

# **Abschlussarbeit**

zur Erlangung

der

## **Magistra Artium**

im Fachbereich

**Erziehungswissenschaften (FB 04)**

der

Johann Wolfgang Goethe Universität

**Institut für Sonderpädagogik**

Thema:

**(Sprachheil-)pädagogisch-  
therapeutische  
Beratungs- und Behandlungsansätze  
bei  
kindlichem Stottern**

1. Gutachter: Prof. Dr. Stephan Ellinger

2. Gutachter: Prof. Dr. Helen Leuninger

Vorgelegt von: Anne Simone Lorenz

Aus: 61209 Echzell – Gettenau

Einreichungsdatum: 31. Januar 2007

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. <u>Vorwort</u>	5
II. <u>Einleitung</u>	7
III. <u>Klinisches Bild</u>	10
III.1 <u>Kindliches Stottern</u>	10
III.1.1 <b>Definition</b>	10
III.1.2 <b>Häufigkeit und Verbreitung</b>	12
III.1.3 <b>Kern- und Begleitsymptome</b>	13
III.1.4 <b>Abgrenzung normaler Sprechunflüssigkeiten von beginnendem Stottern</b>	16
III.2 <u>Entstehung des Stotterns</u>	18
III.2.1 <b>Aktueller Forschungsstand</b>	18
III.2.2 <b>Ursachen des Stotterns</b>	20
III.2.3 <b>Begleitende Faktoren des Stotterns</b>	23
III.2.3.1 <b>Verzögerte Sprachentwicklung</b>	23
III.2.3.2 <b>Störung der Wahrnehmungsentwicklung</b>	24
III.2.3.3 <b>Lateralität und Hemisphärenambivalenzen</b>	24
III.2.3.4 <b>Störung der Feinmotorikkoordination von Atmung, Stimme und Artikulation</b>	25
III.2.3.5 <b>Psycholinguistische Fähigkeiten und Stottern</b>	26
III.2.3.6 <b>Störungen der psychosozialen Entwicklung</b>	28
III.2.3.7 <b>Risikofaktoren</b>	29
III.3 <u>Psycholinguistische Dimension des Stotterns</u>	30
III.4 <u>Entwicklungsverläufe</u>	32
IV. <u>(Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Beratung</u>	34
IV.1 <u>Anamneseerhebung: Situation des Erstgesprächs</u>	35
IV.2 <u>Anamnesefragebogen</u>	38
IV.2.1 <b>Beschreibung der aktuellen Symptomatik</b>	39
IV.2.2 <b>Wie gehen Kind und Umwelt mit dem Stottern um?</b>	39
IV.2.3 <b>Therapiemotivation bei Eltern und Kind</b>	41
IV.2.4 <b>Anwesenheit des Kindes?</b>	42

