

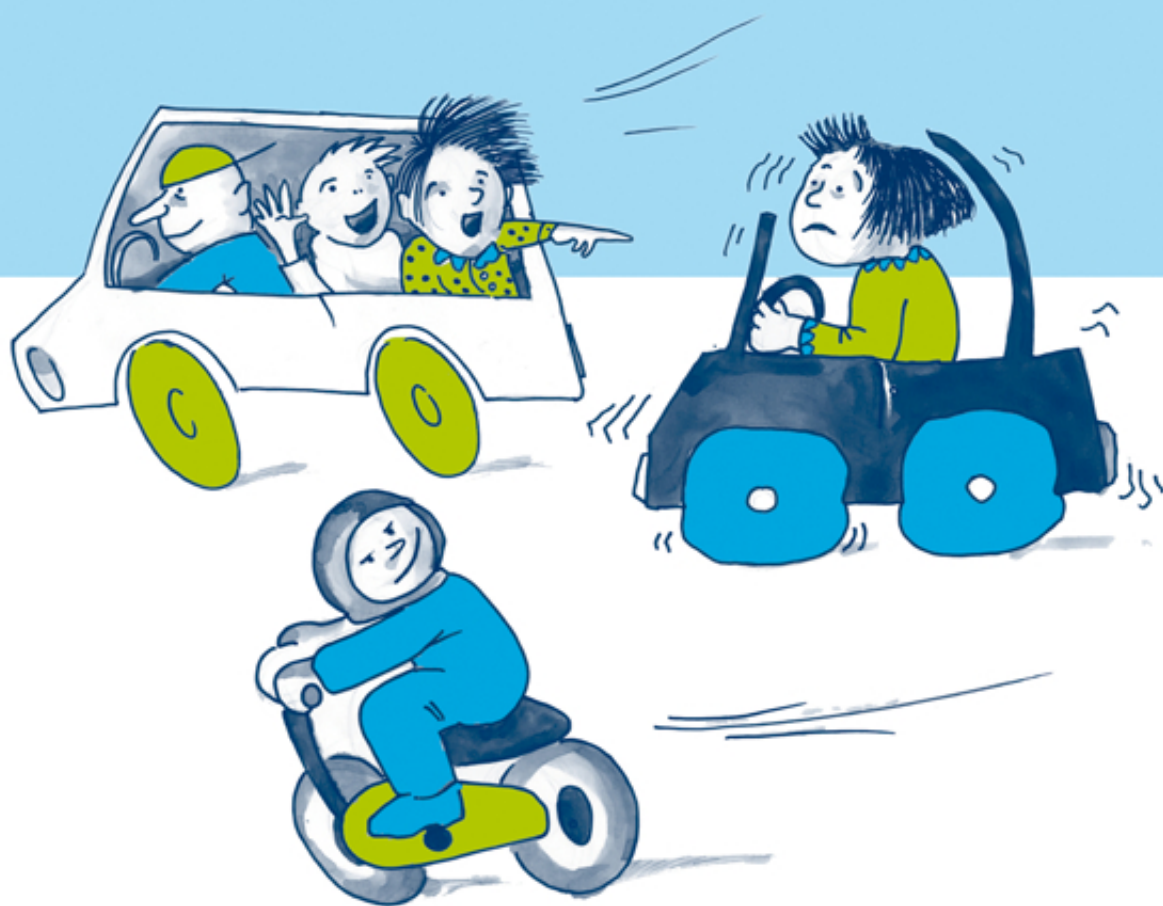
Forum Logopädie

Stottern im Kindesalter

Patricia Sandrieser
Peter Schneider

Herausgegeben von
Luise Springer
Dietlinde Schrey-Dern

3., vollständig überarbeitete Auflage



Thieme

Forum Logopädie

Herausgegeben von Luise Springer
und Dietlinde Schrey-Dern

In dieser Reihe sind folgende Titel bereits erschienen:

- Bigenzahn, W.: Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter. Grundlagen, Klinik, Ätiologie, Diagnostik und Therapie, 2. Aufl.
- Binieck, R.: Akute Aphasie. Aachener Aphasie-Bedside-Test, 2. Aufl.
- Bongartz, R.: Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen – Methoden – Materialien
- Costard, S.: Störungen der Schriftsprache
- Huber, W. / Poeck, K. / Springer, L.: Klinik und Rehabilitation der Aphasie – Eine Einführung für Patienten, Angehörige und Therapeuten
- Jahn, T.: Phonologische Störungen bei Kindern. Diagnostik und Therapie, 2. Aufl.
- Kotten, A.: Lexikalische Störungen bei Aphasie
- Lauer, N.: Zentral-auditive Verarbeitungsstörungen im Kindesalter. 3. Aufl.
- Lauer, N. / Birner-Janusch, B.: Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter
- Nebel, A. / Deuschl, G.: Dysarthrie und Dysphagie bei Morbus Parkinson
- Sandrieser, P. / Schneider, P.: Stottern im Kindesalter, 2. Aufl.
- Schlenck, C. / Schlenck, K.J. / Springer, L.: Die Behandlung des schweren Agrammatismus. Reduzierte-Syntax-Therapie (REST)
- Schnitzler, C. D.: Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb
- Schrey-Dern, D.: Sprachentwicklungsstörungen.
Logopädische Diagnostik und Therapieplanung
- Sick, U.: Poltern
- Spital, H.: Stimmstörungen im Kindesalter
- Tesak, J.: Einführung in die Aphasilogie, 2. Aufl.
- Weigl, I. / Reddemann-Tschaikner, M.: HOT – Ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen
- Wendlandt, W.: Sprachstörungen im Kindesalter.
Materialien zur Früherkennung und Beratung, 5. Aufl.
- Ziegler, W. / Vogel, M. / Gröne, B. et al.: Dysarthrie.
Grundlagen – Diagnostik – Therapie, 2. Aufl.

In Vorbereitung:

- Nonn, K. / Päßler, D.: Praxisanleitung für die unterstützte Kommunikation
- Wendlandt, W.: Stottern im Erwachsenenalter

Stottern im Kindesalter

Patricia Sandrieser
Peter Schneider

3., vollständig überarbeitete Auflage

13 Abbildungen
22 Tabellen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Anschriften:

Dr. phil. Patricia Sandrieser
Katholisches Klinikum Koblenz
Rudolf-Virchow-Straße 7, 56073 Koblenz

Peter Schneider
Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum
RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Dr. phil. Luise Springer
Lehranstalt für Logopädie am Universitätsklinikum
RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Dietlinde Schrey-Dern
Lehrbeauftragte im Studiengang
Lehr- und Forschungslogopädie
RWTH Aachen
Segnistr. 23, 52066 Aachen

*Bibliographische Information der
Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die
Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. For-
schung und klinische Erfahrung erweitern unsere Er-
kenntnisse, insbesondere was Behandlung und medi-
kamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem
Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt
wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Au-
toren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf
verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissens-
stand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und
Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine
Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist
angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipack-
zettel der verwendeten Präparate und gegebenen-
falls nach Konsultation eines Spezialisten festzu-
stellen, ob die dort gegebene Empfehlung für
Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindika-
tionen gegenüber der Angabe in diesem Buch ab-
weicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig
bei selten verwendeten Präparaten oder solchen,
die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede
Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene
Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellie-
ren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Unge-
nauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2008 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Deutschland
Telefon: + 49/(0)711/8931-0
Unsere Homepage: www.thieme.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Heike Hübner, Berlin;
Andrea Schnitzler, Innsbruck
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlaggrafik: Dorit David, Hannover
Satz: Sommer Druck, Feuchtwangen
Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden
nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Feh-
len eines solchen Hinweises kann also nicht ge-
schlossen werden, dass es sich um einen freien Wa-
rennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urhe-
berrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb
der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist
ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigun-
gen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen
Systemen.

Vorwort der Herausgeberinnen

Als „Stottern im Kindesalter“ im Jahr 2001 zum ersten Mal in der Reihe Forum Logopädie verlegt wurde, gab es noch keine vergleichbare Veröffentlichung, in der die theoretischen Grundlagen, diagnostischen Verfahren und therapeutischen Ansätze präsentiert wurden. Dementsprechend war die Erstauflage sehr schnell vergriffen. Darüber hinaus fehlte bis zu diesem Zeitpunkt auch ein Konzept zur Therapie mit Vorschulkindern, das sich sowohl durch theoretische Fundierung als auch hohe Praxisnähe ausgezeichnet hätte, wie dies für KIDS – Kinder dürfen Stottern – der Fall ist. Dank des engagierten Leserfeedbacks konnten die Autoren sehr schnell, d. h. schon 2003 eine Aktualisierung vorlegen. Der Erfolg der Publikation ist auch daran ablesbar, dass Sandrieser/Schneider in vielen Publikationen zitiert werden, u. a. in den AWMF-Leitlinien Stottern (F 98.5) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (11/2006). Dies zeigt, dass logopädische Expertise auch in medizinischen Fachkreisen in der Zwischenzeit gewertschätzt wird und trägt auch dazu bei, den interdisziplinären Diskurs zu fördern.

Was bietet nun die Neuauflage? Auf der einen Seite wurde die Gestaltung dahingehend über-

arbeitet, dass für den Leser der Zugang zu den Inhalten über Zusammenfassungen und Hervorhebungen von Definitionen, zentralen Aussagen und zahlreichen Beispielen erleichtert wird.

Die wesentliche inhaltliche Überarbeitung betrifft die Darstellung von KIDS. Ausgehend von der Darstellung der grundlegenden therapeutischen Prinzipien bei KIDS wird nun eine differenzierte Darstellung von Mini-KIDS für Kleinkinder und Schul-KIDS für Kinder vom Grundschulalter bis ins Jugendalter vorgenommen. Die Elternarbeit als wesentliches Merkmal von KIDS kommt dabei auch nicht zu kurz. Alle Phasen der Therapie sind praxisnah und unter Hinzuziehung zahlreicher Beispiele anschaulich beschrieben.

Wir hoffen, dass auch diese Neuauflage den Diskussionsprozess zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, die im Bereich kindlichen Stotterns forschen, therapeutisch arbeiten oder sich in der Selbsthilfe engagieren, befruchten kann und dadurch dazu beiträgt, die Versorgung der Kinder und die Beratung der Eltern zu optimieren.

