



Claudia Ochsenkühn

Autorin

- 1992 Examen an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie an der LMU München
- Mehrjährige Tätigkeit als klinische Logopädin in Frühfördereinrichtung und Phoniatrie
- Lehrlogopädin für den Bereich kindliches Stottern und Sprachentwicklungsstörungen an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie an der LMU München
- Ausbildung in klientenzentrierter und hypnotherapeutischer Gesprächsführung (C. Rogers, M. Erickson)
- Dozententätigkeit
- seit 1999 Logopädin in eigener Praxis



Monika M. Thiel

Autorin und Herausgeberin von »Praxiswissen Logopädie«

- Studium der Theologie in Tübingen und Münster
- Ausbildung zur Logopädin in Köln
- Mehrjährige klinische Tätigkeit als Logopädin in Bremerhaven und Frankfurt/Main, parallel Dozententätigkeit
- Forschungsaufenthalt in New York City
- Mehrjährige Tätigkeit als Lehrlogopädin und Leitende Lehrlogopädin an der Staatlichen Berufsfachschule für Logopädie an der LMU München
- Ausbildung in systemischer Supervision/Praxisanleitung
- Seit 2002 selbstständige Tätigkeit als Logopädin

Praxiswissen Logopädie

Herausgegeben von Monika M. Thiel

Claudia Ochsenkühn
Monika M. Thiel

Stottern bei Kindern und Jugendlichen

Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie

Mit einem Geleitwort von Professor Nitza Katz-Bernstein

Mit 22 Abbildungen und 3 Tabellen

Claudia Ochsenkühn

Stiftsring 20
84424 Isen

Monika M. Thiel

Frundsbergstraße 2
80634 München

Professor Nitza Katz-Bernstein

Universität Dortmund
Fakultät für Rehabilitationswissenschaften
Emil-Figge-Straße 50
44221 Dortmund

ISSN 1619-5159

ISBN 3-540-42868-2

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funk-sendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.**Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media**

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2005

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Waren-zeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung/Lektorat: Marga Botsch, Heidelberg

Desk Editing: Claudia Bauer, Heidelberg

Herstellung: Isolde Scherich, Heidelberg

Zeichnungen: Günther Hippmann, Nürnberg

Layout: deblik Berlin

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

SPIN 10784541

Satz: medio Technologies AG, Berlin

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/3160/is – 5 4 3 2 1 0

Geleitwort

»Für komplexe Sachverhalte gibt es immer einfache Lösungen, und sie sind gewöhnlich falsch...«

(nach Carey, zit. v. Branik, 2004)

Was wünscht sich eine Fachperson, die sich seit 30 Jahren tagtäglich mit dem Phänomen »Kindliches Stottern« befasst, sei es therapeutisch, konzeptuell, ausbildend und/oder weiterbildend, forschend oder entsprechende Institutionen leitend? Sie wünscht sich ein praktikables und praxisnahes, leserfreundliches, aktuelles, informatives, gut recherchiertes und Überblick verschaffendes Buch über das Stottern.

Und was erhofft sie sich von einem solchen Buch, wenn sie eingeladen wird, ein Geleitwort dafür zu schreiben? Eine differenzierte, integrative Herangehensweise an das Thema, die alte Konzepte, Erfahrungen und Wissen würdigt und neue Entwicklungen zu erschließen vermag. In einer solchen gebührenden »Co-Existenz der Generationen« spiegelt sich eine therapeutische und wissenschaftliche Reife, die sich wohltuend von schnelllebigen, monofaktoriellen »Erlösungsphantasien« absetzt.

Solche reizvoll einfachen »Heilungsvorstellungen« begleiten das Phänomen Stottern seit jeher. »Es muss doch endlich ein Konzept geben, das das stotternde Kind von seinem Stottern befreit!«, lauten sie.

Wenn einem stotternden Kind in einer Kindergruppe ein Wollknäuel in die Hand gedrückt und gesagt wird: »Stell dir vor, das wäre dein Stottern, was möchtest du mit deinem Stottern am liebsten machen?«, so ist oftmals die erste Reaktion: das Knäuel wegwerfen, sich seiner entledigen, es treten, in den Mülleimer stecken, darauf hauen, es verbrennen wollen Ich als Therapeutin rufe dann jedoch: »Halt, halt! Wir überlegen es uns noch einmal! Das Knäuel hat dich so lange begleitet, kennt dich so gut, vielleicht schauen wir es doch noch einmal gemeinsam an, vielleicht möchte oder kann es sich von uns noch nicht so schnell verabschieden, vielleicht will es dir noch manches erzählen, was es über dich weiß, Geheimnisse verraten oder einen echten Abschied feiern? Vielleicht hat es das als enger Begleiter verdient. Willst du ihm die Chance geben?«

So einfach ist sie nämlich nicht, die geradlinige Befreiung vom Stottern. Lange Jahre Forschung haben gezeigt: Stottern lässt sich nicht generalisieren, auf einfache Erscheinungsformen oder auf einheitliche und eindeutige ätiologische Faktoren reduzieren. Genauso wenig kann es einfache, eingeleisige Konzepte geben. Die Komplexität und Individualität des Phänomens muss beachtet, die Breite und Vielfalt der möglichen Ergebnisse einer Therapie im kindlichen Alter, die ungeachtet des methodischen Vorgehens von einem völligen Verschwinden aller Symptome bis hin zu einer therapieresis-

tenten Verschlimmerung über die Pubertät hinaus reichen kann, muss berücksichtigt werden.

Neben beachtenswerten, neueren deutschsprachigen Schriften zum kindlichen Stottern stellt dieses Buch eine Fortsetzung und Steigerung in eine erwünschte, erfreuliche Richtung dar, die in den letzten Jahren für Praxis, Lehre und Forschung eingeschlagen worden ist. Diese Richtung führt zu einem bausteinartigen, flexiblen und nach Bedarf einsetzbaren Aufbau der Therapie. Sie strebt danach, Methoden- und Schulenstreit zugunsten von individuell abgestimmten Möglichkeiten und Notwendigkeiten zu überwinden.

Ein solcher aktueller therapeutischer Ansatz beim Stottern sollte nicht zur Entwertung von bestehenden Konzepten, zur Entwürdigung und Ablehnung von langjährigen Erfahrungen, erprobten Methoden und fundierten Forschungsergebnissen verführen, um den eigenen Ansatz hervorzuheben. Die Autorinnen dieses Buches erliegen dieser Verführung an keiner Stelle – sie halten eine realitätsnahe Vieldeutigkeit aus und vermögen dennoch, eine diagnostisch und therapeutisch differenzierte und klare Vorgehensweise zu vermitteln. Eine solche Gratwanderung ist nicht leicht und daher besonders zu würdigen.

Ein buntes Nachschlagewerk, das bausteinartig und integrativ in vollem Wortsinn ist, wird hier vorgelegt zum Wohle der Kinder und ihrer Angehörigen sowie für einen Zuwachs an Kompetenz der Fachpersonen.

Dortmund im Juli 2004

Nitza Katz-Bernstein

Literatur:

Branik, E.: Zur Klinik, Therapie und psychosozialen Dimension der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: SAL-Bulletin (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie), Nr.111, März 2004, Zürich 2004 (1–16)

Kein Rezeptbuch

Wenn Eltern stotternder Kinder zur Therapeutin kommen, wollen sie verständlicherweise für ihr Kind die beste, wirksamste Therapie von allen. Aber welche ist denn das? Ist es Modifikation, Fluency Shaping, Atemtherapie oder doch Spieltherapie?

Während es in anderen logopädischen Bereichen gar keine Frage ist, dass verschiedene Methoden kombiniert werden dürfen (man denke dabei nur an die Stimmtherapie oder den Bereich Kindersprache), wird bei der Behandlung des kindlichen Stotterns bedauerlicherweise immer noch vehement für oder gegen bestimmte therapeutische Schulen gekämpft. Letztlich stößt aber jedes starre Konzept in der therapeutischen Praxis auf Grenzen. Einen allgemein gültigen »besten« Ansatz gibt es nicht, es kann immer nur um die optimale individuelle Methodenkombination für *ein* Kind und seine Familie gehen. Genau dafür möchten wir das »Rüstzeug« anbieten.

In einer Zeit, in der sich alle Welt vernetzt, interkultureller Austausch unser Leben bestimmt, und Manager freiwillig Selbsterfahrungsseminare besuchen, wird es glücklicherweise leichter, Grenzen aufzuweichen und neue Lösungen zu finden. Und so ist unser Anliegen auch ein zeitgemäßes, vielseitiges Therapiekonzept: eines, das flexibel genug ist, sich auf unterschiedlichste individuelle, soziale, kulturelle und dispositionelle Anforderungen einzustellen. Voraussetzung hierzu ist zum einen eine gründliche Eingangsdiagnostik, die Hypothesen über individuelle Risikofaktoren hervorbringt und die Basis zur Auswahl von Therapiebausteinen bildet. Zum anderen ist die Kontrolle des Therapieverlaufs im Sinne der Qualitätssicherung und damit auch zur Überprüfung der Wahl der therapeutischen Mittel unerlässlich. Denn bei aller Methodenvielfalt ist es erforderlich, dass der Überblick über den »Therapiefahrplan« kontinuierlich gewährleistet bleibt, um sich nicht unversehens im Netz der ausgewählten Methoden zu verheddern.