IV.3 <u>Befunderhebung</u>	42
<b>IV.3.1 Erstdiagnostik als Grundlage der Therapieplanung</b>	43
<b>IV.3.2 Ressourcenorientierte Diagnostik und Therapie</b>	43
<b>IV.3.3 Umgang mit Stottern als Tabuthema</b>	44
<b>IV.3.4 Durchführung und Dokumentation der Untersuchung</b>	45
IV.4 <u>Befundbogen</u>	46
<b>IV.4.1 Von der Diagnostik zur Therapieplanung</b>	47
<b>IV.4.2 Untersuchung verschiedener Sprechleistungsstufen</b>	48
IV.4.2.1 Qualitative Untersuchung der Sprechleistungsstufen	49
IV.4.2.2 Quantitative Auswertung der Sprechproben	50
IV.4.2.3 Methodisches Vorgehen bei der Untersuchung	50
Spontansprache	50
Gelenkte Sprache	51
Lesen	51
Nachsprechen	51
IV.4.2.4 Auswertung erhobener Daten	51
<b>IV.4.3 Beobachtung von Einflussfaktoren</b>	52
IV.4.3.1 Psychosoziale Aspekte	53
IV.4.3.2 Verhaltensauffälligkeiten	54
IV.4.3.3 Eltern-Kind-Interaktion	54
IV.4.3.4 Einfluss der Sprachentwicklung	55
IV.4.3.5 Motorische Entwicklung	56
IV.4.3.6 Beratungsgespräch nach Anamnese und Diagnostik	57
V. <u>(Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Behandlung</u>	58
V.1 <u>Therapieansätze</u>	59
<b>V.1.1 Direkte und indirekte Therapieansätze</b>	61
<b>V.1.2 Indikationskriterien für die Auswahl des Therapieansatzes</b>	64
<b>V.1.3 Elternberatung, Elternarbeit und Elterntraining</b>	65
<b>V.1.4 Spieltherapeutisch geprägte Sprachtherapie (<i>Katz-Bernstein</i>)</b>	79
<b>V.1.5 Fluency-Shaping-Programme</b>	82
<b>V.1.6 Sprechtechniken</b>	86
<b>V.1.7 Modifikationstherapie nach Dell und van Riper     »Non Avoidance«</b>	88
V.2 <u>Kriterien u. Voraussetzungen für die Therapie</u>	90
<b>V.2.1 Gründe für frühzeitigen Therapiebeginn</b>	91
<b>V.2.2 Indikationen</b>	91
V.2.2.1 Kinder mit beginnendem Stottern, deren Eltern überbesorgt sind	91
V.2.2.2 Kinder mit beginnendem und manifestem Stottern, deren Eltern besorgt sind	93
<b>V.2.3 Prognosefaktoren</b>	94
V.2.3.1 Verlaufsprognose	94
V.2.3.2 Therapieprognose	95
<b>V.2.4 Therapeutische Grundhaltungen gegenüber Kind und Bezugspersonen</b>	95
V.2.4.1 Haltung gegenüber dem Kind	96

V.2.4.2 Haltung gegenüber den Bezugspersonen	97
<u>V.3 Umgang mit dem Stottern in der Therapie</u>	98
<b>V.3.1 Akzeptanz des Stotterns durch die Therapeutin</b>	98
<b>V.3.2 Flüssigere Perioden</b>	99
<u>V.4 Förderung mit Therapiebausteinen</u>	99
<b>V.4.1 Die Therapiebausteine</b>	99
<b>V.4.2 Atemtherapie und Tonusregulation</b>	99
<b>V.4.3 Körpersprache und rhythmisch-melodischer Ausdruck</b>	101
V.4.3.1 Blickkontakt und Turn-Talking	101
V.4.3.2 Rhythmisch-melodischer Ausdruck	102
V.4.3.3 Körpersprache	102
V.4.3.4 Sprechtempo	103
<b>V.4.4 Modifikation des Stotterns und Modeling</b>	104
V.4.4.1 Modifikation	104
V.4.4.2 Modeling – Modifikation für kleine Kinder	109
<u>V.5 (Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Beratung</u>	110
<b>V.5.1 Beratungsaspekte</b>	110
<b>V.5.2 Information zum Stottern und zu beeinflussenden Faktoren</b>	111
V.5.2.1 Auseinandersetzung mit Diagnose und Prognose	111
V.5.2.2 Über das Stottern sprechen	112
<b>V.5.3 Allgemeine Förderung des flüssigen Sprechens</b>	113
<b>V.5.4 Sprachliches Kommunikationsverhalten</b>	114
• Verzicht auf Sprechaufforderungen und Sprechdruck	116
<u>V.6. Ende der (sprachheil-)pädagogisch-therapeutischen Beratung und Behandlung</u>	117
<u>VI. Schlusswort</u>	120
<u>VII. Anhang</u>	
VII.1 <u>Anamnesefragebogen für Stottern bei Kindern</u>	
VII.2 <u>Befundbogen für Stottern bei Kindern</u>	
VII.3 <u>Ergänzungsbogen für Klein- und Vorschulkinder</u>	
VII.4 <u>Therapiebausteine mit dem Kind</u>	
VII.5 <u>Beratung – Information – Training</u>	
VII.6 <u>Merkblatt für die Eltern</u>	
VII.7 <u>SLS – Screening Liste Stottern</u>	
<u>VIII. Literaturverzeichnis</u>	