Aachen, im Juni 2008

Dietlinde Schrey-Dern
Luise Springer

Vorwort

Antwerpen im April 2008. Auf dem ersten Europäischen Symposium zum Thema Stottern referiert Frau Prof. Ambrose neben vielen anderen internationalen Rednern und Rednerinnen über die derzeit laufende Genetik-Studie, für die in verschiedenen Ländern nach Gen-Orten gesucht wird, die mit der Entstehung oder dem Verlauf des Stotterns zu tun haben. Frau Prof. Bernstein-Ratner spricht über das „ABC“ des Stotterns – die untersuchten oder vermuteten Faktoren, die für die Aufrechterhaltung der Störung verantwortlich gemacht werden: „affective, behavioural and cognitive factors“. Und zum Abschluss des Kongresses überträgt Prof. Yaruss die ICF der Weltgesundheitsorganisation auf das Störungsbild Stottern und fordert die Einbeziehung der Selbsteinschätzung Stotternder für die Therapieplanung und vor allem für die Evaluation einer Therapie.

Nachdem Stottern im 20. Jahrhundert viele Jahrzehnte lang als psychische Störung oder Symptom einer gestörten Kommunikationsentwicklung betrachtet und entsprechend indirekt mit Psychotherapie oder Spieltherapie behandelt wurde, hat sich in den letzten Jahren auch in Europa die Erkenntnis durchgesetzt, dass direkte Therapieansätze effektiv und effizient sind. Das Symposium in Antwerpen spiegelt eine Entwicklung wider, der wir in dem von uns veröffentlichten Ansatz gerecht werden möchten: Stottern als Störungsbild zu verstehen, das auf der Grundlage überprüft und überprüfbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse therapiert werden kann. Die direkte Behandlung stotternder Kinder ist kein Tabu mehr und viele engagierte Kolleginnen und Kollegen bieten kompetente Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung an.

Dass diese Therapierichtung positive Auswirkungen hat, zeigt eine vorläufige Studie von Ya-

russ, Coleman und Hammer (2006). Sie konnten zeigen, dass durch die direkte Behandlung von stotternden Vorschulkindern bei intensiver Einbeziehung der Eltern und bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von weniger als 12 Sitzungen signifikante Verbesserungen bzw. normale Sprechflüssigkeit etabliert werden konnte, und dieses Ergebnis auch 3 Jahre nach Ende der Therapie konstant blieb.

Wir freuen uns über die positive Resonanz auf unser Buch und die Notwendigkeit einer dritten Auflage. Sorgfältig haben wir neue Forschungsergebnisse ergänzt und den Therapieansatz vor allem im Bereich „Schulkinder“ überarbeitet und neu strukturiert. Augenfällig ist der große Anteil, den nun die Arbeit in „echten“ Situationen außerhalb des Therapieraums einnimmt. Nur dort erleben wir unmittelbar, welche Beeinträchtigungen unsere Patienten im Alltag haben und welche Ängste sie daran hindern, erarbeitete Therapieinhalte umzusetzen. Die vielen positiven Rückmeldungen von Kindern und Eltern zu dieser Art der Therapie bestätigen uns immer wieder in unserem Vorgehen.

Unser herzlicher Dank gilt daher den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die uns teilhaben lassen an ihren Gedanken, aber auch den Kolleginnen, die uns ansprechen und mit uns in einen Dialog treten, unseren Herausgeberinnen, die uns inhaltlich und formal immer kritisch und wohlwollend unterstützen und unseren Familien – neu dabei Joris –, die mit viel Geduld und Gelassenheit unsere Arbeit begleiten und erleichtern.

Koblenz und Aachen, im Juni 2008

Patricia Sandrieser
Peter Schneider

Inhaltsverzeichnis

1 Theoretische Grundlagen	1
Eingrenzung des Begriffs „Stottern im Kindesalter“	1
Charakteristika des Stotterns im Kindesalter	2
Remission	2
Abgrenzung des Stotterns im Kindesalter	3
Poltern	4
Neurogenes Stottern	4
Psychogenes Stottern	5
Spasmodische Dysphonie	5
Sprechflüssigkeit, unflüssiges Sprechen und Stottern	6
Was ist unflüssiges Sprechen?	6
Arten von Sprechunflüssigkeiten	6
Stottern	10
Kernsymptome	10
Begleitsymptome	11
Coping-Strategien	11
Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik	13
Theorie des flüssigen und unflüssigen Sprechens	14
Sprechnatürlichkeit – Starkweathers Konzept des flüssigen und unflüssigen Sprechens	15
Starkweathers Definition des Stotterns	16
Ziel einer Therapie des Stotterns	16
Entwicklung des flüssigen Sprechens	17
Beginn und Verlauf des Stotterns	18
Daten zu Beginn und Verlauf	19
Remission	19
Faktoren, die Beginn und Verlauf beeinflussen	21
Disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren	21
Wechselwirkung der kindlichen Entwicklung mit Stottern	27
Physische und sensomotorische Entwicklung und Stottern	28
Kognitive Entwicklung und Stottern	29
Sprachentwicklung und Stottern	30
Emotionale Entwicklung und Stottern	37
Stottern und Gesellschaft	46
Familie	47
Kindergarten und Schule	48
Darstellung in den Medien	50
Therapeutische Versorgung von Stotternden ...	51
Theorien und Modelle der Entstehung von Stottern	53
Johnsons diagnosogene Theorie	54
Bloodsteins Kontinuitätshypothese	55
Van Ripers vier Entwicklungsverläufe	56
Starkweathers Modell von Anforderungen und Fähigkeiten	57
Läsions-Kompensations-Theorie	58
Schlussfolgerungen für Prävention und Therapie	59
Prävention von Stottern	59
Stottern in der ICF	60
Anforderungen an eine Therapie von Stottern im Kindesalter	60
Therapieerfolg	61
2 Diagnostik	63
Ziel der Diagnostik	63
Grundsätze der Diagnostik bei Stottern im Kindesalter	64
Diagnostik von auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren	65
Bereiche der Diagnostik	65
Nomenklatur	66
Ablaufplan einer Diagnostik	67

Diagnostikverfahren	67	Auswertung	80
Anamnese	67	Auswertung des Bereichs Stottersymptomatik	80
Diagnostikverfahren im Bereich Sprech- und Stotterverhalten	71	Auswertung des Bereichs psychische Reaktionen auf das Stottern	81
Diagnostikverfahren zum Bereich psychische Reaktionen auf Stottern	76	Auswertung des Bereichs Risikofaktoren	82
Diagnostikverfahren zum Bereich Risikofaktoren	78	Konsequenzen für die Therapie	82
		Befunderstellung	83
 3 Therapie	87		
Ziele der Stottertherapie	87	Allgemeine Therapieprinzipien	130
Therapieziele im Bereich Stottersymptomatik	88	Rahmenbedingungen für KIDS	131
Therapieziele im Bereich psychische Reaktionen	88	Ambulante und stationäre Therapie	131
Therapieziele im Bereich Risikofaktoren	89	Häufigkeit der Behandlungstermine	132
Hauptrichtungen der Stottertherapie	89	Dauer der Therapie	132
Fluency Shaping	90	Nachsorge	132
Stuttering Management	91	Gruppentherapie	133
Kombination von Fluency Shaping und Stuttering Management	93	Qualifikation der Therapeutin	135
Evaluation und Effektivitätsnachweis	93	Fachspezifische Qualifikation der Therapeutin	135
Ziele der Evaluation	93	Einstellung der Therapeutin	135
Messung von Therapieerfolgen	94	Kommunikationsverhalten der Therapeutin	136
Messkriterien	95	Mini-KIDS – Ein Konzept zur frühen direkten Therapie mit stotternden Kindern	136
Messzeitpunkte	96	Phasen der Therapie	137
Therapieplanung	97	Elternbeteiligung in der Einzeltherapie mit Mini-KIDS	153
Dynamische Therapieplanung	97	Schul-KIDS	156
Erstberatung	100	Phasen der Therapie	157
Der Ansatz KIDS	103	Methoden	160
Bereich Stottersymptomatik	104	Artikulatorische Phonetik	160
Bereich psychischer Reaktionen	105	Analyse des Stotterns	161
Bereich Risikofaktoren	108	Analyse der Kernsymptomatik	163
Einbeziehen von Bezugspersonen	108	Analyse der Begleitsymptomatik – Fluchtverhalten	165
Methoden und Techniken von KIDS	109	Analyse der Begleitsymptomatik – Vermeidungsverhalten	166
Vertragskonzept	110	Desensibilisierung	167
Enttabuisierung: Antithetisches Verhalten und Erlaubnisarbeit	112	Modifikation	170
Desensibilisierung	113	Generalisierung – Blockösestrategien im Alltag	175
Pseudostottern	116	Ende der Therapie	176
In-vivo-Therapie	120	Übergang zur Therapie mit Jugendlichen	177
Symptombearbeitung	121	Elterngruppen bei Mini-KIDS und Schul-KIDS	178
Bearbeitung der emotionalen Reaktionen auf Stottern	122	Planung und Vorbereitung	179
Wissen über Stottern	124	Rolle und Aufgabe der Therapeutin	180
Förderung von pragmatischer Kompetenz, Selbstbehauptung, Problemlöseverhalten	125	Inhalte der Elterngruppe	181
Elternbeteiligung	127		

4	Literatur	185
5	Bezugsquellen und Adressen	194
6	Fragebögen/Dokumentation	196
	SLS – Screening Liste Stottern	198
	Elternfragebogen	199
	Anamnesebogen	203
	SSI-3 Stuttering Severity Instrument	207
	SSI-3 Auszählbogen	209
	QBS Qualitative Beschreibung von Stotterverhalten	210
	Lesetext	212
	Protokollbogen zum Lesetext	213
	RSU – Reaktionen auf Stottern der Untersucherin	215
	RKS – Reaktionen auf kommunikative Stressoren	217
	Sachverzeichnis	219

1

Theoretische Grundlagen

„Mein Kind stottert. Ist das bis zur Einschulung wieder vorbei?“ Mit dieser Frage stellen besorgte Eltern ihr Kind zur Diagnostik vor. Häufig haben sie selbst schon eine Vermutung, warum es stottert, etwa weil es „schneller denkt, als es sprechen kann“. Nicht selten sind Eltern verunsichert durch gängige Vorurteile wie: „Das haben alle Kinder, das wächst sich wieder aus.“ Oder: „Stotternde Kinder sind besonders sensibel. Ihr Stottern entstand durch die zu hohe Anspruchshaltung der Eltern. Jetzt braucht es eine Psychotherapie.“ Von der Logopädin erwarten sie nun, dass diese eine

Diagnose stellt und v.a. möglichst schnell das Stottern beseitigt.