Dieses Buch ist kein »Rezeptbuch«. Es bietet vielmehr einen **Überblick über therapeutische Ansätze und Methoden**. Im Praxisteil fließen bewährte Elemente bereits bekannter Konzepte und neue Aspekte in einer **methodenübergreifenden Darstellung der relevanten Therapiebausteine** zusammen. Das Buch hilft, die geeigneten Therapiebausteine auszuwählen und dabei individuelle Prioritäten zu setzen. Es will Mut machen, die große Vielfalt der Vorgehensweisen zu entdecken, auszuprobieren und die eigene Arbeit zu bereichern.

Eine Reihe von Menschen unterstützte uns bei der Verwirklichung dieses Projektes. Unser besonderer Dank gilt Sabine Hammer, Sonja Stolp und Martina Schäfer für ihre fachliche Beratung und kontinuierliche moralische Unterstützung, Sabine Hammer zudem für ihre Grafik. Ein ausdrücklicher und herzlicher Dank geht an Brigitte Sohl, ohne die dieses Buch nicht fertig gestellt worden wäre.

Unseren Freunden und Familien, die uns trotz der langen Phasen der Abwesenheit die Treue hielten, die uns ermutigten und sich unzählige Male die gleichen Geschichten anhören mussten: Danke, das werden wir nicht vergessen. Danke, Alex Bär für seine Nervenstärke und Danke, Luis und Jakob Ochsenkühn für den Langmut mit ihrer Mutter.

Für ihre zahlreichen engagierten Fragen und Anregungen sowie für die Entwicklung des Nachsprechtextes ein herzliches Dankeschön den vielen Studierenden der Logopädie und den vielen, vielen stotternden Jungs und einigen Mädchen, die uns immer wieder zeigten, wo es lang geht!

Hans Thiel, Caroline Ewerbeck, Katja Schroff und Lisa Foster danken wir für ihre hervorragende Unterstützung beim Korrekturlesen und natürlich ein dickes »Danke« an Frau Botsch und Frau Bauer im Lektorat für ihre anhaltende Geduld und an Frau Sporns für die gute Zusammenarbeit beim Copy-Editing.

Claudia Ochsenkühn und Monika M. Thiel
München, im Januar 2004

Hinweis: Im Sinne der Lesbarkeit haben wir darauf verzichtet, beide Geschlechterformen zu nennen. Wir haben uns daran orientiert, ob überwiegend männliche oder weibliche Personen gemeint sind. So schreiben wir von dem Patienten und Stotternden, aber von der Therapeutin, Erzieherin oder Lehrerin.

Häufig wird von der Logopädin oder der (Sprach-)therapeutin gesprochen. Gemeint sind immer die Angehörigen aller sprachtherapeutischen Berufe. Die Bezeichnung »Eltern« und »Bezugspersonen« werden parallel gebraucht. Idealerweise werden möglichst viele Bezugspersonen einbezogen.

Inhalt

1	Klinik des Stotterns	1			
1.1	Versuch einer Definition	2	1.7.1	Konsistenzeffekt	19
1.2	Häufigkeit und Verbreitung	3		Definition	19
1.3	Unterscheidung und Definition von Kern- und Begleitsymptomen	4		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	20
1.3.1	Die Henne und das Ei	4	1.7.2	Adaptationseffekt	20
1.3.2	Grund- oder Kernsymptomatik	5		Definition	20
1.3.3	Begleitstörungen	5		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	20
	Sprachliche Ebene	5	1.7.3	Kommunikationsverantwortlichkeit	21
	Nichtsprachliche Ebene	7		Interne Anforderungen	21
	Psychische Ebene	7		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	21
1.4	Abgrenzung Sprechunflüssigkeiten – beginnendes Stottern – Stottern	8		Anforderungen durch die Umwelt	22
1.4.1	Altersgemäße Sprechunflüssigkeiten	8		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	22
1.4.2	Beginnendes Stottern	10		Inhaltliche Anforderungen	22
	Beginn	10		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	22
	Symptomatik	11		Prosodie und sprachliche Komplexität	23
	Warnsignale	12		Bedeutung für Diagnostik und Therapie	23
	Differenzialdiagnose: entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten – beginnendes Stottern	12	1.7.4	Einfluss motorischer Elemente auf den Redefluss	23
1.4.3	Manifestes Stottern	13		Bedeutung für die Therapie	24
1.5	Abgrenzung gegen andere Auffälligkeiten des Redeflusses	14	2	Wie entsteht Stottern?	25
1.5.1	Poltern (Cluttering)	14	2.1	Aktueller Forschungsstand	26
	Definition und Ätiologie	14	2.2	Modelle zur multifaktoriellen Verursachung	27
	Symptomatik des Polterns	14	2.2.1	Was soll man sich unter der Disposition vorstellen?	27
1.5.2	Tachylalie	15	2.2.2	Modelle zum Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren	28
1.5.3	Neurogenes Stottern	15		Das Modell des überlaufenden Fasses	29
1.5.4	Wortfindungsstörungen	17		Das Anforderungs- und Kapazitäten-Modell	29
1.6	Kontinuität oder kategoriale Gegensätze?	17			
1.6.1	Die Kontinuitätsannahme nach Bloodstein	17			
1.6.2	Stottern als Symptom einer komplexen organischen Störung	18			
1.7	Strukturelle Gemeinsamkeiten des Stotterns	19			

2.3	Faktoren, die zusammen mit Stottern beobachtet werden können	31		Reaktion des Kindes: Störungsbewusstsein – Kombination von Bewusstsein und Leidensdruck ...	47
2.3.1	Familiäre Häufung und genetische Komponente	32	3.2.3	Fragen zur emotionalen Konstitution und zum Verhalten .	49
2.3.2	Störung der zentralen Wahrnehmungsentwicklung	34	3.2.4	Fragen zur kindlichen Allgemeinentwicklung	51
	Umstellung von auditivem auf kinästhetisches Feedback	34	3.2.5	Familienanamnese	52
	Hemisphärenambivalenzen und Lateralität	35	3.2.6	Fragen zum familiären und sozialen Umfeld	52
2.3.3	Zeitliche Störung der Feinmotorik-koordination von Atmung, Stimme und Artikulation	35	3.2.7	Klärung der Therapiemotivation mit Eltern und Kind	52
2.3.4	Zusammenhang mit psycholinguistischen Fähigkeiten	36	3.3	Die Anamnese bei unterschiedlichen Altersstufen	54
	Stottern ohne Auffälligkeiten der Sprachentwicklung	37	3.3.1	Anwesenheit des Kindes – ja oder nein?	54
	Stottern und Sprachentwicklungsverzögerung	37	3.3.2	Themen des Erstgespräches mit dem stotternden Kind	55
	Linguistische Ebenen der mit Stottern auftretenden Sprachstörungen	37	4	Befunderhebung	57
2.3.5	Störungen der psychosozialen Entwicklung	38	4.1	Erstdiagnostik als Grundlage der Therapieplanung	58
	Persönlichkeitsmerkmale	38	4.2	Arbeitsprinzipien	58
	Psychosoziale Interaktionsstörung	39	4.2.1	Ressourcenorientierte Diagnostik und Therapie	58
	Wie sieht die Überforderung konkret aus?	40	4.2.2	Der Umgang mit dem Tabu Stottern	59
2.3.6	Resultierende Risikofaktoren	41	4.2.3	Die enge Orientierung am Kind ..	60
2.3.7	Ausblick	41	4.2.4	Durchführung und Dokumentation der Untersuchung	61
3	Anamneseerhebung	43	4.3	Befundbogen	61
3.1	Situation des Erstgespräches	44	4.4	Untersuchungsparameter und ihre Relevanz für die Therapie	62
3.1.1	Elemente und Funktionen des Erstgesprächs	44	4.4.1	Von der Diagnostik zur Therapieplanung	62
3.1.2	Mit welchen Gefühlen und Fragen kommen die Eltern zum Erstgespräch?	44	4.4.2	Untersuchung der verschiedenen Sprechleistungsstufen	63
3.2	Anamnesefragebogen	46		Qualitative Untersuchung der Sprechleistungsstufen	65
3.2.1	Beschreibung der aktuellen Symptomatik, Variabilität und Verlauf ..	46		Qualitative Auswertung der Spontansprache unter Einsatz von Stressoren	65
3.2.2	Umgang des Kindes und der Umwelt mit dem Stottern	47			