## I. Vorwort

Die Umsetzung des Themas ist einem Vorgespräch mit Prof. Dr. Stephan Ellinger (*Institut für Sonderpädagogik*) zu verdanken.

Prof. Ellinger hat es mir ermöglicht, ein sprachspezifisches Thema für meine Magisterarbeit umzusetzen, obwohl es derzeit keinen sprachheilpädagogischen Schwerpunkt innerhalb der Sonderpädagogik an der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main gibt.

Mein weiterer Dank gilt Prof. Dr. Helen Leuninger (*Institut für Kognitive Linguistik*) für ihre Hilfestellungen bei der Einschränkung und Unterteilung des Themas, um im Rahmen einer Magisterarbeit zu bleiben.

Meinen Dank möchte ich auch Barbara Schlag für ihre Korrekturvorschläge und für ihre Anregungen bei der Textgestaltung aussprechen.

Bei meinen Eltern, Dipl.-Ing. Hartmut Lorenz und Roswitha Mogk-Lorenz, möchte ich mich für ihre emotionale Unterstützung während der produktiven Phase bedanken und für ihre liebe Art, mich zu motivieren, soweit es nötig war.

Mein besonderer Dank gilt meinem Freund Sebastian Möbus, der mir mit sehr viel Liebe und Kraft beistand, immer an mich geglaubt und mich zudem in computertechnischen Angelegenheiten maßgeblich unterstützt hat.

Diese Arbeit möchte ich meinem verstorbenen Großvater, Franz Lorenz, und meinem verstorbenen Großonkel, Erich Mogk, widmen. Beide waren zu Lebzeiten von Stottersymptomen betroffen und litten unter den negativen Reaktionen ihrer Umwelt.

Mit meiner Bearbeitung des Themas *Stottern* möchte ich einen Beitrag dazu leisten, dass der Redeflussstörung Stottern im Kindesalter vermehrt Aufmerksamkeit zukommt. Darüber hinaus möchte ich über Beratungsmöglichkeiten bei Verdacht von Stottersymptomen informieren und geeignete Behandlungsansätze vorstellen, um kindliches Stottern als derzeitiges Tabuthema zu entmystifizieren.

Ein aktueller Artikel beschreibt die derzeitige problematische Lage Stotternder in Deutschland. Deutschland vernachlässige nach Ansicht eines Experten die Förderung von Stotternern. »Sowohl die Bekämpfung des Stotterns als auch die Unterstützung von Menschen mit Sprachstörungen spielen bestenfalls am Rande eine Rolle«, berichtet der Arzt und Leiter des Instituts der Kasseler Stottertherapie, Alexander Wolff von Gutenberg. Er behauptet, dass eine Karriere mit Stottern in Deutschland so gut wie unmöglich ist.

Neben der Öffentlichkeit vernachlässigt, nach von Gutenberg, auch die Forschung die Probleme, die diese Redeflussstörung mit sich bringt. Nach seiner Meinung gibt es kaum Interesse bei Krankenhäusern, Kliniken und Universitäten, das Problem zu untersuchen oder wirksame Therapien weiterzuentwickeln. So groß das Problem für die Betroffenen auch sei, so klein sei es für die öffentliche Wahrnehmung. Stottern sei eine erhebliche Sprachstörung, die nicht in wenigen Tagen behandelt werden könne.

Von Gutenberg berichtet weiter, dass selbst eine lange Therapie keinen dauerhaften Erfolg garantiert (*Artikel der Wetterauer Zeitung vom 31.10.06*).