Sicherlich gibt es noch viele offene Fragen hinsichtlich des Stotterns im Kindesalter. Weitere Forschung ist dringend nötig. Dennoch kann man heute mit großer Sicherheit diagnostizieren, ob ein Kind stottert, und es gibt eine Vielfalt von praxiserprobten und theoretisch gut begründeten Vorgehensweisen. So kann in vielen Fällen den stotternden Kindern und ihren Familien von logopädischer Seite kompetent geholfen werden.

Eingrenzung des Begriffs „Stottern im Kindesalter“

Ätiologie. Kindliches Stottern ist eine Störung des Sprechablaufs mit unbekannter Ätiologie. Es wird vermutet, dass ein Problem in der zentralen Steuerung des Sprechens eine wichtige Rolle bei der Entstehung spielt (Silverman 1996; Brown 2005).

Definition. Bis heute gibt es keine einheitliche Definition des Phänomens Stottern. Zu unterschiedlich sind die Hypothesen über die Entstehung, Aufrechterhaltung und Phänomenologie des kindlichen Stotterns (Übersicht in Bloodstein 1995, S.59ff).

Guitar wählt eine sehr allgemeine, **deskriptive Definition**, wenn er schreibt (Guitar 1998, S.10 – 11; Conture 2001, S.5 – 6):

Stottern bedeutet unfreiwillige Blockierungen, die Verlängerung von Lauten und die Wiederholung von Lauten.

Da diese knappe Definition das Stottern nicht deutlich genug von den Unflüssigkeiten im Sprechen von Nichtstotternden abgrenzt, erweitert man sie folgendermaßen:

- Die oben genannten Unflüssigkeiten werden vom Stotternden wahrgenommen und antizipiert.
- Der Stotternde weiß genau, was er sagen möchte, aber er ist in diesem Moment nicht in der Lage, dieses eine Wort flüssig zu sprechen, obwohl er problemlos ein anderes Wort sprechen oder dieses Wort zu einem anderen Zeitpunkt sagen könnte (WHO 1977, S.202, in: Silverman 1996).

Standard Definition of Stuttering. Eine häufig verwendete ausführlichere deskriptive Definition, die sog. Standard Definition of Stuttering, stammt von Wingate (Wingate 1964, S.488, in: Kuhr 1991, S.3):

Stottern ist eine Unterbrechung im Fluss des verbalen Ausdrucks, die charakterisiert ist durch unwillentliche, hörbare oder stille Wiederholungen und Dehnungen bei der Äußerung kurzer Sprachelemente, insbesondere: Laute, Silben und einsilbige Wörter. Diese Unterbrechungen geschehen in der Regel häufig oder sind deutlich ausgeprägt und sind nicht ohne Weiteres kontrollierbar. Wingate ergänzt diese Beschreibung durch folgende Kriterien:

- überdurchschnittlich hohe Häufigkeit von (in statistischem Sinne) abnorm langen Lautdehnungen, Silben und Wortwiederholungen,
- übermäßige Anstrengung bei der Sprechproduktion, normalerweise akustisch und motorisch wahrnehmbar (Mitbewegungen, Spannung im vokalen Trakt),
- gelegentlich hohe, auf die Sprechproduktion bezogene kognitive Aktivität.

Stottern ist demnach gekennzeichnet durch die Veränderung des Sprechflusses, die durch das vermehrte Auftreten bestimmter Unflüssigkeiten hörbar wird und die mit Anstrengung verbunden sein kann.

Charakteristika des Stotterns im Kindesalter

5% aller Kinder haben im Laufe ihrer Entwicklung eine Phase, in der sie stottern. Bei diesen Kindern zeigen mindestens 3% aller gesprochenen Silben stottertypische Symptome. In diesen Silben treten Laut- und Silbenwiederholungen, Dehnungen von Lauten und Blockierungen auf (Andrews u. Harris 1964; Yairi 1993; Silverman 1996, S. 80f). Das typische Alter für den Beginn des Stotterns ist das 3.–6. Lebensjahr (Bloodstein 1995). Nach dem 12. Lebensjahr ist fast kein Beginn des Stotterns mehr zu erwarten (Natke 2000, S. 46; Bloodstein 1999, S. 110; Silverman 1996, S. 78; Yairi 1993).

Developmental Stuttering. In der englischsprachigen Literatur spricht man daher von „developmental stuttering“, also Stottern, das im Verlauf der kindlichen Entwicklung entsteht (Bryngelson 1939; in: Luchsinger und Arnold 1949, S. 382). Dieses ist klar abzugrenzen von den normalen Unflüssigkeiten, die im Verlauf der Sprachentwicklung auftreten (Silverman 1996, S. 81).



Die Diagnose „Stottern“ erlaubt noch keine Aussage darüber, ob das Stottern bei einem Kind bestehen bleibt oder ob das Kind sein Stottern überwinden wird.

stottern etwa 4-mal mehr Jungen als Mädchen (Silverman 1996).

Zeitfenster für Remissionen. Die meisten Remissionen sind in den ersten beiden Jahren nach Stotterbeginn zu erwarten, aber auch nach jahrelangem Bestehen der Störung kann es noch zur Heilung kommen. Yairi und Mitarbeiter begleiteten Kinder zeitnah zum Stotterbeginn vier Jahre lang und konnten Remissionen auch noch am Ende der Studie beobachten (Yairi u. Ambrose 1999). Bei den von ihnen untersuchten Kindern konnte außerdem kein Zusammenhang zwischen der Stärke des Stotterns und der Wahrscheinlichkeit einer Remission gefunden werden. Dabei ist wichtig zu beachten, dass die Kinder im Untersuchungszeitraum Therapie erhielten, wenn die Eltern das wünschten.

Nach klinischer Erfahrung schließt sich das Zeitfenster für Remissionen mit Beginn der Pubertät. Danach kommt es nur noch in Einzelfällen zur Remission. Die Ermittlung von epidemiologischen Daten erfordert aufwendige Studien, die zwei Ziele haben können:

- Angaben zur Inzidenz
- oder zur Prävalenz.

■ Remission

Nur bei ungefähr 1% aller Kinder entwickelt sich ein überdauerndes Stottern, das bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt. Das bedeutet, dass 60–80% der stotternden Kinder das Stottern vollständig überwinden (Silverman 1996).

Zu Beginn des Stotterns ist der Anteil von Jungen und Mädchen noch fast gleich groß. Im Verlauf verschieben sich dann die Anteile, weil mehr Mädchen eine Remission haben: Im Jugendalter

Inzidenz

Die Angaben zur Inzidenz, also dem Anteil an der Gesamtbevölkerung, der irgendwann in seinem Leben das untersuchte Phänomen zeigt, wurden meist über retrospektive Befragungen ermittelt. Für diese Fragestellung ist es nötig, eine repräsentative Gruppe der Bevölkerung über lange Zeit hinweg zu befragen oder zu untersuchen, um festzustellen, ob die Störung irgendwann auftritt – unabhängig davon, ob sie bestehen bleibt oder nicht.



Diese Daten geben Aufschluss über die Remissionsrate und helfen beispielsweise, den Bedarf an Screeninguntersuchungen für eine bestimmte Altersgruppe zu ermitteln.

Langzeitstudie. In einer Langzeitstudie in Newcastle upon Tyne konnte durch die Untersuchung von mehr als 1000 Kindern über 16 Jahre hinweg empirisch belegt werden, dass 5% aller Kinder irgendwann ein Stotterproblem haben, das länger als 6 Monate anhält (Andrews u. Harris 1964; Starkweather u. Givens-Ackerman 1997). Bis zur letzten Untersuchung im Alter von 16 Jahren hatten 79,1% der Kinder ihr Stottern überwunden, wobei hier auch Kinder einbezogen wurden, die nur kurze Zeit gestottert haben.

In Dänemark wurden in den vergangenen Jahren fast alle Kinder logopädisch erfasst, die innerhalb von 2 Jahren auf der Insel Bornholm geboren wurden. Wie in der britischen Studie wurde bei 5% dieser mehr als 1000 Kinder Stottern diagnostiziert, wobei es nach 2 Jahren in 74% und nach 5 Jahren in 85% der Fälle zu einer Remission kam (Mansson 2000; Yairi u. Ambrose 1999). Ungefähr 1% aller Kinder blieb also stotternd.

Genetische Disposition. Die Übereinstimmung bezüglich der 5% an Kindern, die stottern, stärkt die Vermutung, dass die genetische Disposition als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung des Stotterns angesehen werden muss. 5% aller Kinder haben offenbar eine Veranlagung zum Stottern – unabhängig vom kulturellen, sprachlichen oder pädagogischen Umfeld, in dem sie aufwachsen.

Methodische Probleme der Studien. Studien zur Inzidenz können methodische Probleme aufweisen, die zu Ungenauigkeiten führen. In der Studie von Mansson (2000) werden keine Angaben ge-

macht, wie viele Kinder eine Therapie wegen ihres Stotterns erhielten. So kann nicht zwischen einer Spontanremission (Remission ohne therapeutische Intervention) und einer Remission im Zusammenhang mit einer Therapie unterschieden werden. In der Studie von Andrews und Harris (1964) wurden Kinder nicht erfasst, deren Stotterepisode so kurz ist, dass sie nicht in das Intervall zwischen 2 Untersuchungszeitpunkten (6 Monate) fällt.

Prävalenz

Von Interesse sind außerdem Angaben zur Prävalenz, also zum Anteil an der Gesamtbevölkerung, der zu einem bestimmten Zeitpunkt stottert. Auch hierfür muss eine ausreichend große und repräsentative Gruppe untersucht oder befragt werden.