Im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis	66	4.5	Beispielauswertung und Erstellung des Befundes	83
Quantitative Auswertung der Sprechproben	67	4.5.1	Auswertung der Stichprobe	83
Protokoll zur quantitativen Auswertung von Sprechproben ...	68		Quantitative Erfassung	83
Methodisches Vorgehen bei der Untersuchung der Sprechleistungs- stufen	70	4.5.2	Qualitative Auswertung und Interpretation	83
Spontansprache	70	4.6	Die Formulierung des Befundes ..	84
Gelenkte Rede	71		Effiziente Methoden zur Überprüfung der Symptomatik bei Verlaufskontrollen	85
Lesen (ab 3. Klasse)	71	4.7	Beratungsgespräch nach Anamnese und Diagnostik	86
Überprüfung von Konsistenz und Adaptation	71	5	Ausgewählte Therapiekonzepte ...	89
Rechenbeispiel mit Auswertung der Ergebnisse	72	5.1	Direkte und indirekte Therapieansätze – Eckpunkte der Stotterbehandlung	90
Nachsprechen	72	5.1.1	Indirekter Therapieansatz	90
Text zur Überprüfung der Nachsprechleistungen	73	5.1.2	Direkter Therapieansatz	90
Auswertung der erhobenen Daten	73		Zeitliche Abfolge	91
4.4.3 Differenzialdiagnose Poltern	74	5.2	Indikationskriterien für die Auswahl des Therapieansatzes ...	92
Kommunikationsverantwortlichkeit als differenzialdiagnostisches Kriterium	74	5.3	Vorbeugendes oder therapie- begleitendes Elternt raining	94
Diagnostik des Mischbildes Stottern – Poltern	75	5.3.1	Präventivkonzept nach Irwin	94
4.4.4 Beobachtung von Einflussfaktoren	75	5.3.2	Berliner Gruppenelternt raining nach Motsch und Schmidt (1996) .	95
Beobachtung psychosozialer Aspekte	76	5.4	Spieltherapeutisch geprägte Sprachtherapie (Katz-Bernstein) .	95
Störungsbewusstsein und Leidensdruck	76	5.5	Fluency-Shaping-Programme	97
Ängste	77	5.5.1	Beschreibung des Verfahrens	97
Eingeschränkte Frustrationstoleranz	77	5.5.2	Wann ist die Entscheidung für ein Fluency Shaping sinnvoll? .	98
Selbstkonzept	78	5.5.3	Vor- und Nachteile von Fluency-Shaping-Programmen ...	98
Autonomieentwicklung	79	5.5.4	Die Kombination von Fluency-Shaping-Programmen mit modifizierenden Verfahren ...	99
Verhaltensauffälligkeiten	79	5.5.5	Beispiel für Fluency Shaping: das Lidcombe-Programm	100
Eltern-Kind-Interaktion	80	5.6	Sprechtechniken – ein Überblick .	102
Der Einfluss der Sprachentwicklung	80	5.6.1	Welche Technik passt zu welchem Kind?	103
Einschätzung der motorischen Entwicklung	81			

5.7	Modifikationstherapie nach Dell und van Riper	103	6.4.1	Einflüsse	115
5.7.1	Methoden	103	6.4.2	Haltung gegenüber dem Kind	115
6	Kriterien und Voraussetzungen für die Therapie	107	6.4.3	Haltung gegenüber den Eltern ...	116
6.1	Plädoyer für einen frühzeitigen Therapiebeginn	108	6.5	Umgang mit dem Stottern in der Therapie	117
6.1.1	Warum sollte die Therapie so früh wie möglich einsetzen? ...	108	6.5.1	Akzeptanz des Stotterns durch die Therapeutin	117
6.1.2	Welche Gegenargumente werden gemeinhin angeführt?	108	6.5.2	Sprechen über das Stottern	118
	Gefahr der Entwicklung von »Störungsbewusstsein«	108	6.5.3	Unflüssige und flüssige Tage	118
	Spontanremissionen	109	7	Therapiebausteine mit dem Kind und ihre konkrete praktische Umsetzung	121
	Individuelle Gründe	109	7.1	Die Bausteine im Überblick	123
6.2	Indikationen	110	7.2	Atemtherapie und Tonusregulation	124
6.2.1	Vorschulkinder ohne Sprachstörungen, deren Eltern besorgt sind	110		Übungen und Spielideen	125
	Dilemma für die Therapeutin ...	110	7.3	Körpersprache und rhythmisch-melodischer Ausdruck	126
	Mögliche Therapiebausteine	111	7.3.1	Blickkontakt und Turn taking	127
	Entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten	111	7.3.2	Rhythmisch-melodischer Ausdruck	127
	Mögliche Therapiebausteine	111		Übungen und Spielideen	127
6.2.2	Kinder mit beginnendem Stottern, deren Eltern nicht besorgt sind ...	111	7.3.3	Körpersprache	128
	Dilemma für die Therapeutin	112		Übungen und Spielideen	128
	Mögliche Therapiebausteine	112	7.3.4	Sprechtempo	129
6.2.3	Kinder mit beginnendem Stottern, deren Eltern besorgt sind	112		Übungen und Spielideen	129
	Mögliche Therapiebausteine	113	7.3.5	Analyse von Aufnahmen	130
6.2.4	Kinder mit beginnendem bis manifestem Stottern, deren Eltern mäßig bis etwas besorgt sind	113	7.4	Synthese der Einzelaspekte	130
	Mögliche Therapiebausteine	113		Übungen und Spielideen	130
6.3	Prognosefaktoren	113	7.4.1	Emotionaler Ausdruck und kreatives Gestalten	131
6.3.1	Welche Prognosefaktoren sind bekannt?	114		Welche Rolle spielen Emotionen in der Therapie des Stotterns?	131
	Verlaufsprognose	114	7.4.2	Das Besondere dieses Bausteins ..	131
	Therapieprognose	114		Drei Aspekte des emotionalen Ausdrucks	132
6.4	Therapeutische Grundhaltung gegenüber Kind und Bezugspersonen	115		Möglichkeiten und Grenzen spieltherapeutischer Elemente in der Logopädie	132
				Prinzipien für die Arbeit am emotionalen Ausdruck	133
				Einbeziehen der Eltern	133

7.4.3	Zulassen und Erleben von Schutz und Geborgenheit (die Phase des Urvertrauens)	134		Gespräche über das Stottern	153
	Übungen und Spielideen	134	7.6	Förderung der Eigen- und Symptomwahrnehmung	154
7.4.4	Ausagieren von Aggression und Wut (die Phase der Autonomie) ..	136	7.6.1	Grundlegendes bei der Wahrnehmungsförderung	155
	Wann sind Aggressionsspiele sinnvoll?	136		Übungen und Spielideen	155
	Übungen und Spielideen	137		Erwisch-mich	155
7.4.5	Sich Abgrenzen – Verhandeln – Nein-Sagen – sich Durchsetzen (die Phase der Initiative)	139		Die 3 Arten, ein Wort zu sagen ...	155
	Übungen und Spielideen	139		Stotterapfel nach van Riper	156
7.5	Förderung der Sprechfreude und Abbau von Sprechängsten ...	140		Fingersprechen	156
7.5.1	Spiel mit »primärer Kommunikation«	141	7.7	Lokalisation der Anspannung	156
7.5.2	Desensibilisierung gegen negative Reize	141	7.7.1	Arbeit mit Video- und Audioaufnahmen	156
	Prinzipien der Desensibilisierung	142		Eigenreflexion	157
7.5.3	Desensibilisierung gegen Unterbrechungen und negatives Zuhörerverhalten	143		Was tun, wenn	157
7.5.4	Reduzierung negativer Bewertungen von Sprechunflüssigkeiten ...	144		Modifikation des Stotterns und Modeling	158
	Pseudostottern	144		Modifikation	158
	Übungen und Spielideen	144		Enge Verknüpfung zu anderen Therapiebausteinen	158
	Ups!	144		Die Nachbesserung – Das Zielmodell im Mund des Kindes	159
	Erwisch-mich	145		Einführende Übungen zur Nachbesserung	159
	Pseudostottern des Kindes	146		Lehrerspiele (Dell 1994, S. 110)	159
	Absichtliches Stottern des Kindes	146		Der Pull-out – Die Befreiung aus dem Klemme	160
	Reduzierung von Laut- und Wortängsten	147		Demonstration der Wirkung des Pull-outs	161
	Selbstverstärkung	147		Einführende Übung zum Pull-out	161
	Gedankenstopp	147		Schwierigkeiten beim Erlernen des Pull-outs	162
7.5.5	Desensibilisierung gegen Fixierungen und Blockierung ...	148		Reduzierung der Anzahl der Wiederholungen	165
	Übungen und Spielideen	148		Veränderung von Dehnungen	165
7.5.6	Abbau von situativen Ängsten bei Schulkindern und Jugendlichen ..	149		Abbau von Mitbewegungen	165
7.5.7	Vielseitig einsetzbare Methoden in der Phase der Desensibilisierung .	150		Bearbeitung negativer Einstellungen	166
	Rollenspiele	150	7.7.2	Rolle der Eltern	166
	In-vivo-Training	151		Modeling – Modifikation für kleine Kinder	166