In dieser Arbeit versuche ich aufzuzeigen, dass es bereits einen reichhaltigen Fundus an Informationen über Elterntrainings, Elterngespräche und Beratungen bezüglich Therapien und Übungseinheiten in Kontakt- und Beratungsstellen und in Therapeutenpraxen gibt. Vielfältige Therapieansätze münden in einer umfangreichen Nachsorgebehandlung.

Dem Mediziner von Gutenberg ist unter anderem in dem Punkt Recht zu geben, dass bei weitem jedoch noch nicht alle Ressourcen bezüglich der Redeflussstörung Stottern ausgeschöpft sind. Übrig bleibt ein noch hoher Erklärungsbedarf bei der Ursachenfindung dieser Sprachstörung.

## II. Einleitung

Die Magisterarbeit behandelt das Thema, *„(Sprachheil-) pädagogisch-therapeutische Beratungs- und Behandlungsansätze bei kindlichem Stottern“*, aus dem Gebiet der Sprachheilpädagogik.

Kurzer Exkurs: Die Bezeichnung Sprachheilpädagogik ist gleichbedeutend mit Sprachbehindertenpädagogik, betont aber im Gegensatz zu den anderen sonderpädagogischen Richtungen wie beispielsweise Geistigbehinderten- und Lernbehindertenpädagogik, bei denen es keine entsprechenden Pendant gibt, besonders ihren Heilsanspruch. Demnach steht sprachheilpädagogisch nicht die eigentliche sprachliche Behinderung beziehungsweise Beeinträchtigung im Zentrum der Betrachtung, sondern vielmehr das, was sich durch therapeutische Maßnahmen, elterliche Unterstützung und Umsetzung in alltägliche Begebenheiten erzielen lässt und sich zu entwickeln vermag. Diesem Heilsanspruch möchte ich in dieser Arbeit nachkommen, indem ich mich gezielt auf die beratenden Faktoren in therapeutischen Settings beziehe.

Beratung geht in sprachheilpädagogischer Praxis dem Heilsanspruch voraus und begleitet fortlaufend das Heilsgeschehen in Form von Förderung und Betreuung. Beratung umfasst speziell bei kindlichem Stottern einen komplexen Prozess, der sich aus folgenden Gründen nicht ohne weiteres problemlos bewerkstelligen lässt.

*„Stottern lässt sich nicht generalisieren, auf einfache Erscheinungsformen oder auf einheitliche und eindeutige ätiologische Faktoren reduzieren. [...] 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 therapieresistenten Verschlimmerung über die Pubertät hinaus reichen kann, [...] berücksichtigt werden.“*

*(Geleitwort von Nitza Katz-Bernstein; zit. nach Ochsenkühn und Thiel 2005, S. V-VI).*

Wer bei kindlichem Stottern berät, begibt sich in einen dynamischen Informationsaustausch mit dem zu Beratenden und verfolgt das Ziel, der Komplexität und Individualität des Phänomens Stottern einerseits gerecht zu werden, indem keine einseitig gedachten Therapien eingeleitet werden und andererseits alle denkbaren Möglichkeiten bei der Behandlung des Individuums Berücksichtigung und in Form von besprochenen und vereinbarten Therapiemaßnahmen Anwendung finden.

Gibt es überhaupt die wirksamste Therapie (*Modifikation, Fluency Shaping, Atemtherapie oder Spieltherapie*) gegen Stottern?

Vorab ist zunächst festzuhalten, dass es nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen allgemein gültigen wirksamsten Ansatz gibt, sondern nur die optimale individuelle Methodenkombination für *ein* Kind und seine Familie. Die Effizienz dieser Methodenkombination ist, und hier schließt sich der Kreis, abhängig von dem gemeinsamen Austausch des Therapeuten, des Patienten und der Eltern. Nur auf diese Weise können Therapieerfolge und –misserfolge kenntlich gemacht und effiziente Methoden wirksam eingesetzt werden.