Der Vorteil gegenüber den Studien zur Inzidenz liegt darin, dass es ausreicht, die Datenerhebung einmal durchzuführen und keine Verlaufsbeobachtungen nötig sind. Solche Daten sind wichtig, um z.B. den therapeutischen Bedarf für die Gesamtbevölkerung zu ermitteln.

Neueste Studie zur Inzidenz und Prävalenz. Sie wurde in den letzten Jahren in Australien durchgeführt – dort wurde telefonisch in einer repräsentativen Auswahl von mehr als 4600 Haushalten nachgefragt, ob stotternde Personen in diesem Haushalt leben. Mit diesen wurde dann ein Telefoninterview durchgeführt, das aufgezeichnet und nach Stotterereignissen untersucht wurde. Außerdem wurde erfragt, ob jemand in diesem Haushalt früher einmal gestottert hat. Craig und Mitarbeiter ermittelten auf diese Weise eine Prävalenz von 0,72% in der gesamten Bevölkerung mit einer Inzidenz von 2,1% Stotternder in der Altersgruppe von 21–50 Jahren (Craig et al. 2002).

Abgrenzung des Stotterns im Kindesalter

Die Nomenklatur im deutschsprachigen Raum ist sehr uneinheitlich und teilweise irreführend. Man spricht von

- Entwicklungsunflüssigkeiten,
- Entwicklungsstottern,
- beginnendem Stottern,
- physiologischem Stottern

und bezieht mit diesem Begriffen nicht eindeutig Stellung, ob nun wirklich „Stottern“ vorliegt oder ob es sich um normale Unflüssigkeiten handelt.

Eindeutige Nomenklatur. Daher scheint es sinnvoll, in der Nomenklatur eindeutig zu unterscheiden zwischen:

- normalen Sprechunflüssigkeiten und
- Stottern.

Auf dem aktuellen Wissensstand ist es mit großer Sicherheit möglich, Stottern auch schon bei sehr jungen Kindern anhand der Art ihrer Redeunflüssigkeiten zu diagnostizieren und von normalen Sprechunflüssigkeiten abzugrenzen.



Da nur bei 5 % aller Kinder stottertypische Unflüssigkeiten in 3 % oder mehr aller Silben auftreten (Andrews u. Harris 1964; Mansson 2000), sind Begriffe wie „physiologisch“ oder „entwicklungsbedingt“ im Zusammenhang mit Stottern (Tigges-Zuzock u. Kohns 1995; BAÄK 2001) nicht vertretbar.

Diese Begriffe suggerieren Laien und anderen Fachgruppen, dass Stottern eine übliche Erscheinung im Spracherwerb sei und bei fast allen Kindern auftrete. Ihren Ursprung hat diese Meinung in einer Zeit, als man die verschiedenen Arten von Unflüssigkeiten noch nicht differenzierte und normale Unflüssigkeiten, die bei allen Kindern vorkommen, mit dem Stottern gleichsetzte.



Die Diagnose Stottern erlaubt keine Rückschlüsse auf den weiteren Verlauf der Störung im Einzelfall.

Diagnose und Indikation zur Therapie. Die Konsequenz ist, dass die Diagnose zu einem bestimmten Zeitpunkt gestellt werden kann, damit aber noch nicht zwingend die Indikation für eine therapeutische Intervention besteht. Früher wurde die Diagnose „Stottern“ oft sehr willkürlich ab einem bestimmten Alter gestellt, wenn man keine Remission mehr erwartete (vgl. BAÄK 2001). Die neueren Erkenntnisse zur Remission erfordern ein differenzierteres Vorgehen in der logopädischen Befunderhebung:

- In einem ersten Schritt muss die Diagnose abgesichert werden.
- Bei Vorliegen von Stottern muss in einem zweiten Schritt geklärt werden, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine therapeutische Intervention notwendig ist – unabhängig vom Alter des Kindes und vom Zeitpunkt seit Stotterbeginn.

Abgrenzung. Stottern muss von anderen Störungen des Redeflusses abgegrenzt werden, nämlich von:

- Poltern,
- neurogen oder psychogen erworbenem Stottern,
- spasmodischer Dysphonie.

Die Abgrenzung von normalen Unflüssigkeiten, die im Laufe jeder Sprachentwicklung auftreten, wird im Kapitel „Sprechflüssigkeit, unflüssiges Sprechen und Stottern“ vorgestellt.

■ Poltern

Nach Daly und Burnett (1996, S.239) handelt es sich beim Poltern (cluttering) um eine Störung der Sprach- und Sprechverarbeitung, die zu schnellem, unrythmischem, sporadisch unorganisiertem und häufig unverständlichem Sprechen führt. Akzeleriertes Sprechen tritt beim Poltern nicht immer auf, Störungen der Formulierung jedoch fast immer.

Wie Stottern beginnt Poltern meist im Kindesalter und ist situationsabhängig. Im Gegensatz zu Stotternden verbessert sich aber die Symptomatik bei Polternden kurzfristig, wenn sie:

- sich darauf konzentrieren, flüssiger und langsamer zu sprechen und
- auf ihr hastiges Sprechen aufmerksam gemacht werden.

Stottern und Poltern kann gleichzeitig bei einer Person auftreten (Silverman 1992, S.26–29). Bei Sick (2004) finden sich wertvolle Hinweise zu Theorie und Therapie von Poltern.

■ Neurogenes Stottern

Das neurogene, erworbene Stottern (neurogenic acquired stuttering) ist im Zusammenhang mit einer neurologischen Störung zu beobachten und kann in jedem Alter auftreten. Stotterähnliche Symptome können auftreten (Böhme 1997, S.89; Silverman 1996, S.221; Bloodstein 1999, S.1 und S.100ff; Zückner u. Ebel 2001):

- nach Schlaganfällen,
- nach Schädel-Hirn-Traumen,
- bei zerebralen Tumoren,
- nach neurochirurgischen Operationen,
- als Nebenwirkung von Medikamenten,
- als Folge von Drogenmissbrauch



Das neurogene Stottern kann transient (vorübergehend) oder persistierend (anhaltend) auftreten.

Hinsichtlich der symptomatischen Unterscheidung zwischen Stottern und neurogenem Stottern herrscht noch Uneinigkeit (Lebrun et al. 1983). Differenzialdiagnostisch lässt es sich aber meist dadurch unterscheiden, dass neurogenes Stottern in jedem Lebensalter auftreten kann und mit einer neurologischen Störung in Verbindung steht. Nach Zückner besteht bei neurogenem Stottern „ein vergleichsweise stabiles Symptommuster“. Eine absichtliche Veränderung (Variation) der Sprechweise bewirkt, dass, „wenn überhaupt, nur geringgradige Variationen des Unflüssigkeitsmusters auftreten“ (Zückner u. Ebel 2001). Dehnungen, Wiederholungen und Blockierungen sind nicht wie bei chronisch stotternden Erwachsenen hauptsächlich auf initiale Silben beschränkt (Helm-Estabrooks 1999), sondern können auch in mittleren und finalen Silben auftreten.

■ Psychogenes Stottern

Es gibt auch Fälle von psychogenem, erworbenen Stottern (psychogenic acquired stuttering), das fast nur im Erwachsenenalter bekannt ist. Dabei tritt Stottern plötzlich und in Verbindung mit psychodynamischen Prozessen auf. Verursachende psychische Faktoren können Konversionsstörungen als häufigste Form sein, daneben Angstneurosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Neurosen (vgl. Zückner und Ebel 2001).

Nach Baumgartner und Duffy (1997) sind Symptommhäufigkeit und -schwere kein Unterscheidungsmerkmal für neurogenes und psychogenes Stottern. Es treten überwiegend Laut- und Silbenwiederholungen auf, aber auch Dehnungen und Blockierungen bzw. gespannte Pausen werden beschrieben. An kämpfverhalten ist möglich. Bei den meisten Patienten ist das Unflüssigkeitsmuster sowohl bei Veränderungen der Sprechweise, bei unterschiedlichen Sprechaufgaben (z.B. Lesen, Nachsprechen) und in der Spontansprache sehr variabel. Die Sprechgeschwindigkeit variiert bei

vielen Patienten stark. Das Sprechen kann untypische Charakteristika aufweisen, wie telegrammstilartiges Sprechen, außergewöhnliche Unflüssigkeitsmuster oder verlangsamtes Sprechen.

■ Spasmodische Dysphonie

Nach Boone (1987, in: Silverman 1992, S.34) wird auch die spasmodische Dysphonie, früher auch „spastische Dysphonie“ genannt (spastic dysphonia), gelegentlich als „laryngeales Stottern“ beschrieben.

Die Symptomatologie der spasmodischen Dysphonie ähnelt dem Stottern durch die intermittierenden Unterbrechungen im Sprechen und in der situationsgebundenen Veränderung des Auftretens.

Die spasmodische Dysphonie wird zu den **zentralen Stimmstörungen** gerechnet und zählt neurologisch zu den Dystonien. Es handelt sich um eine zentralnervöse Fehlfunktion bei der Kontrolle von Bewegungen (Böhme 1997). Durch tremorähnliche Bewegungsabläufe und eine Überadduzierung der Stimmlippen kommt es neben einem reduzierten Stimmumfang zur verlängerten Dauer hauchiger Stimmsegmente (Böhme 1997).

Ätiologisch werden die spasmodischen Dystonien unterschieden in:

- primäre laryngeale Dystonien bei unbekannter Ursache und
- sekundäre laryngeale Dystonien infolge Neuroleptika, Schädel-Hirn-Trauma oder Anoxie (Böhme 1997).

■ Zusammenfassung

Bei Stottern handelt es sich um eine Störung, die überwiegend in den ersten Lebensjahren auftritt. 5% aller Kinder beginnen während der Sprachentwicklung zu stottern. Durch den großen Anteil an Remissionen liegt in der erwachsenen Bevölkerung der Anteil bei 1%. Symptome kindlichen Stotterns sind Dehnungen, Blockierungen und Wiederholungen von Lauten, Silben oder einsilbigen Wörtern. Es ist abzugrenzen von Poltern, neurogenem und psychogenem Stottern sowie gegenüber der spasmodischen Dysphonie. ■

Sprechflüssigkeit, unflüssiges Sprechen und Stottern

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit normalen Unflüssigkeiten im flüssigen Sprechen und damit, wie sich Stottern grundlegend davon unterscheidet. Daran anschließend wird die Theorie des flüssigen Sprechens von Starkweather diskutiert, aus der sich wesentliche Schlussfolgerungen für die hier vorgestellten Therapieansätze kindlichen Stottens ableiten lassen.