7.8	Bedeutung der Gruppentherapie und des sozialen Lernens	168	8.3.4	Sprechen über das Stottern	186
7.8.1	Gruppe als Ort der Kommunikation	168	8.4	Allgemeine Förderung des flüssigen Sprechens	186
7.8.2	Gruppe als Katalysator	168	8.5	Reduktion von sozialem Stress ...	187
7.8.3	Wann ist eine Gruppe sinnvoll? ...	169	8.5.1	Emotionale Verunsicherung	188
7.8.4	Auf die Mischung kommt es an – Hinweise zur Zusammenstellung einer Gruppe	169		Förderung des Selbstvertrauens ..	188
7.8.5	Welche Auswahlkriterien gibt es? .	169		Kultur des Zuhörens und des Gespräches	188
7.8.6	Inhalte der Gruppentherapie	171		Aufregung und kritische Lebensereignisse	188
7.9	Therapie des Polterns	173		Ruhe als zusätzliche Leistung unter Stress	188
	Aspekte der Poltertherapie	173		Geschwisterrivalität	189
	Prognose	174		Leistungsdruck	190
	Übungen zur Verbesserung der Artikulationsschärfe und Reduzierung der Artikulationsrate	174		Demütigende Erfahrungen	190
8	Therapiebausteine für die Arbeit mit den Bezugspersonen:			Umgang mit Veränderungen und neuen Situationen	190
	Beratung – Information – Training .	177		Konflikte bezüglich Grenzen und Regeln	191
8.1	Die Bausteine im Überblick	179		TV- und Audiokassettenkonsum .	191
8.2	Information zum Stottern und zu beeinflussenden Faktoren	180		Verhaltensauffälligkeiten	191
8.2.1	Auseinandersetzung mit Diagnose und Prognose	180	8.5.2	Zeitlicher Stress	191
8.2.2	Die Frage nach den Ursachen	181	8.5.3	Umsetzung im Alltag	192
	Was steht hinter diesen Vermutungen und der Frage nach den Ursachen?	181	8.6	Mobilisierung der Väter	193
	Umgang mit den Erklärungsversuchen	181	8.6.1	Besondere Rolle der Väter	193
	Wie kann die Therapeutin mit den Schuldgefühlen umgehen?	181	8.6.2	Was machen Väter anders?	193
	Die Frage nach anderen, besonders erfolgreichen Therapieformen ...	182	8.6.3	Chancen durch Einbeziehen der Väter	194
8.2.3	Aufzeigen einer Perspektive	182	8.7	Sprachliches Kommunikationsverhalten	195
8.3	Hilfestellung zur Akzeptanz und zum Umgang mit dem Stottern ...	183		Reduzieren des Sprachniveaus und der sprachlichen Komplexität	195
8.3.1	Stottertagebuch	183		Verzicht auf Sprechauforderungen	195
8.3.2	Metaphern und Analogien	183		Sprechdruck	195
8.3.3	Gelassener Umgang mit dem Stottern	185		Aufregung	196
	Körpersprachliche Signale	185		Fragen	196
				Gut gemeinte Ratschläge	196
				Kultur des Zuhörens	196
				Feste Spiel- oder Gesprächszeit ...	196
				Besonderheit beim Baustein Modifikation	197

8.8	Erarbeitung der Bausteine in Elterngruppentrainings	197	10.4	Protokoll zur Verlaufsdagnostik .	220
8.8.1	Vorteile	197	10.5	Grafik zu Veranschaulichung der ermittelten Stotterraten verschiedener Sprechleistungs- stufen	222
8.8.2	Methoden	197	10.6	Leergrafik zur Dokumentation der Entwicklung der Stotterrate im Therapieverlauf	222
8.8.3	Auswertung von Videoaufnahmen	198	10.7	Text zur Überprüfung des Lesens .	223
	Regeln für Rückmeldungen aus der Gruppe	199	10.8	Text zur Überprüfung der Sprechleistung Nachsprechen	224
8.9	Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Lehrerinnen .	199	10.9	Modell des überlaufenden Fasses .	225
8.9.1	Informationsabend für Erzieherinnen und Lehrerinnen .	200	10.10	Das Anforderungs- und Kapazitäten- Modell (nach Starkweather)	226
9	Wann ist die Therapie beendet?	201	10.11	Das Anforderungs- und Kapazitäten-Modell zur individuellen Anpassung	227
9.1	Gute Gründe, eine Therapie zu beenden	202	10.12	Tabelle Differenzialdiagnostik Stottern	228
9.1.1	Die rechtzeitige Vorbereitung auf das Ende der Therapie mit dem Kind	202	10.13	Therapiebausteine mit dem Kind in Übersicht	229
9.1.2	Die Chancen einer »endlichen« Therapie für Jugendliche	203	10.14	Therapiebausteine für die Arbeit mit den Bezugspersonen: Beratung – Information – Training	230
9.2	Nachsorge	203	10.15	Merkblatt für Eltern	231
10	Anhang		10.16	Merkblatt für Lehrerinnen	232
	Kopiervorlagen für die Praxis.....	205	10.17	Merkblatt für Erzieherinnen	234
10.1	Anamnesefragebogen für Stottern bei Kindern und Jugendlichen	207	10.18	Informationsabend für Erzieherinnen und Lehrer	236
10.2	Befundbogen für Stottern bei Kindern und Jugendlichen ...	212	10.19	Interessante Weblinks zum Thema Stottern	238
10.2.1	Ergänzungsbogen für Klein- und Vorschulkinder	214	11	Literatur	239
10.2.2	Ergänzungsbogen für Schulkinder und Jugendliche	217	12	Sachverzeichnis	245
10.3	Protokoll zur quantitativen Auswertung von Sprechproben ...	219			

Klinik des Stotterns

- 1.1 Versuch einer Definition – 2**
- 1.2 Häufigkeit und Verbreitung – 3**
- 1.3 Unterscheidung und Definition von Kern- und Begleitsymptomen – 4**
 - 1.3.1 Die Henne und das Ei – 4
 - 1.3.2 Grund- oder Kernsymptomatik – 5
 - 1.3.3 Begleitstörungen – 5
- 1.4 Abgrenzung Sprechunflüssigkeiten – beginnendes Stottern – Stottern – 8**
 - 1.4.1 Altersgemäße Sprechunflüssigkeiten – 8
 - 1.4.2 Beginnendes Stottern – 10
 - 1.4.3 Manifestes Stottern – 13
- 1.5 Abgrenzung gegen andere Auffälligkeiten des Redeflusses – 14**
 - 1.5.1 Poltern (Cluttering) – 14
 - 1.5.2 Tachylalie – 15
 - 1.5.3 Neurogenes Stottern – 15
 - 1.5.4 Wortfindungsstörungen – 17
- 1.6 Kontinuität oder kategoriale Gegensätze? – 17**
 - 1.6.1 Die Kontinuitätsannahme nach Bloodstein – 17
 - 1.6.2 Stottern als Symptom einer komplexen organischen Störung – 18
- 1.7 Strukturelle Gemeinsamkeiten des Stotterns – 19**
 - 1.7.1 Konsistenzeffekt – 19
 - 1.7.2 Adaptationseffekt – 20
 - 1.7.3 Kommunikationsverantwortlichkeit – 21
 - 1.7.4 Einfluss motorischer Elemente auf den Redefluss – 23

Stottern ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern ein Syndrom, das sich aus individuell sehr unterschiedlichen sprachlichen, motorischen und psychosozialen Symptomen zusammensetzt. Die Redewendung »Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht dasselbe« hat für das Störungsbild Stottern große Gültigkeit. Unterschiedliche Lern- und Entwicklungsgeschichten beeinflussen die Ausformung der Symptomatik erheblich. So ist das Erscheinungsbild trotz vieler Gemeinsamkeiten individuell sehr verschieden, da selbst gleiche Symptome verschiedenartige Ursachen haben können. Die folgenden Kapitel bilden mit der Beschreibung von Symptomen und Regelmäßigkeiten des Stotterns sowie der Abgrenzung zu anderen Störungen des Redeflusses die Grundlage der Diagnostik und der am Einzelfall orientierten Therapieplanung.

1.1 Versuch einer Definition

Stottern ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern ein Syndrom, das sich aus individuell sehr unterschiedlichen sprachlichen, motorischen und psychosozialen Symptomen zusammensetzt.

Vielfältige Auffälligkeiten. Stottern ist eine intermittierend auftretende Störung des Sprechablaufs, die bei längerem Bestehen die gesamte Kommunikation und Sozialisation des Stotternden stark beeinträchtigen kann.

Auffälligkeiten im Redefluss. Die Rede ist gekennzeichnet von häufigen Unterbrechungen durch Wiederholungen, Dehnungen oder völligen Blockierungen von Lauten, Silben und Wörtern. Die Sprechunflüssigkeiten können in Begleitung anderer Auffälligkeiten auftreten, welche die Kommunikation und die Lebensqualität des Stotternden zusätzlich stören.

Gestörte Kommunikation. Dazu gehören sowohl sprachliche Phänomene (z.B. der Einsatz von Füllwörtern, das Weglassen, Ersetzen oder Hinzufügen einzelner Laute und Wörter) als auch nichtsprachliche Erscheinungen wie Mitbewegungen des Gesichtes (z.B. Blinzeln, Tremore der Lippen, des Kiefers und der Wangen) und des Oberkörpers sowie Veränderungen der Atmung. Reduzierte Gestik und Mimik können die nonverbale Kommunikation behindern.