Der Kombination ausgewählter Therapiekonzepte geht die Erstberatung in Form von Anamnese- und Befunderhebung voraus und findet in der gezielten und individuell abgestimmten Behandlung des Patienten ihren Verlaufshöhepunkt, der über die abschließende Beratung in das Ende der sprachheilpädagogisch-therapeutischen Beratung und Behandlung mündet.

Beratung und Behandlung bei kindlichem Stottern beschreiben damit einen komplexen Sachverhalt, der Teil aller therapeutischen Vorgehensweisen ist. Für die Darstellung einer pädagogisch-therapeutischen Beratung und Behandlung von kindlichem Stottern ist zunächst das klinische Bild des kindlichen Stotterns mit Entstehung, Häufigkeit und Verbreitung, Grund- und Kernsymptomatik, Begleitstörungen sowie einer Abgrenzung von regulären Sprechunflüssigkeiten und beginnendem



Stottern darzustellen und unter sprachheil-pädagogischer und linguistischer Sicht zu diskutieren.

Diese Arbeit beruht auf der Annahme einer individuellen Ursachenkonstellation nach multikausaler Theorie und ist auf den einzelnen Patienten im Sinne der idiographischen Sichtweise bezogen (*hierauf werde ich im Nachwort eingehen*).

Die idiographische Sichtweise erweitert die bisherigen Ausführungen dadurch, indem sie davon ausgeht, dass jede sprachliche Auffälligkeit in der Lage ist, ihre eigene biographische Vorgeschichte und ihre eigene Problematik vorzuweisen.

Das entsprechende diagnostisch-therapeutische Konzept berücksichtigt vorhandene Ressourcen und Kompetenzen betroffener Personen. Nach Iven (1995) besteht die Aufgabe der Therapeutin darin, eine therapeutische Beziehung zu schaffen, in der Selbstreflexion und eigengesteuerte Handlungsalternative möglich werden.

In dieser Arbeit wird zur sprachlichen Vereinfachung nur die feminine Form verwendet, jedoch sind damit selbstverständlich Personen beider Geschlechter gemeint.

Es wurden keine Fußnoten verwendet, um die Übersichtlichkeit der Arbeit zu wahren. Kurze Autorenangaben sind im Text vermerkt, die ausführlichen Literaturangaben finden sich am Ende.

### III. Klinisches Bild

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.2) handelt es sich beim kindlichen Stottern um kein einheitliches Krankheitsbild, sondern um ein Syndrom, das sich aus individuell unterschiedlichen sprachlichen, motorischen und psychosozialen Symptomen zusammensetzt.

Mit anderen Worten ausgedrückt, kann das Erscheinungsbild des kindlichen Stotterns trotz einiger Gemeinsamkeiten erheblich individuell variieren, da gleiche Symptome verschiedenartige Ursachen haben können.

Dieser Abschnitt über das klinische Bild des kindlichen Stotterns bildet die Grundlage für die Diagnostik und die Therapieplanung, die am Einzelfall (*idiographische Sichtweise*) orientiert ist. Die Symptome des Stotterns, die verursachenden Faktoren, die Dimensionen der Ausprägung sowie die Abgrenzung zu normalen Sprechunflüssigkeiten sollen in den folgenden Abschnitten behandelt werden, wobei der Abgrenzung zu anderen Störungen des Redeflusses weniger Beachtung zuteil wird, um den Rahmen des Themas nicht zu sprengen.

#### III.1 Kindliches Stottern

Synonym zur Bezeichnung Stottern werden die medizinischen Begriffe Balbuties, Dysphemie, Spasmophemie und Laloneurose verwendet.