■ Was ist unflüssiges Sprechen?

Alle kompetenten Sprecher sind einen Teil ihrer Sprechzeit „unflüssig“. Sie machen Pausen und Einschübe, wiederholen ein Wort und korrigieren angefangene Phrasen.

Funktionelle Unflüssigkeiten. Diese Unflüssigkeiten werden meistens weder vom Sprecher noch vom Zuhörer beachtet. Erwachsene, nicht-stotternde Sprecher sind bis zu 20% ihrer Sprechzeit unflüssig (Goldmann-Eisler 1961), ohne dass sie sich deshalb als unflüssige Sprecher oder Stotternde bezeichnen würden. Offensichtlich achten auch Zuhörer wenig auf Ereignisse, die sich nicht auf den Inhalt des Gesprochenen beziehen. Dies resultiert aus dem **kommunikativ-pragmatischen Nutzen** dieser Unflüssigkeiten: Der Zuhörer erhält durch ihr Auftreten das Signal, dass der Sprecher seine Äußerung noch nicht beenden will und den inhaltlichen Fluss unterbricht, um ihn gleich fortzusetzen. Da diese Unflüssigkeiten auch funktionell eingesetzt werden, tragen sie die Bezeichnung funktionelle Unflüssigkeiten. Die Begriffe normale Unflüssigkeiten und funktionelle Unflüssigkeiten werden synonym verwendet.

Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder im Laufe der Sprachentwicklung lernen, diese funktionellen Unflüssigkeiten zunehmend für ihre Sprechplanung zu nutzen (Kowal et al. 1975; Starkweather 1987, S. 79ff). Starkweather (1987) beobachtete in einem Experiment, dass Zuhörer das Gesprochene bei Nichtstotternden erst dann als „auffällig“ betrachten, wenn mindestens 15% der gesprochenen Wörter wiederholt werden oder 20% der Sprechzeit nur aus Pausen besteht.

Die Toleranz, Unflüssigkeiten im Sprechen als unauffällig einzustufen, hängt natürlich auch vom Kontext ab, in dem gesprochen wird. Je formaler die Situation ist, z. B. eine vorbereitete Ansprache,

ein Interview im Radio, desto eher werden Zuhörer die Unflüssigkeiten im Sprechen wahrnehmen und negativ bewerten.

Abgrenzung zum Stottern. Im Unterschied zu dieser normalen Art des unflüssigen Sprechens werden Stottersymptome auch dann von Zuhörern als auffällig empfunden, wenn sie nur einen kleinen Anteil des Sprechens ausmachen.



Beim Stottern handelt es sich nicht einfach nur um ein „Mehr“ an Sprechunflüssigkeiten, sondern um eine für die Störung typische Qualität von Sprechunflüssigkeiten, die im Sprechen von nichtstotternden Kindern sehr selten vorkommt.

■ Arten von Sprechunflüssigkeiten

Unflüssiges Sprechen ist der Oberbegriff, dem man unterschiedliche Gruppen von Unflüssigkeiten unterordnet. Diese werden in 2 Kategorien eingeteilt:

- Die **normalen** oder **funktionellen Unflüssigkeiten** sind unauffällig. Zu ihnen zählen Wiederholungen von Wörtern und Satzteilen, Pausen, Satzabbrüche, Satzkorrekturen und Einschübe.
- Die **stottertypischen Unflüssigkeiten**, die auch als **symptomatische Unflüssigkeiten** bezeichnet werden, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie unfreiwillig sind, keinen funktionellen Charakter haben und häufig an Stellen auftauchen, an denen Zuhörer keine Unflüssigkeiten erwarten. Sie umfassen Wiederholungen von Lauten und Silben, auffällige Wortwiederholungen, Dehnungen und Blockierungen.

Symptomatische Unflüssigkeiten. Die Bezeichnung „symptomatische Unflüssigkeiten“ soll nicht zu dem Fehlschluss verleiten, dass diese nur im Sprechen von Stotternden auftreten und bei Nichtstotternden nie zu finden sind. Vereinzelt können sie auch bei Nichtstotternden beobachtet werden, aber so selten, dass die 3-%-Schwelle die meisten Stotternden zuverlässig von den Nichtstotternden trennt. Für die Fälle, in denen die Differenzialdiagnose anhand der zahlenmäßigen Be-

stimmung der symptomatischen Unflüssigkeiten nicht gelingt, kann der Verlauf und die Qualität der Symptomatik als diagnostisches Kriterium genutzt werden (Ambrose u. Yairi 1999; Riley 1981).



Zu den normalen Unflüssigkeiten zählen Wiederholungen von Wörtern und Satzteilen, Pausen, Satzabbrüche, Satzkorrekturen und Einschübe. Zur Kategorie der symptomatischen Unflüssigkeiten gehören Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen.

Funktionelle Unflüssigkeiten

Wiederholungen, Repetitionen. Damit sind Wiederholungen von einem Wort oder mehreren Wörtern gemeint. Häufig haben diese Wiederholungen die Funktion, Zeit für die weitere Sprechplanung zu gewinnen, z.B. „*Ich will ... ich will ... ich will Saft haben.*“

Pausen. Unterschieden werden ungefüllte und gefüllte Pausen:

- **Ungefüllte Pausen** sind eine stumme Unterbrechung des Sprechflusses. Manchmal haben sie die Funktion, den Rhythmus der Satzstruktur zu unterstützen (z.B. zu Phrasenbeginn) oder einen nachfolgenden, inhaltlich wichtigen Begriff zu betonen („*Und plötzlich – Pause – fiel der ganze Turm mit lautem Krachen um.*“). Da ungefüllte Pausen von erwachsenen Sprechern dem Zuhörer ab einer Dauer von etwa 1 s als unnatürliche Unterbrechung im Sprechfluss auffallen, vermutet Starkweather (1987), dass sie dann normalerweise in gefüllte Pausen übergehen. Entsprechend der Satzstruktur und dem Inhalt erwarten Zuhörer eine bestimmte Dauer von Pausen. Wenn diese Dauer überschritten wird, werten Zuhörer sie als Fehler in der Sprechplanung (Stes 1994). Die Konvention in einer Sprachgemeinschaft, eine bestimmte Dauer der ungefüllten Pausen zu tolerieren, scheint zudem von kulturellen Einflüssen abhängig zu sein und vom Alter des Sprechers (sehr jungen Kindern werden längere Pausen zugestanden).
- **Gefüllte Pausen** sind Geräusche und Interjektionen wie „hmm“, „äh“. Sie dienen dem Zuhörer als Signal, dass der Sprecher seine Äußerung noch nicht beendet hat und nicht unterbrochen werden möchte. Dem Sprecher

verschaffen sie Zeit, um den weiteren Sprechablauf zu planen und z.B. ein passendes Wort zu suchen oder die syntaktische Struktur des nachfolgenden Satzes festzulegen, z.B.: „*Wir treffen uns, hmm, im Schloss.*“

Funktionelle Dehnungen. Sie werden eingesetzt, um ein Wort zu betonen, und können auch während der gefüllten Pausen auftreten.

Satzabbrüche und -korrekturen. Sie erfolgen im Rahmen der fortwährenden Selbstkontrolle, die ein Sprecher während des Sprechens übt. Zur inhaltlichen oder syntaktischen Korrektur wird ein begonnener Satz entweder abgebrochen oder verändert weitergeführt, z.B.: „*Dann sind wir – dann haben wir die Reise fortgesetzt.*“

Floskeln und Einschübe. Sie vermitteln auf der Inhaltsebene keine Bedeutung, geben aber dem Sprecher – ähnlich wie die gefüllten Pausen – die Möglichkeit, Zeit für die weitere Sprechplanung zu gewinnen, ohne unterbrochen zu werden. Gelegentlich haben sie die Funktion, die Aufmerksamkeit des Zuhörers zu gewinnen („*nicht wahr?*“) oder einen Begriff zu ersetzen, bis er benannt werden kann („*Zum Tee gab es diese köstlichen – Sie wissen schon – Törtchen.*“).



Bei all diesen Unflüssigkeiten wird das Vorhaben, einen Inhalt mitzuteilen, unterbrochen und verzögert, obwohl der Sprechfluss – außer in den ungefüllten Pausen – erhalten bleibt.

Symptomatische Unflüssigkeiten

Symptomatische Unflüssigkeiten sind unfreiwillig, haben keinen funktionellen Charakter und tauchen häufig an Stellen auf, an denen Zuhörer keine Unflüssigkeiten erwarten. Beim Sprecher können sie das **Gefühl von Kontrollverlust** hervorrufen (Stes 1994). Die Meinung, dass Kinder sich bis zum Schulalter ihres Sprechens noch nicht bewusst sind, ist widerlegt (Curlee 1999; Jahn 2000). Weiterhin steht außer Zweifel, dass Kinder schon früh auf eigene Unflüssigkeiten reagieren können. Dies wird dadurch deutlich, dass bereits 2- und 3-Jährige auf ihr Stottern mit Anstrengung und An kämpfverhalten antworten können (Yairi 1983; Yairi et al. 1993).

Teilwortwiederholungen. Laut- und Silbenwiederholungen haben keinen informativen Charakter für den Zuhörer und bergen keinen beabsichtigten Zeitgewinn für den Sprecher. Sie unterscheiden sich quantitativ und qualitativ von den normalen Wiederholungen ganzer Wörter oder Satzteile. Stottererspezifische Wiederholungen betreffen kleinere Segmente, also einzelne **Silben** oder **Laute**. Sie stehen oft zu Beginn einer Phrase, z.B. „Ka-ka-ka-kannst du mir mal sagen ...“. Die „Zerstörung“ der Wortgestalt in Teilwörter wird von Zuhörern als irritierend empfunden (Silverman 1996).