Psychosoziale Einschränkungen. Auch im Bereich psychosozialer Fähigkeiten kommt es möglicherweise zu deutlichen Beeinträchtigungen. Eine große Rolle spielt hierbei ein durch spezifische Ängste verursachtes sprachliches und situatives Vermeideverhalten, mit dessen Hilfe unangenehme Momente entweder vermieden oder erträglicher gemacht werden sollen. Diese Verhaltensweisen haben häufig eine zunehmende soziale Isolation des Stotternden zur Folge. In [Übersicht 1.1](#) sind die möglichen betroffenen Teilbereiche zusammenfassend dargestellt.

➤ Beachte

Bei länger bestehender und fortgeschrittener Ausformung der Symptomatik gerät bei vielen Stotternden dann im Jugendlichen- und Erwachsenenalter die gesamte Lebensgestaltung zunehmend unter das Diktat des Stotterns, sodass die Auswirkungen des Stot-

■ Übersicht 1.1

Mögliche Auffälligkeiten innerhalb des Syndroms Stottern

- Störung der Rede
- Sprachliche Phänomene
- Auffälligkeiten im Bereich nonverbaler Kommunikation
- Mitbewegungen
- Psychosoziale Auffälligkeiten

terns oft bedeutsamer sind als die Sprechunflüssigkeiten selbst.

Flüssige und unflüssige Phasen können einander abwechseln. Die Symptomatik ist häufig **von äußeren Faktoren abhängig**. So können sich bestimmte Situationen, wie z.B. Telefonieren oder Hektik, negativ auf den Redefluss auswirken. Auch interne Faktoren wie die subjektiv erlebte oder tatsächliche Kommunikationsverantwortlichkeit haben Einfluss auf das Stottern (vgl. ► **Kap. 1.7.3 »Kommunikationsverantwortlichkeit«**).

Fazit

- Eine einheitliche Definition des Stotterns ist aufgrund der **Komplexität** der Störung und ihrer vielfältigen Ursachenkonstellationen erschwert.
- Stottern ist in der Regel **kein konstantes Phänomen**, sondern tritt situativ in unterschiedlicher Ausprägung auf.
- Betroffen ist die **gesamte Kommunikation**.

- früher Beginn des Stotterns, ohne vorherige Phase flüssigen Sprechens, bei ansonsten weitgehend unauffälliger Sprachentwicklung,
- männliches Geschlecht,
- weitere stotternde Familienmitglieder,
- hartnäckige, schwer beeinflussbare Symptomatik,
- Linkshändigkeit.

Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Stotternden verschiebt sich von 3:1 in der Kindheit auf ca. 9:1 im Erwachsenenalter.

Physiologische Unflüssigkeiten. Etwa 80% aller Kinder (vgl. Böhme 2003, S. 123; Johannsen u. Johannsen 1998, S. 478) machen eine Phase mehr oder minder ausgeprägter physiologischer Unflüssigkeit im Rahmen ihrer Sprachentwicklung mit, die sich nach wenigen Wochen bis Monaten wieder legt.

Frühe Entstehung. 66% aller Stotternden entwickeln die Störung bis zum 6. Lebensjahr (vgl. Wirth 2000). Auch der Eintritt in die Pubertät gilt als kritische Phase zur Entstehung von Stottern. Erwachsene beginnen sehr selten zu stottern. Die Ursachen hierfür dürften überwiegend neurogener oder psychogener Natur sein.

1.2 Häufigkeit und Verbreitung

Bei aller individuellen Symptomatik zeigt das Syndrom Stottern doch auch statistisch belegte Gemeinsamkeiten. Diese Daten können begleitend zur Elternberatung verwendet werden.

Fazit

- Stottern entsteht meist in der **sensiblen Phase** des Spracherwerbes.
- In dieser Phase kommt es eher zu **Spontanremissionen**.

Spontanremissionen. In der Bundesrepublik Deutschland weisen 3–5% aller Kinder, jedoch nur noch 1% aller Erwachsenen eine Stottersymptomatik auf. Bei vielen Kindern kommt es, spontan oder bedingt durch eine Therapie, zu einer Remission der Störung. Johannsen (2001b) beschreibt jene Faktoren, die eine Rückbildung der Symptomatik erschweren:

1.3 Unterscheidung und Definition von Kern- und Begleitsymptomen

Die Klassifikation auftretender Symptome ist für Diagnostik, Therapieplanung sowie zur prognostischen Beurteilung gleichermaßen relevant. Begriffe wie Primär- und Sekundärsymptomatik müssen aufgrund neuerer Forschungsergebnisse relativiert werden. In diesem Kapitel ist neben einer Auseinandersetzung mit der Terminologie eine genaue Beschreibung von Kern- und Begleitsymptomen zu finden.

1.3.1 Die Henne und das Ei

Die Einteilung der Stottersymptomatik in **primäre und sekundäre Symptome** beruht auf der Annahme, dass sich Stottern kontinuierlich aus klonischen und tonischen Blockaden, den sog. Primärsymptomen (vgl. Kontinuitätsannahme nach Bloodstein in ► Kap. 1.6.1), entwickelt. In deren Folge können als Kompensationsversuche Anstrengungs- und Vermeidereaktionen entstehen, die als missglückte Copingstrategien zu bewerten sind und üblicherweise als Sekundärsymptomatik bezeichnet werden. Vorhandene Begleitstörungen beeinflussen wiederum die Zahl und die Schwere der Primärsymptome.

► Exkurs

Als **Copingstrategien** werden Versuche des Betroffenen bezeichnet, auftretende Redeflussstörungen zu bewältigen. Dabei verlaufen nicht alle Bewältigungsversuche gleichermaßen erfolgreich. Einige dieser Kompensationsversuche erscheinen zwar zunächst erfolgreich (z.B. Vermeidung unangenehmer Sprechsituationen), haben jedoch unmittelbar negative Konsequenzen für das Kind (z.B. soziale Isolation oder die Entwicklung von Sprechängsten). Positive Copingstra-

tegien hingegen tragen zur Verbesserung des Redeflusses bei, so z.B. die Verlangsamung des Sprechtempos oder weiche Stimmeinsätze.

Dieses theoretische Modell impliziert, dass Stottern in allen Fällen auf die gleiche Weise entsteht. Davon abweichende Verläufe, bei denen z.B. das Kind unvermittelt mit Primär- und Sekundärsymptomatik zugleich zu stottern beginnt oder innerhalb extrem kurzer Zeit eine ausgeformte Begleitsymptomatik entwickelt, werden hierbei vernachlässigt.

Im Gegensatz dazu gehen z.B. Onslow und Packman (1999b) davon aus, dass die **Sekundärsymptomatik** nicht notwendigerweise eine Folge des Anstrengungsverhaltens ist. Ihrer Ansicht nach handelt es sich möglicherweise lediglich um eine **weitere Form des Stotterns**, die zwar in Wechselwirkung mit der Kernsymptomatik steht, jedoch als gleichberechtigt betrachtet werden kann.

»... und es ist trotz des lange gehegten Glaubens überhaupt nicht klar, dass diese Verhaltensweisen Versuche darstellen, Wiederholungen zu vermeiden. Diese sog. Sekundärsymptome könnten einfach auch eine andere Art des Stotterns sein – eine andere Manifestation der Schwierigkeit, die das Kind hat, den Sprechapparat angemessen zu bewegen.« (Onslow u. Packman, 1999b, S. 4, Übersetzung durch die Autorinnen)

Aufgrund dieser Überlegungen erscheint es sinnvoller, die Symptome nicht in primäre und sekundäre Störungen einzuteilen, da diese Bezeichnung eine zeitliche Reihenfolge der Entstehung nahe legt, die de facto nicht unbedingt gegeben sein muss. Stattdessen ist es günstiger, von einer **Grund- oder Kernsymptomatik** und **Begleitsymptomen** zu sprechen, die in enger Wechselbeziehung zueinander stehen.

1.3.2 Grund- oder Kernsymptomatik

Zwei Formen von Kernsymptomen. Man unterscheidet **klonische** und **tonische Blockaden**. Beide Formen können isoliert oder gemeinsam auftreten. In ■ **Übersicht 1.2** werden klonische und tonische Blockaden beschrieben.

Wie viel Tonus ist noch Klonus? Die in ■ **Übersicht 1.2** vorgenommene Unterscheidung zwischen Kloni und Toni bezüglich der Laut- und Silbenwiederholungen gestaltet sich in der Praxis mitunter schwierig, da die Trennung zwischen »Iterationen« (Kloni) und »angespannten Iterationen« (Toni) sehr unscharf ist und

nahezu jedes »Hängenbleiben« mit einem erhöhten Tonus und Anstrengungsverhalten verbunden ist.

! Cave

Zur Vermeidung von Missverständnissen ist es daher zweckmäßig, gerade Silben- und Lautwiederholungen durch Hinzufügen von Attributen, wie z. B. »spannungsreich«, »locker« o. Ä., qualitativ zu beschreiben.

