher mit Mehrfachschädigung (mit Verhaltensstörungen, mit Intelligenzminderung bis zum Grade der Imbezillität und mit spastischer Symptomatik).

**Anforderungen:** Der Bewerber muß im Besitz der staatlichen Anerkennung als Logopäde sein.

Wir bieten die 5-Tage-Woche, Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, ggfs. Trennungsentschädigung oder Umzugskostenvergütung im Rahmen gesetzlicher Vorschriften.

Bewerber werden gebeten, ihre Bewerbung innerhalb von 3 Wochen nach Veröffentlichung zu richten an das

**Bezirksamt Reinickendorf von Berlin,**  
Abt. Personal und Verwaltung — PA I/1, 1 Berlin 26 (Wittenau), Rathaus.

### Die Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Klinischen Anstalten der RWTH Aachen

(Vorstand: Professor Dr. Schlöndorff)

sucht zum frühestmöglichen Zeitpunkt

## Logopädinnen

die auch als Hilfskräfte bei wissenschaftlichen Forschungsaufgaben eingesetzt werden sollen. Bei entsprechender persönlicher Voraussetzung Eingruppierung nach Vergütungsgruppe V b BAT. Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben.

Die Klinischen Anstalten sind bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.  
Bewerbungen an:

Prof. Dr. Schlöndorff, Vorstand der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Medizinischen Fakultät an der Rhein.-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, 51 Aachen, Goethestraße 27/29.