Quantität und Qualität. Zur *qualitativen Bestimmung* ist es üblich, die Anzahl der Iterationen anzugeben, wobei der Ziellaut oder die Zielsilbe nicht mitgezählt wird, z.B. entspricht „kö-kö-kö-können“ drei Iterationen. Spricht man von der *Quantität* von symptomatischen Wiederholungen, dann ist damit gemeint, wie viele Wörter oder Silben in der Sprechprobe betroffen sind, z.B. acht Teilwortwiederholungen in 100 Silben. Die stottertypischen Wiederholungen stellen eine Unterbrechung des Sprechtempos oder des Rhythmus dar. Es können zusätzlich Zeichen von Anstrengung hör- oder sichtbar werden, z.B. Anspannung der orofazialen Muskulatur oder Veränderung der Sprechstimmlage (Sandrieser 1997).



Eine Beschreibung von stottertypischen Teilwortwiederholungen beinhaltet:

- Angabe, ob es eine Laut- oder Silbenwiederholung war,
- Häufigkeit der Wiederholungen in den untersuchten Sprechproben,
- die dabei beobachtete Anzahl an Iterationen.

Eine präzise Beschreibung lautet z.B.: In 100 Silben wurden 4 Silbenwiederholungen mit bis zu 5 Iterationen festgestellt.

Dehnungen, Verlängerungen. Diese liegen vor, wenn ein Laut länger andauert, als es der erwartbaren Artikulationsdauer entspricht. Dehnungen können bis zu mehreren Sekunden dauern. Sie unterbrechen den Informationsfluss, obwohl der Sprechfluss durch die andauernde Phonation aufrechterhalten bleibt, z.B.: „Sssssssag doch endlich, Mmmmmama.“ Da ein Sprecher normalerweise fünf bis sechs Silben pro Sekunde realisiert,

wird durch eine Dehnung der Rhythmus des Gesprochenen verändert und die Sprechgeschwindigkeit verringert. Entsprechend ihrer phonetischen Struktur können Vokale, Frikative und Nasale verlängert werden. Es ist auch möglich, andere Laute wie z.B. /k/ und /p/ zu verlängern. Dadurch verändert sich deren phonetische Struktur und sie werden zu sog. **Kontinuanten**, also Lauten, deren Luftstrom ununterbrochen fortbesteht.

Blockierungen, Blocks, Stopps. Hierbei handelt es sich um unfreiwillige Unterbrechungen des Sprechablaufs oder stimmlose Verzögerungen der einsetzenden Phonation. Sie können auf artikulatorischer Ebene stattfinden, auf glottaler Ebene und auf der Ebene der Atemmuskulatur (Guitar 1998). Diese Ebenen können bei einer Blockierung aber auch gleichzeitig beteiligt sein. Ein gemeinsames Charakteristikum ist die übermäßige Aktivierung von antagonistischer Muskulatur (Schulze u. Johannsen 1986, S.43). Bei glottalen Blockierungen schließen sich die Stimm Lippen. Damit wird der Luftstrom unterbrochen und die Phonation oder die Vorbereitung zur Phonation wird gestoppt. Der Stimmabsatz ist hart, es kann zu einem „vocal fry“ kommen. Bei artikulatorischen Blockierungen kommt es zu einem Stillstand der Artikulationsbewegungen. Blockierungen der Atemmuskulatur äußern sich in der gleichzeitigen Anspannung von in- und expiratorischen Muskelgruppen, sodass der zum Sprechen benötigte subglottische Druck verloren geht (Starke 2000).

Weitere Hinweise zu Blockierungen:

- Blockierungen können flüchtig sein oder bis zu mehreren Sekunden andauern. Blockierungen werden durch die oft spürbare Anspannung der laryngealen Muskulatur, der Atem- oder Artikulationsmuskulatur als physisch unangenehm erlebt (Sandrieser 1997).
- Häufig sind Blockierungen unhörbar. Von ungefüllten Pausen unterscheiden sich stumme Blockierungen dadurch, dass sie unfreiwillig sind und häufig an für Pausen untypischen Stellen auftreten. Außerdem können manchmal unhörbare Artikulationsbewegungen beobachtet werden.
- Der Kontrollverlust über das Sprechen wird bei Blockierungen sehr deutlich erlebt. Versuche, Blockierungen zu überwinden, werden im folgenden Kapitel vorgestellt. Es sei hier schon darauf hingewiesen, dass Stottern nicht

durch „falsche Atmung“ entsteht, sondern dass die Unterbrechung des Luftstroms Teil des Symptoms ist. Therapien, die auf eine Veränderung der Atmung abzielen, setzen lediglich an einem Merkmal an, das das Symptom begleitet.

Einige Autoren treffen keine Unterscheidung zwischen Blockierungen und Dehnungen. Sie gehen davon aus, dass Blockierungen nichts anderes seien als stumme, sehr angespannte Dehnungen (silent prolongation) eines Lautes. Daher verwenden sie den Oberbegriff „Dehnung“ und beschreiben die qualitativen Unterschiede.

Von Yairi und Ambrose (1999) werden Dehnungen, Blockierungen und Wiederholungen von Lauten oder Silben unter dem Begriff „unrhythmische Phonation“ (disrhythmic phonation) zusammengefasst.

Sonderfall: Wiederholung von Einsilbern

Die Wiederholung von einsilbigen Wörtern stellt einen Sonderfall dar. Sie kann entweder symptomatisch sein oder als funktionelle Unflüssigkeit genutzt werden.



Differenzialdiagnostische Kriterien sind:

- kurze Pausen zwischen den Iterationen, bzw. zwischen Iteration und Zielwort,
- unrhythmische Iterationen,
- Begleitsymptomatik,
- mehr als eine Iteration.

Gestotterte Einsilberwiederholungen. Sie fallen durch kurze Pausen und eine unrhythmische Produktion auf. Eine exakte Zeitmessung ist nicht zwingend nötig – selbst ungeübte Zuhörer fallen intuitiv mit großer Übereinstimmung die Entscheidung, ob das Wort absichtlich wiederholt ist oder gestottert wurde (Zebrowski u. Conture 1989). Wenn eine Begleitsymptomatik vorliegt, werden Einsilberwiederholungen als gestottert angesehen. Für die praktische Handhabung und eine mögliche Therapieplanung empfiehlt sich eine qualitative Beschreibung der Einsilberwiederholung und ggf. eine Begründung, warum sie bei diesem Patienten als gestottert interpretiert werden.

Anzahl der Iterationen. Yairi (2002) schließt aus den Daten von mehr als 200 Kindern, die kurz nach Stotterbeginn untersucht wurden, dass die Anzahl der Iterationen ein weiterer Hinweis darauf ist, ob die Wiederholung symptomatisch ist oder nicht: Bei stotternden Kindern sind mehr als einmalige Wiederholungen üblich.

Begriffserklärung „Symptom“:

- eindeutige stottertypische Unflüssigkeiten,
- Hinweis auf einen Kontrollverlust, erkennbar durch stottertypische Unflüssigkeiten in der Kommunikation mit Coping-Strategien; hier kann ein Symptom durchaus komplex werden, z. B. „gib den b..., ähm, ich mein' den ähm, gib mal den b-b, das leder“,
- Hinweise auf Kontrollverlust ohne stottertypische Unflüssigkeiten, z. B. „in der Jugendher-ähm-ähm-berge“.

Komplexe Symptome

Ein Laut oder eine Silbe kann gleichzeitig mehrere Arten von Unflüssigkeiten aufweisen. Zum Beispiel kann vor der Realisierung eines Lautes eine Blockierung auftreten und der Laut selbst dann gedehnt oder wiederholt werden (z. B. Blockierung – „ka-ka-kakannst“). Bei der quantitativen Bestimmung der Symptome zählt man pro Laut oder Silbe der Sprechprobe generell nur eine Unflüssigkeit. Die Komplexität wird später in der qualitativen Bestimmung berücksichtigt. Hierzu ist es notwendig, die einzelnen Elemente genau zu beschreiben. Dabei kann es schwierig sein, herauszufinden, ob es sich ausschließlich um symptomatische oder um ein Zusammentreffen von funktionellen und symptomatischen Unflüssigkeiten handelt. Im Beispiel „da-da-da ähh da-da-das“ könnte „äh“ sowohl eine gefüllte Pause, also eine funktionelle Unflüssigkeit, als auch ein Teil der Stottersymptomatik sein. Im Verlauf des Stotterns kann es nämlich vorkommen, dass normale Unflüssigkeiten eingesetzt werden, um einen Laut oder ein Wort hinauszuzögern, bei dem ein Stottersymptom erwartet wird. Dieses Phänomen wird als **Aufschubverhalten** bezeichnet.

Viele Stotternde erleben, dass sie normale Unflüssigkeiten leichter aussprechen können und setzen sie vor einer symptomatischen Unflüssigkeit ein. Dann spricht man von einem **Starter**, mit dem die Phonation initiiert werden soll. Normale Unflüssigkeiten werden auch in anderen Strategien verwendet, mit dem Stottern umzugehen, z. B. um eine Blockierung zu überwinden oder um

einen „Anlauf“ zu nehmen, damit man besonders schnell durch die Äußerung kommt, in der Hoffnung, dass das gefürchtete Wort bei diesem Tempo flüssig bleibt (Natke 2000, S. 21). In diesem Fall ist eine Unterscheidung in „normale“ und „symptomatische“ Anteile der komplexen Unflüssigkeit schwer. Es erscheint sinnvoll, die gefüllte Pause oder Floskel als normale Unflüssigkeit zu erfassen, aber für die Therapieplanung festzuhalten, dass es sich um ein Begleitsymptom handeln könnte. In der Therapie können ältere Kinder auch gezielt danach befragt werden.

Coping-Strategien. Das oben erwähnte Aufschubverhalten ist eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten, die Stotternde entwickeln, um das Auftreten oder den Verlauf von Stottern zu beeinflussen. Diese sog. Coping-Strategien, also Strategie-

gien zur Bewältigung, werden im folgenden Kapitel näher erläutert.