1.3.3 Begleitstörungen

Individuelle Symptomatik. Begleitende Auffälligkeiten entwickeln sich individuell. Sie entstehen überwiegend durch die sehr unterschiedliche Ausformung und Kombination begleitender Auffälligkeiten. Zur genauen Beschreibung des Befundes muss nicht nur beobachtet werden, **was** ein Stotternder macht, es müssen auch Hypothesen gebildet und später überprüft werden, **warum** er sich auf diese Weise verhält. Hieraus werden Ansatzpunkte für das therapeutische Vorgehen entwickelt.

Die Beschreibung möglicher Begleitsymptome folgt zur besseren Orientierung dem Aufbau des Befundbogens. Eine Kopiervorlage des Protokolls befindet sich im ► **Kap. 10.2**.

Sprachliche Ebene

Embolophasien und Embolophonien. Sie sind sog. »Flickwörter« und »Flicklaute«, die Blockierungen überbrücken oder verhindern sollen. Beispiel: »hm«, »äh«, »nnnn«, »eben«, »also so«, aber auch sinnlose Lautfolgen wie »anga«, »obba« o. ä. Werden die Füllwörter geschickt gesetzt, fallen sie teilweise erst bei genauerem Hinhören auf. Mitunter ist ihre Abgrenzung von Startern schwierig.

Starter. Als Starter werden Silben, Wörter oder Redewendungen bezeichnet, die vom Stotternden relativ sicher flüssig gesprochen werden. Häufig werden sie in Situationen erhöhten

■ Übersicht 1.2

Kernsymptomatik (in Anlehnung an Fiedler u. Standop 1994)

Kloni

- Kürzere, rasch aufeinander folgende Kontraktionen der Sprechmuskulatur
- Iterationen von Satzteilen, Wörtern, Silben, Lauten

Toni

- Relativ lang andauernde Verkrampfung der Sprechmuskulatur, die nur mit großer Anstrengung aufgehoben werden kann
- Gelegentlich deutlich hörbare Glottisanschläge
- Blockierungen von Artikulation, Phonation und Respiration mit (stummen) Pressversuchen, die dem Beginn oder dem Weitersprechen eines Wortes vorausgehen
- Lautdehnungen, z. B. »aaaaber«, »iii-iich«
- Angespannte Iterationen von Lauten, z. B. »Kkkkatze«

Sprechdrucks eingesetzt und dienen als »Start-hilfe« für schwierig empfundene Wörter und Wortanfänge. Beispiel: »also, ich meine«, »ich sag mal«.

Stop-and-go. Der Stop-and-go-Mechanismus bezeichnet einen Zyklus von mehrmaligen Anfängen und Abbrüchen des Wortes nach der Blockade. Es kommt dabei zu einem Zurückschnellen mit zum Teil sehr hoher Geschwindigkeit. Zum Beispiel mein Lie– mein Lie– mein Liii– mein Lilliliee– mein Liiieblingstier. Möglich sind auch Neuanfänge mit anderen Wörtern. Beispiel: Der D-d-d- der D-d-d-d-d- der Schulleiter. Eine starke Beschleunigung des Sprechtempos im Satz wird als Propulsion bezeichnet.

Verbales Vermeiden. Verbales Vermeiden ist das Ergebnis des Versuches, Blockaden sprachlich zu umgehen. Dazu gehören der Ersatz von Wörtern oder Satzteilen durch subjektiv einfacher auszusprechende Wörter oder Phrasen, Satzabbrüche mit und ohne Neustrukturierung und Umschreibungen.

➤ Beachte

Je besser der Wortschatz und die sprachlichen Fähigkeiten entwickelt sind, desto geschickter und unauffälliger kann vermieden werden (z. B. »meine T– die Schwester meiner Mutter«, »der Mann, der die Post bringt«).

Schwa-Laut. Der sog. Schwa-Laut /ə/ (»Halbvokal«) tritt bei Wiederholungen anstelle des Vokals auf. Er ist ein wichtiger differenzialdiagnostischer Hinweis auf Stottern (vgl. ▶ Kap. 1.4.2 »Beginnendes Stottern«), da nicht nur die Struktur des Wortes zerstört, sondern auch der Vokal selbst in seiner Qualität verändert wird. Als Folge einer missglückten Koartikulation hat das Kind z.B. bei dem gestotterten Wort »Hə-Hə-Hand« das Ansatzrohr während der Bildung des Lautes /h/ noch nicht auf die Vorbereitung des nachfolgenden Vokals

/a/ eingestellt. Um ein flüssiges Sprechtempo zu gewährleisten, werden die Laute eines Wortes physiologischerweise nicht einzeln realisiert, sondern immer in Bezug auf den Folgelaut. So verändert sich die Einstellung des Ansatzrohres bei der Bildung des Lautes je nach folgendem Laut z.T. ganz entschieden. Da der Schwa-Laut mit geringerer Intensität gebildet wird und daher leichter realisierbar ist, belässt das Kind stattdessen die Artikulatoren in relativ neutraler Position (vgl. Randoll u. Jehle 1990, S. 140).

Additionen, Substitutionen und Elisionen. Trotz gleicher Terminologie ist die hier beschriebene Veränderung der Aussprache nicht auf eine phonologische Störung zurückzuführen. Vielmehr kann sie der Vermeidung schwieriger Laute oder Lautverbindungen dienen und tritt normalerweise erst bei älteren Kindern mit ausgeprägter Lautfurcht (vgl. ▶ Kap. 4.4.4 »Beobachtung von Einflussfaktoren«, Abschnitt »Ängste«) auf. Bei derartigen Veränderungen muss immer auch differenzialdiagnostisch an Poltern oder eine Polterkomponente gedacht werden. Im Zusammenhang mit Poltern entstehen diese Symptome vor allem durch Flüchtigkeit und durch eine mangelhafte Integration der am Sprechen beteiligten Komponenten [vgl. ▶ Kap. 1.5.1 »Poltern (Cluttering)«].

Auffälliges Sprechverhalten. Auffälliges Sprechverhalten kann bedeuten, dass ein Kind begonnen hat, sich zurückzuziehen und nur noch in bestimmten, besser kontrollierbaren Situationen spricht, bzw. dass es Situationen, in denen es wenig sprechen muss, bevorzugt. Andere Kinder hingegen verfallen auf das genaue Gegenteil: Sie werden zu »Dauersprechern« (vgl. Dell 1996), neben denen es schwer ist, sich sprachlich durchzusetzen. Unterschiedliche Gründe veranlassen das Kind zu diesem Verhalten. Vielleicht glaubt es, nur so die Aufmerksamkeit auf sich lenken zu können, oder es will einer Unterbrechung durch den Zuhörer zuvorkommen, da jeder Neuanfang beim Spre-

chen ein erhöhtes Risiko zu stottern bedeutet. Auch der Einsatz künstlicher »Denkpausen« dient oft der Vermeidung und zählt zum auffälligen Sprechverhalten.

Nichtsprachliche Ebene

Mitbewegungen. Als Parakinesen bezeichnet man Mitbewegungen der Extremitäten, des Oberkörpers oder des Kopfes. Gestik und Gebärden werden häufig durch Behelfshandlungen wie Fingerschnippen, auf die Oberschenkel schlagen o. Ä. ersetzt. Bei sehr ausgeformter Symptomatik ergeben sich manchmal ganze Abfolgen verschiedenster Mitbewegungen beim Versuch, Blockaden zu überwinden. Wurde die ursprüngliche Strategie unwirksam, kann eine neue Mitbewegung hinzukommen. Bei Vorschulkindern findet man selten Mitbewegungen, da die Redeflussstörung zur Ausformung von Mitbewegungen oftmals noch nicht lange genug besteht.

Tremore des Kiefers oder der Lippen, die infolge erhöhter körperlicher Anspannung im Block entstehen, sind dagegen auch bereits bei jüngeren stotternden Kindern zu finden. Auch **orale Geräusche** wie Schmatzen oder Schnalzen treten mitunter bei tonischem Stottern auf und dienen dem zeitlichen Aufschub oder als Starthilfe.

Veränderung des nonverbalen Kommunikationsverhaltens. Mimik und Gestik können als Reaktion auf das Stottern reduziert oder übertrieben beobachtet werden. Die Haltung kann unnatürlich unbewegt und starr wirken. Möglicherweise ist der Blickkontakt nur im Block oder aber allgemein reduziert. Auch dies ist ein Hinweis auf vorhandenes Störungsbewusstsein und hat differenzialdiagnostische Bedeutung.

Vegetative Reaktionen. Erröten, Zittern, Schweißausbrüche, erhöhter Puls oder Magenschmerzen können infolge von erhöhtem Stress begleitend auftreten.

Stimmstörung. Infolge des allgemein erhöhten Körpertonus kann es zu einer hyperfunktionellen Stimmgebung kommen. Der Ventiltön ist bei tonischen Blockaden oft hörbar. Beim sog. Glottisstopp wird die Stimmgebung während der Phonation unvermittelt auf Glottisebene abgeschnürt, es kommt zu stummen Blockierungen mit unterschiedlicher Dauer.

Suprasegmentale Elemente. Durch die Zunahme der Anspannung während der Blockade kann es zu einem Anstieg der Lautstärke und/oder der Tonhöhe kommen. Weiter kann es zu Veränderungen des Sprechtempos, des Rhythmus und der Atmung kommen. Bei den Atemauffälligkeiten treten Atemvorschub (spannungsreiche, hörbare Ausatmung vor dem Sprechbeginn), inspiratorisches Sprechen, Sprechen auf Restluft aufgrund der Überziehung der Atemmittellage, Schnappatmung oder paradoxe Atembewegungen auf (vgl. ► Kap. 1.7.3, Abschnitt »Prosodie und sprachliche Komplexität«).

Psychische Ebene

Störungsbewusstsein und Leidensdruck. Das Vorhandensein von Störungsbewusstsein und ggf. von Leidensdruck (vgl. ► Kap. 3.2.2 »Umgang des Kindes und der Umwelt mit dem Stottern«) ist im Sinne der Differenzialdiagnose bei beginnendem Stottern und Entwicklungsunflüssigkeiten von großer Bedeutung (► Kap. 1.4 »Abgrenzung Sprechunflüssigkeiten – beginnendes Stottern – Stottern«).

► Beachte

Störungsbewusstsein zeigt sich auf viele verschiedene Arten und äußert sich gerade bei Vorschulkindern in den seltensten Fällen durch eindeutige Äußerungen über das Stottern (vgl. ► Kap. 3.2.2, Abschnitt »Reaktion des Kindes: Störungsbewusstsein – Kombination von Bewusstsein und Leidensdruck«, sowie ► Kap. 4.4.4, Abschnitt »Störungsbewusstsein und Leidensdruck«).

Eingeschränkte Frustrationstoleranz. Durch fortgesetzte negative Erfahrungen mit dem Redefluss kann es zu einer allgemeinen Einschränkung der Frustrationstoleranz kommen. Die Erwartung eines Misserfolges schwebt über dem Kind in allen anderen Bereichen. Es kann nicht verlieren, kann nicht abwarten oder kann Grenzen nur schlecht akzeptieren.

Ängste. Manche Kinder werden allgemein ängstlich, entwickeln Wort- und Lautängste und/oder neigen zu situativem Vermeideverhalten, indem sie z.B. andere für sich sprechen lassen oder bestimmte Situationen und Personen meiden. Sie trauen sich allgemein immer weniger zu und entwickeln infolgedessen ein negatives Selbstkonzept.

Weitgehende soziale Einschränkungen. Bleiben diese Symptome unbehandelt, werden sie sich zunehmend auf die Kontakte und damit auf die soziale Integration des Kindes auswirken. Möglicherweise wählt sich das Kind seine Hobbys oder seinen späteren Beruf allein nach dem Kriterium der sozialen Anforderung aus. Tatsächliche Interessen und Fähigkeiten werden dabei nicht berücksichtigt.

Fazit

- Die Begriffe Primär- und Sekundärsymptomatik sollten aufgrund der Implikation eines zeitlichen Aspektes in der Entstehung der Störung durch die Begriffe **Grund- oder Kernsymptome** und **Begleitsymptome** ersetzt werden.
- **Begleitsymptomatik** entsteht durch den Versuch des Stotternden, Stottern zu verhindern. Sie kann sich auf der sprachlichen, der nichtsprachlichen und/oder der emotionalen Ebene manifestieren und prägt das individuelle Erscheinungsbild des Stotterns.



- Vor allem die **psychische Ebene** der Begleitsymptomatik sollte wegen ihrer Bedeutung für die Gesamtentwicklung des Kindes mit großer Sorgfalt beurteilt werden.

1.4 Abgrenzung Sprechunflüssigkeiten – beginnendes Stottern – Stottern

Der differenzialdiagnostische Befund zwischen altersgemäßen Unflüssigkeiten, beginnendem und manifestem Stottern bestimmt die Auswahl der therapeutischen Methoden. Im Rahmen der Verlaufskontrollen ist jede Veränderung des Befundes ein möglicher Indikator für die Wirksamkeit der ausgewählten Therapiemethoden (vgl. ► **Kap. 4.6** »Effiziente Methoden zur Überprüfung der Symptomatik bei Verlaufskontrollen«).

1.4.1 Altersgemäße Sprechunflüssigkeiten

Begriffsvielfalt. Synonym verwendet werden physiologische Disfluency, Entwicklungsunflüssigkeiten, frühkindliche Sprechunflüssigkeiten und frühe Unflüssigkeiten. Von der Verwendung der Begriffe »physiologisches Stottern« oder »Entwicklungsstottern« wird wegen der Implikation eines pathologischen Zustandes abgeraten. Gerade in der Elternberatung können derartige Begriffe zu Verwirrung und Verunsicherung führen.

Unreifes Sprachsystem. Im Rahmen der kindlichen Sprachentwicklung kommt es im Alter von 2 bis 5 Jahren häufig zu Unflüssigkeiten der Rede, die auf die Unreife des gesamten

Sprachsystems zurückzuführen sind. Um einen Satz zu sagen, muss das kleine Kind viele, noch nicht gefestigte Einzelleistungen, wie z. B. Wortfindung, Satzplanung, artikulatorische Planung und schließlich die motorische Realisation koordinieren. Daneben wirken auf das Kind unterschiedliche situative Anforderungen ein (vgl. ► **Kap. 2** »Wie entsteht Stottern?«). Es ist nahe liegend, dass ein Vorschulkind dabei öfter »ins Stolpern« gerät als ein Kind mit weitgehend abgeschlossener Sprachentwicklung.

Erscheinungsbild. Die Form des Wortes bleibt erhalten. Es kommt zu anstrengungsfreien Satzteil-, Wort- und gelegentlichen Silbenwiederholungen. Die wiederholte Einheit ist somit relativ groß. Es treten Pausen, kurze, spannungsfreie Dehnungen (unter 1 Sekunde) und Interjektionen auf, die der Planung dienen. In der Regel dauert diese Verunsicherung des Systems nicht wesentlich länger als ca. 6 Monate.

i Tipp

Bei längerem Bestehen der in **■ Übersicht 1.3** beschriebenen Unflüssigkeiten sollte neben einer sorgfältigen Stotterdiagnostik auch die allgemeine Sprachentwicklung umfassend begutachtet werden, da bestehende sprachliche Defizite für die auftretenden Unflüssigkeiten verantwortlich sein können. Zur genaueren Beschreibung der einzelnen Faktoren vgl. ► **Kap. 2.3.4** »Zusammenhang mit psycholinguistischen Fähigkeiten« sowie ► **Kap. 4.4.4**, Abschnitt »Der Einfluss der Sprachentwicklung«.

Konsequenzen der Diagnose. Werden Entwicklungsunflüssigkeiten diagnostiziert, sollte im Rahmen eines Elterngesprächs auf mögliche Verunsicherungen eingegangen werden. Zur Veranschaulichung kann hierbei die **■ Tabelle 1.1** »Gegenüberstellung von altersgemäßen Unflüssigkeiten und beginnendem Stottern« herangezogen werden.

■ Übersicht 1.3

Kennzeichen physiologischer Unflüssigkeiten

- Maximal 6 Wiederholungen je 100 Wörter ②
- Wiederholung von Satzteilen und Wörtern (maximal 2-mal) weil, weil, weil ich ... ①
- Gelegentliche Wiederholung von Silben (maximal 3-mal je Teilwortwiederholung): we-we-we-wenn ②
- Auftreten von Interjektionen (maximal 3 je 100 Wörter) ①
- Stille Pausen zur Organisation der Äußerung ③
- Vereinzelt spannungsfreie Dehnungen, kürzer als 1 Sekunde ③
- Unvollständige Sätze und Wörter im Sinne einer Revision (maximal 3 je 100 Wörter) ①
- Vorkommen von maximal 3 verschiedenen Formen der hier genannten Sprechunflüssigkeitstypen ②

Die oben beschriebenen Kriterien sind eine Zusammenstellung praxisrelevanter Beobachtungen folgender Autoren: ①: Randoll u. Jehle 1990, ②: Johnson (1989), ③: Wendlandt 1998.

i Tipp

Die Möglichkeit, bei Bedarf erneut Kontakt zur Therapeutin aufnehmen zu können, wirkt sich in den meisten Fällen auf die familiäre Situation entlastend aus und beeinflusst damit die weitere Entwicklung der Sprechunflüssigkeiten indirekt positiv.