■ Zusammenfassung

Es gibt normale und symptomatische Sprechunflüssigkeiten. Normale Unflüssigkeiten werden zumeist von Zuhörern als unauffällig eingestuft. Die symptomatischen Unflüssigkeiten (Blockierungen, Dehnungen und Wiederholungen) sind typisch für Stottern. Bei symptomatischen Unflüssigkeiten reagieren Zuhörer irritiert und bewerten ihr Auftreten als auffällig, auch wenn sie von kurzer Dauer sind. Dabei scheint eine Rolle zu spielen, dass sie keinen praktischen Nutzen haben. Dehnungen und Blockierungen verändern zudem auch den Sprechfluss und haben somit Auswirkungen auf Rhythmus und Sprechgeschwindigkeit. Symptomatische Unflüssigkeiten können beim Sprecher das Gefühl von Kontrollverlust über das Sprechen hervorrufen. ■

Stottern

Das vereinzelte Auftreten symptomatischer Unflüssigkeiten ist kein ausreichendes Anzeichen für das Störungsbild Stottern, da die Unflüssigkeiten auch bei nichtstotternden Personen vorkommen können. Entscheidend ist ihre Häufigkeit und ihre Qualität.

■ Kernsymptome

Im Zusammenhang mit Stottern werden symptomatische Unflüssigkeiten auch als Kernsymptome (core behavior) bezeichnet. Diese Bezeichnung wurde von Charles Van Riper (1971, 1982) geprägt. Kernsymptome sind unfreiwillige Blockierungen, Dehnungen von Lauten und Wiederholungen von Lauten und einzelnen Silben. Manche Autoren zählen auch die Wiederholung einsilbiger Wörter dazu (Guitar 1998, S. 88; Yairi u. Ambrose 1999).

Wie bereits ausführlich dargestellt, unterscheiden sich normale und symptomatische Unflüssigkeiten grundsätzlich. Es gibt bislang keinerlei empirische Hinweise darauf, dass Kernsymptome aus normalen Unflüssigkeiten entstehen, die sich zu Stottersymptomen „weiterentwickeln“.

Die Bezeichnungen „tonisches“ Stottern für angespannte Blockierungen und Dehnungen und „klonisches“ Stottern für Wiederholungen sollte

vermieden werden. Sie stammen aus einer Zeit, in der noch vermutet wurde, dass es sich beim Stottern um ein zerebrales Krampfleiden handle (s. Gutzmann 1924, S. 430; Fröschels 1931, S. 469; Luchsinger u. Arnold 1949, S. 385; Seemann 1969, S. 287) und als noch von Stotterspasmen die Rede war (Van Riper 1992). Bereits Fröschels verwies auf die Gefahr, durch die Begrifflichkeit fälschlicherweise die Assoziation eines Krampfleidens herzustellen (Fröschels 1931, S. 414ff). Für die Befunderhebung und die Therapieplanung ist es sinnvoller, Kern- und Begleitsymptome zu ermitteln und ihre Qualität zu erfassen (z. B. Kernsymptomatik in Form von Lautwiederholungen mit bis zu sieben Iterationen und Begleitsymptomatik in Form von Anstrengung, die durch muskuläre Anspannung im orofazialen Bereich und eine Erhöhung der Stimmlage während der Iterationen deutlich wird).

■ Begleitsymptome

Als Begleitsymptome werden alle Erscheinungen bezeichnet, die zur Kernsymptomatik hinzukommen, meist Reaktionen auf die Kernsymptomatik. Die Begleitsymptomatik weist eine große individuelle Vielfalt auf. Bei ihrer Entstehung sind Lernprozesse beteiligt, häufig entstehen sie unbewusst.

Das Auftreten von Begleitsymptomatik wird aus therapeutischer Sicht als negativ bewertet, da es zumindest langfristig körperlich oder emotional belastender ist als die Kernsymptomatik und die Kommunikation auf der sozialen Ebene wesentlich stärker behindert.

Begleitsymptomatik kann sich auf folgenden Ebenen äußern:

- **Emotionen und Einstellungen:** z.B. psychische Anspannung, Frustration, Sprechangst, Abwertung der Sprechfähigkeit, Selbstabwertung als Sprecher, Versagensangst;
- **Verhalten/Sozialverhalten:** z.B. Vermeiden von Situationen, in denen gesprochen werden muss, Abbruch des Blickkontakts;
- **Sprechverhalten:** z.B. Veränderung der Sprechweise wie Flüstern, Langsamsprechen, Schweigen, veränderte Sprechatmung;
- **sprachliche Ebene:** z.B. Vermeiden gefürchteter Wörter, Satzabbrüche, Einschub von Floskeln, um ein gefürchtetes Wort aufzuschieben, Satzumstellungen;
- **Motorik:** z.B. physische Anspannung, Mitbewegungen wie Grimassieren, Kopf- und Armbewegungen;
- **vegetative Ebene:** z.B. Erröten, Schweißausbruch.

Aus dieser Liste wird deutlich, dass viele dieser Begleitsymptome als Strategien interpretiert werden können, die dazu dienen sollen, besser mit dem Stottern zurechtzukommen. Diese sog. Coping-Strategien werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

■ Coping-Strategien

Während der Begriff „Begleitsymptomatik“ wertend alle ungünstigen Begleiterscheinungen meint, betont der wertneutrale Begriff „Coping-Strategie“ den zielgerichteten Charakter vieler Reaktionen auf Stottern.

Das Wort „Coping“ leitet sich ab vom englischen Verb „to cope with“: mit etwas fertig werden (Schöffler u. Weis 1978). Mit dem Stottern „fertig werden“ müssen sowohl das Kind als auch seine Bezugspersonen. Sie haben den **Kontroll- und Zeitverlust durch Stottern** und die **Reaktionen aus der Umgebung** zu bewältigen.

Die dafür verwendeten Coping-Strategien sind Ausdruck eines kreativen Problemlöseverhaltens. Die Wechselwirkung der Coping-Strategien des Kindes mit denen seiner Bezugspersonen und der Einfluss gesellschaftlicher Vorurteile auf diesen Prozess werden im Kapitel „Emotionale Entwicklung und Stottern“ näher erläutert. Vom Kind werden Coping-Strategien bewusst oder intuitiv unbewusst eingesetzt, um den **Stottermoment zu überwinden** oder **ihm vorzubeugen**.

Fluchtverhalten. Es dient dazu, ein Symptom zu überwinden und so schnell wie möglich daraus zu fliehen. Oft lässt sich erkennen, dass Kinder regelrecht gegen die Störung im Sprechablauf mit erhöhtem Kraftaufwand ankämpfen, weswegen manche Formen des Fluchtverhaltens auch als „Ankämpfverhalten“, z.B. in Form von Mitbewegungen oder erhöhter muskulärer Anspannung, bezeichnet werden. Fluchtverhalten liegt auch vor, wenn Kinder **im Symptom** Atemveränderungen anwenden, um sich daraus zu befreien (inspiratorisches Stottern, Atemvorschub).

Vorbeugeverhalten. Es wird bereits eingesetzt, **bevor** ein Symptom beginnt, um dieses zu unterdrücken oder zu vermeiden. Zum Vorbeugeverhalten zählen:

- **Veränderungen der Sprechweise** (Flüstern, skandierendes Sprechen, Singsang, inspiratorische Sprechen etc.), die symptomfreies oder symptomvermindertes Sprechen ermöglichen.
- **Sprachliches Vermeideverhalten** ist dadurch gekennzeichnet, dass gefürchtete Laute oder Wörter durch Umformulieren umgangen werden.
- **Situatives Vermeiden** liegt vor, wenn die Angst vor dem Stottern dazu führt, Sprechsituationen zu vermeiden.
- **Aufschubverhalten** nennt man Versuche, ein gefürchtetes Wort hinauszuzögern, bis das Gefühl entsteht, dass es flüssig gesprochen werden kann. Hierzu werden flüssige Elemente (meist Floskeln, Interjektionen, Wiederholung von Wörtern oder Satzteilen) so lange dem ge-

fürchteten Wort vorangestellt, bis die Gefahr eines Symptoms gebannt scheint. Wenn ein Symptom erwartet wird, sollen **Starter** den Sprechbeginn erleichtern. Starter können Floskeln und Interjektionen, aber auch die Wiederholung von sprachlichen Elementen sein und sind in diesem Fall nur schwer von Aufschubverhalten zu unterscheiden. Auch Atemvorschub oder ein vertieftes Einatmen vor einem gefürchteten Laut können Starter sein. Auf diese Weise soll das folgende Wort flüssig gesprochen werden können.

Sprachliches Vermeiden, Aufschubverhalten und Starter lassen sich manchmal nur schwer von funktionellen Unflüssigkeiten abgrenzen. Einsilber- und Teilwortwiederholungen können Starter- oder Aufschubfunktion haben (z.B. „Ich bin bin bin bin Peter.“).

Selbst wenn Symptome erfolgreich vermieden werden, können Vorbeugestrategien zu einer unnatürlichen Sprechweise führen.

Nachteile der Flucht und Vorbeugestrategien. Coping-Strategien können sich als mehr oder weniger zweckmäßig erweisen. Einige können die Stotterproblematik sogar aufrechterhalten und erschweren das Sprechen. Sie entstanden, weil sie eine Zeit lang vermeintlich oder wirklich geholfen haben, Kernsymptome zu verhindern oder schnell zu beenden. Üblicherweise verlieren sie nach einiger Zeit ihre Funktion, Kernsymptome gut zu bewältigen. Sie bestehen aber häufig automatisiert

weiter. Um die gewünschte Kontrollwirkung zu erreichen, werden nun neue Strategien entwickelt oder ausgeprägtere Formen der alten Strategien kommen hinzu. So kann ein immer komplexeres, auffälligeres und belastenderes Stotterverhalten entstehen.



Die Coping-Strategien Vermeidung und Tabuisierung sind Versuche, mit unangenehmen Emotionen umzugehen.

Funktionelle und dysfunktionelle Coping-Strategien. Vermeidung und Tabuisierung tragen dazu bei, dass sich die Angst vor dem Stottern erhöht und dadurch die Wahrscheinlichkeit für Stotterereignisse zunehmen kann (s.Kap. „Emotionale Entwicklung und Stottern“). Daher ist es sinnvoll, Coping-Strategien nach den Kriterien „**funktionell**“ und, langfristig gesehen, „**dysfunktionell**“ zu bewerten (Tab.1.1).



Das Ziel der Therapie des chronischen Stotterns bedeutet nichts anderes als die Vermittlung funktioneller Coping-Strategien auf den nachfolgend genannten Ebenen und den Abbau von dysfunktionellen Coping-Strategien.

In der therapeutischen Praxis werden überwiegend Kinder mit dysfunktionellen Coping-Strategien vorgestellt. Darüber darf man nicht aus den Augen verlieren, dass viele Kinder, die eine Spon-

Tabelle 1.1 Beispiele für dysfunktionelle und funktionelle Coping-Strategien des Kindes

Ziel	Dysfunktionell	Funktionell
Symptom überwinden	Fluchtverhalten, z. B. • Anstrengungs- und An kämpfverhalten • Mitbewegungen • Atemauffälligkeiten	• stoppen • ohne Anspannung weiterstottern
Symptomen vorbeugen	Vorbeugeverhalten, z. B. • Vermeiden, z. B. von Wörtern oder Situationen • Starter/Aufschub, z. B. Floskeln, Interjektionen, Satzteil-Wiederholungen • Veränderung der Sprechweise, z. B. Singsang, Flüstern, Skandieren	• intuitive Verlangsamung der Sprechweise
Unangenehme Emotionen bewältigen	• Tabuisierung • Vermeidung • Bagatellisierung	• thematisieren • offenes Stottern

tanremission haben, intuitiv funktionelle Coping-Strategien entwickelt hatten – sie haben sich sozusagen selbst geholfen

Funktionelle Coping-Strategien. Diese können auf folgenden Ebenen beobachtet werden:

- **Emotionen und Einstellungen:** Selbstakzeptanz und geringe negative Emotionalität in Verbindung mit Stottern; große Toleranz gegenüber Zeitdruck und negativen Zuhörerreaktionen.
- **Verhalten/Sozialverhalten:** situationsangemessenes Kommunikationsverhalten; Fähigkeit, Stottern angemessen zu thematisieren und den Kommunikationspartner im Umgang mit Stottern zu unterstützen; Fähigkeit, sich gegenüber negativen Reaktionen zu behaupten.
- **Sprech- und Stotterverhalten:** eine natürliche Sprechweise, d.h. flüssiges Sprechen in angemessenem Rhythmus und ohne große Anstrengung.
- **Sprachliche Ebene:** keine Satzabbrüche, Umformulierungen, Interjektionen etc., um Stottern zu vermeiden.
- **Motorik:** Strategien zur Symptombearbeitung, die sich auf eine Verlangsamung der normalen Artikulationsabläufe unter taktil-kinästhetischer Kontrolle beschränken.

Entwicklung dysfunktioneller Coping-Strategien. Die Entwicklung der belastenden Begleitsymptomatik wird begünstigt durch

- den ständigen Wechsel von Stotterhäufigkeit und -stärke; stotternde Kinder und ihre Eltern werden dadurch immer wieder in ihren Hoffnungen enttäuscht, dass die Störung vorüber sei;
- ungünstige emotionale Reaktionen der Eltern und anderer Personen im Umgang mit dem

Stottern ihres Kindes (z.B. starke Schuldgefühle, Scham);

- ungünstige Reaktionen der Umgebung auf das Stottern, z.B. Entzug der Aufmerksamkeit auf der Inhaltsebene, Beschämung, Ermahnung zum langsamen Sprechen;
- mangelnde oder falsche Kenntnisse der Bezugspersonen über das Stottern, da ungünstige Reaktionen auf das Stottern häufig hierin begründet sind;
- ungünstige Umgebungsfaktoren wie Zeitdruck, Unruhe, schlechtes Zuhörerverhalten;
- das Temperament des Kindes (z.B. Schüchternheit [Perkins 1992], geringe Frustrationstoleranz, Perfektionsanspruch) und geringe Fähigkeit, Probleme zu lösen.

■ Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik

Die Entstehung und der Verlauf des Stotterns ist ein dynamischer Prozess mit großen individuellen Unterschieden (Yairi et al. 1993).

In diesem Prozess beeinflussen sich Kern- und Begleitsymptome gegenseitig (Abb.1.1). Kernsymptome führen einerseits zur Entwicklung von Begleitsymptomen. Begleitsymptome lösen aber auch Kernsymptome aus und verstärken sie. Zusätzlich können sich auch verschiedene Kern- oder Begleitsymptome jeweils untereinander beeinflussen. Im Folgenden sind einige Beispiele für diese Wechselwirkung aufgeführt.

- Das emotionale Begleitsymptom „unangenehmes Empfinden von Kontroll- und Zeitverlust während einer Unflüssigkeit“ kann dazu führen, dass An kämpfverhalten entsteht. Dies wird sichtbar in einem Ansteigen von Tonhöhe und Lautstärke während der Unflüssigkeit.

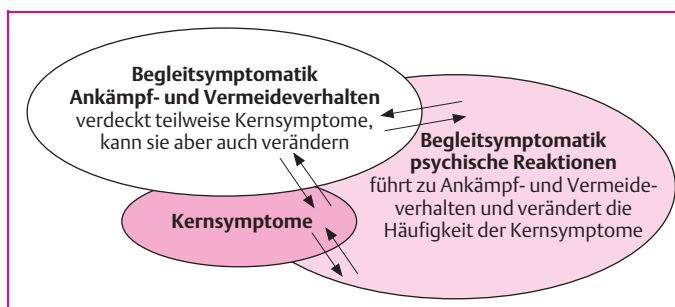


Abb. 1.1 Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik.

Hinsichtlich des flüssigen Sprechens wird also der Parameter „motorische Anstrengung“ verändert.

- Das Kernsymptom „Teilwortwiederholung“ kann durch das Begleitsymptom „Ankämpfverhalten“ zu einer Blockierung werden.
- Das Begleitsymptom „Sprechangst“ kann in einer Situation ein gehäuftes Auftreten von Kernsymptomen auslösen.
- Das Kernsymptom „Blockierung“ in einer Situation, in der bisher nicht gestottert wurde, kann dazu führen, dass beim nächsten Mal in einer vergleichbaren Situation das Begleitsymptom „Sprechangst“ auftritt.
- Das Kernsymptom „Blockierung“, das gehäuft einen bestimmten Laut oder ein Wort betrifft, kann zu der Begleitsymptomatik führen, dass dieser Laut oder dieses Wort als besonders problematisch eingeschätzt und deshalb vermieden wird.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass es irreführend ist, Kernsymptome als „Primärsymptome“ des Stotterns und Begleitsymptome als „Sekundärsymptome“ zu bezeichnen. Diese Begriffe suggerieren fälschlich eine einseitige Kausalität und zeitliche Abfolge in der Entwicklung des Stotterns.

Man ging früher noch davon aus, dass „tonisches“ Stottern aus „klonischem“ Stottern entstehe (Fröschels 1931, S.432). In diesen Bezeichnungen vermischen sich Beschreibung der Symptomatik und Vermutung über die Entwicklung des Stotterns auf unpräzise Weise. Denn dass angespannte symptomatische Unflüssigkeiten aus ursprünglich lockeren symptomatischen Unflüssigkeiten entstehen, ist eine Annahme, die sich durch empirische Daten nicht grundsätzlich bestätigen lässt.

Stotterbeginn und Begleitsymptome. Bei manchen Kindern treten von Anfang an deutliche Blo-

ckierungen mit Anspannung sowie von Mitbewegungen begleitete häufige Iterationen von Silben auf (Yairi 1983; Yairi u. Lewis 1984). Alle empirischen Untersuchungen, die sich mit Stottern zu einem frühen Zeitpunkt nach Beginn beschäftigten, konnten nachweisen, dass Begleitsymptome auch schon in den ersten Wochen nach Stotterbeginn möglich sind (Ambrose u. Yairi 1999). Es bestehen große interindividuelle Unterschiede in der Entwicklung von Kern- und Begleitsymptomatik, und zwar sowohl hinsichtlich der Art und Häufigkeit der Symptome als auch hinsichtlich der Abfolge und Geschwindigkeit der Veränderungen der Symptomatik im weiteren Verlauf der Störung. Glücklicherweise gibt es eine große Anzahl von Kindern, die auf ihr Stottern mit keinerlei Begleitsymptomatik reagieren, weswegen sie nur selten zur Diagnostik vorgestellt werden.

Typische Verläufe. Ob anhand der unterschiedlichen Entwicklung von Kern- und Begleitsymptomatik verschiedene Untergruppen von stotternden Kindern mit jeweils typischen Verläufen differenziert werden können, ist noch ungeklärt. Hier sind Längsschnittuntersuchungen erforderlich, um festzustellen, inwieweit die Entwicklungsverläufe des Stotterns therapeutisch beeinflusst werden können und welchen prognostischen Faktor die Qualität der symptomatischen Unflüssigkeiten zu Beginn der Störung hat.

■ Zusammenfassung

Die Kernsymptome des Stotterns sind Teilwortwiederholungen, Dehnungen und Blockierungen. In Wechselwirkung mit der Kernsymptomatik entwickeln sich Begleitsymptome. Diese können schon früh nach Stotterbeginn auftreten und belastender und auffälliger werden als die Kernsymptomatik. Der Begriff „Coping-Strategien“ betont den zielgerichteten Charakter vieler Reaktionen auf Stottern. In der Therapie müssen dysfunktionelle Coping-Strategien abgebaut und funktionelle Coping-Strategien etabliert werden. ■

Theorie des flüssigen und unflüssigen Sprechens

Um Störungen des flüssigen Sprechens beurteilen zu können, ist es nötig, ein Konzept von flüssigem Sprechen zu haben und Kategorien für die verschiedenen Arten der Unflüssigkeiten zu definieren. Der Begriff „Flüssigkeit“ leitet sich vom lateinischen Verb „**fluere**“ (fließen) ab. Das Attribut

„flüssig“ wird häufig genutzt, um anzugeben, wie kompetent sich eine Person in einer Fremdsprache ausdrücken kann.

Sprachliche Flüssigkeit. Der Begriff der sprachlichen Flüssigkeit (Fillmore 1979) ist eng ver-