> Beachte

Ist der Befund für die Therapeutin nicht eindeutig, **muss** das Kind in jedem Fall in regelmäßigen Abständen betreut und beobachtet

■ **Tabelle 1.1.** Gegenüberstellung von altersgemäßen Unflüssigkeiten und beginnendem Stottern

Symptomatik	Physiologische Unflüssigkeiten	Beginnendes Stottern
Wort- und Silbenwiederholungen	Ja	Ja
Lautwiederholungen	Nein	Ja
Stumme Blockaden	Nein	Ja
Dehnungen	Kurz und spannungsfrei	Spannung bemerkbar; Dauer > als 1 Sekunde
Zahl der Unflüssigkeiten/ 100 Wörter	Maximal 6/100 Wörter	Über 6/100 Wörter
Pausen	Ja, zur linguistischen Planung	Ja, zur linguistischen Planung und als Folge von Blockierungen der Atmung und Artikulation
Atmung	Unauffällig; Schnappatmung bei engagiertem Erzählen	Atemauffälligkeiten vor oder im Wort
Schwa-Laut	Nein	Ja
Phonationsabbruch	Nein	Ja
Veränderung des Sprechtempos	Nein	Ja
Veränderung des Sprechrhythmus	Nein	Ja
Störungsbewusstsein	Nein	Unklar
Begleitsymptomatik	Keine	Keine

werden, bis eine klare Entscheidung gefällt werden kann. Als Indikatoren für dieses Vorgehen sind die in ■ **Übersicht 1.4** genannten kritischen Signale zu betrachten.

Symptomatik sollte hierbei eine untergeordnete Rolle spielen, da einige Kinder lange Zeit in diesem »Schwebezustand« verharren, während andere sehr schnell eine eindeutige Stottersymptomatik entwickeln.

1.4.2 Beginnendes Stottern

Die Verwendung des Begriffes »beginnendes Stottern« weist auf qualitative Unterschiede zu physiologischen Unflüssigkeiten hin. Die Symptomatik ist in ihrem Erscheinungsbild noch nicht eindeutig festgelegt: Es treten **altersgemäße Unflüssigkeiten** gepaart mit **echten Stottersymptomen** auf. Die Dauer der bestehenden

Beginn

Der Beginn des Stotterns ist nicht an einen bestimmten Zeitpunkt innerhalb der Sprachentwicklung gebunden. Zwar zeigen die meisten Kinder eine zunächst unauffällige Entwicklung des Redeflusses, bevor sie zu stottern beginnen; dennoch gibt es immer wieder Kinder, die bereits mit dem ersten Wort stottern. Hier ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine **organische**

■ Übersicht 1.4

Kritische Signale, die engere Kontrollen von Entwicklungsunflüssigkeiten oder eine Kurzzeitintervention erfordern

- Die Auftretenshäufigkeit der Symptomatik überschreitet die oben genannten Werte.
- Es sind mehr als 3 Sprechunflüssigkeitstypen zu beobachten (vgl. ■ Übersicht 1.2).
- Das Kind zeigt weitere Auffälligkeiten in seiner Sprachentwicklung.
- Es liegt eine familiäre Disposition für Stottern oder Sprachstörungen vor.
- Das Kind befindet sich in einer problematischen familiären Situation (Trennung, Umzug, Tod, finanzielle Sorgen o. Ä.).
- Eltern oder Kind werden durch die auftretenden Sprechunflüssigkeiten stark beunruhigt.
- Auf die Familie wird von Personen des näheren Umfeldes (Erzieher, Großeltern, Freunde etc.) wegen der Unflüssigkeiten Druck ausgeübt.

■ Übersicht 1.5

Kennzeichen des beginnenden Stotterns

- Es sind mehr als 3 Sprechunflüssigkeitstypen hörbar ②.
- Das Kind zeigt Veränderungen des Sprechrhythmus ① und des Sprechtempos ② bei Silben- und Wortwiederholungen.
- Es kommt zu Lautdehnungen (>1 Sekunde) ①, ③.
- Bei Wiederholungen wird der Schwa-Laut eingefügt (mā–mā–meine Puppe) ①, ②, ③.
- Das Kind produziert Glottisstopps (geʔ–geʔ–geʔ–geeestern) und/oder stumme Blockaden ①, ②.
- Atemauffälligkeiten vor oder in einem Wort ①, ② sind hörbar.

Die oben beschriebenen Kriterien sind eine Zusammenstellung praxisrelevanter Beobachtungen folgender Autoren: ① Randoll u. Jehle (1990), ② Johnson (1989), ③ Wendlandt (1998).

Komponente anzunehmen, die jedoch in dieser Altersgruppe meist nicht eindeutig geklärt werden kann. Je weiter ein Kind in seiner **Sprachentwicklung** fortgeschritten ist und je gefestigter die erworbenen Fähigkeiten sind, desto unwahrscheinlicher ist es, dass das Kind noch zu stottern beginnt. Im späten Jugendlichen- und Erwachsenenalter entstandenes Stottern findet sich häufig in Verbindung mit neurologischen Grunderkrankungen (vgl. ► **Kap. 1.5.3 »Neurogenes Stottern«**).

Symptomatik

Beim beginnenden Stottern dürfen alle Eigenheiten der **normalen Sprechunflüssigkeiten**, jedoch nur wenige des manifesten Stotterns vorkom-

men. Die Kennzeichen des beginnenden Stotterns sind in ■ **Übersicht 1.5** genau aufgestellt.

Im Gegensatz zu Entwicklungsunflüssigkeiten geht beim Stottern die **natürliche Form** der gesprochenen Wörter **verloren**. Bei einfachen Unflüssigkeiten werden Wort- und Silbengrenzen beibehalten, bei beginnendem Stottern wird das Wort auch außerhalb seiner natürlichen Grenzen »zertrümmert«. Es kommt zu Lautwiederholungen; bei Silbenwiederholungen kann aufgrund von Problemen der Koartikulation der Schwa-Laut eingeschoben werden. Auch ein Abbruch der Phonation bei Vokalen, der sog. Glottisstopp, gekennzeichnet mit /ʔ/ (z.B. Wiʔ–Wiʔ–Wiese), spricht für beginnendes Stottern.

Warnsignale

Sowohl die Verwendung des **Schwa-Lautes** (vgl. ► **Kap. 1.3.3**, Abschnitt »Sprachliche Ebene«) als auch des **Glottisstopps** sprechen für den Versuch des Kindes, bestehende Wiederholungen zu überwinden. Diese Bemühungen stehen somit für einen gewissen Grad an Bewusstheit für auftretende Unflüssigkeiten und müssen unbedingt als **Warnsignal** verstanden werden.

Weiter kann es zu einer Steigerung der **Anspannung** beim Sprechen kommen, die sich in Dehnungen (maximal 1 Sekunde), in stummen Blockaden, in Verspannungen der am Sprechakt beteiligten Muskulatur, in der Veränderung des Sprechtempos und/oder des Rhythmus im Block sowie in Atemauffälligkeiten äußern.

Beachte

Schnappatmung, die bei kleineren Kindern bei engagiertem Erzählen relativ häufig auftritt, kann in diesem Zusammenhang nicht als Symptom des Stotterns bewertet werden.

Cave

Scheinbar fehlender Leidensdruck und Störungsbewusstsein sind kein verlässlicher Parameter in der differenzialdiagnostischen Beurteilung des beginnenden Stotterns.

Differenzialdiagnose: entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten – beginnendes Stottern

Die Gefahr, dass beginnendes Stottern irrtümlich als altersgemäße Sprechunflüssigkeiten eingeschätzt wird, ist durchaus gegeben, da es sowohl Anteile ganz normaler Sprechunflüssigkeiten als auch Symptome des manifesten Stotterns aufweist. Dies würde im schlechtesten Falle bedeuten, dass ein Kind **nicht** oder erst **viel zu spät therapeutisch versorgt** wird und sich die Störung u. U. bereits verfestigt hat. Daher kommt der Differenzialdiagnose hier ein besonders hoher Stellenwert zu. Zum besseren Überblick werden in **Übersicht 1.6** Symptome aufgeführt, die eindeutig für das Vorhan-

densein von Stottern sprechen und somit physiologische Unflüssigkeiten ausschließen.

Die **Tabelle 1.1** stellt altersgemäße Unflüssigkeiten und beginnendes Stottern zusammenfassend gegenüber. Sie dient der Differenzialdiagnose und der Beratung von Eltern normal unflüssiger Kinder.

Tipp

In einer Kopie dieser Tabelle (vgl.

► **Kap. 10.12**) können Symptome angekreuzt und Schwerpunkte der Störung optisch verdeutlicht werden.

Frühzeitiger Therapiebeginn. Je früher die Therapie bei Kindern mit beginnendem Stottern aufgenommen wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Ausformung des Stotterns aufzuhalten und die Symptomatik zurückzuführen ist. Es muss individuell entschieden werden, ob es sinnvoller ist, nur mit Kind oder

Übersicht 1.6

Ausschluss altersgemäßer Unflüssigkeiten beim Auftreten folgender Symptome

- Tonische Blockaden (Glottisstopp, stumme Blockaden)
- Spannungsreiche Lautdehnungen
- Schwa-Laut
- Veränderungen des Sprechtempos innerhalb eines Wortes
- (Unklare) Hinweise auf das Störungsbewusstsein
- Mitbewegungen
- Vermeideverhalten

Die beiden zuletzt genannten Symptome sind eindeutige Hinweise auf eine bereits **ausgeformte** Stottersymptomatik und sprechen somit auch gegen das Vorhandensein von **beginnendem** Stottern.