Nach ICD 10 wird unter Stottern eine quantitativ und qualitativ von normal unflüssigem Sprechen zu unterscheidende, unphysiologische Störung des Redeflusses verstanden, die meist mit einer überhöhten Anspannung artikulatorischer und laryngealer Muskeln verbunden ist.

##### III.1.1 Definition

Nach Hansen und Iven (2002, S.22) ist Stottern eine Störung der Sprechflüssigkeit, bei der es nicht nur gelegentlich, sondern auffallend häufig zu Unterbrechungen im Redefluss kommt.

Zu beachten ist jedoch, dass diese Unterbrechungen des Redeflusses unbeeinflusst, unfreiwillig und ungewollt auftreten.

Wirth (2000, S.471) bezeichnet Stottern als eine Redeflussstörung, die durch angespanntes, stummes Verharren in der Artikulationsstelle (*tonisches Stottern*), Wiederholungen (*klonisches Stottern*), Dehnungen sowie Vermeidungsreaktionen (*Wortvertauschungen, Satzumstellungen*) charakterisiert ist.

Hansen und Iven (2002) kritisieren diese Definition von Wirth, da sie ihnen zu eingeschränkt erscheint und weder dem stotternden Kind noch seinen Angehörigen in irgendeiner Weise gerecht wird. Hansen und Iven verweisen daher auf Autoren wie Fiedler und Standop (1986), Johannsen und Schulze (1987, 1992) und auf Schulze und Johannsen (1986), die sich darum bemüht haben, sowohl die Symptomebene als auch die Ebene der Belastungen zu erfassen und für eine Differenzialdiagnose nutzbar zu machen.

An späterer Stelle wird zwischen regulären Sprechunflüssigkeiten und dem beginnendem Stottern unterschieden, denn nicht jedes unflüssige Sprechen zählt bereits zur Phänomenausprägung des Stotterns. Ein gewisser Anteil an Unflüssigkeiten und Pausen wird beim Sprechvorgang toleriert und akzeptiert. Ist dieser Grad an Sprechflüssigkeit unterschritten, nimmt unser Ohr das Sprechen als auffallend unterbrechend wahr. Diese Auffälligkeiten werden nicht nur hörbar sondern auch sichtbar, da bereits kindliches Stottern durch innere und äußere Symptome gekennzeichnet sein kann.

Diese Symptome können unterschiedlich ausgeprägt und miteinander kombiniert sein, sodass bei Stottern nicht von einem einheitlichen Krankheitsbild gesprochen werden kann. Es handelt sich vielmehr um ein Syndrom, das sich aus individuell unterschiedlichen sprachlichen, motorischen und psychosozialen Symptomen zusammensetzt. Stottern kann bei längerem Bestehen sogar die Sozialisation beeinflussen. Auffälligkeiten lassen sich im Redefluss, in der Kommunikation, in psychosozialen Einschränkungen nachweisen.

Dies hat zur Folge, dass Stottern „kein konstantes Phänomen“ (Ochsenkühn und Thiel 2005, S.3) ist, sondern situativ in unterschiedlicher Ausprägung auftritt und sich auf die gesamte Kommunikation auswirkt.

Im Bereich der Sprechmotorik und deren Ansteuerung durch das Gehirn treten zwischen stotternden und nicht-stotternden Kindern geringe Unterschiede auf. Im Vergleich zu nicht-stotternden lassen sich bei stotternden Kindern häufiger Verzögerungen in der Sprachentwicklung sowie weitere Störungen des Sprechens nachweisen.

### III.1.2 Häufigkeit und Verbreitung

Meist entsteht Stottern in der sensiblen Phase des Spracherwerbs, wobei es in dieser Phase eher zu Spontanremissionen kommt. Etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen sind betroffen, bei Mädchen beginnt das Stottern aufgrund des früher einsetzenden Spracherwerbs entsprechend früher. Bei einem Großteil der Kinder, insbesondere bei Mädchen, verschwindet die Störung bis zur Pubertät wieder.

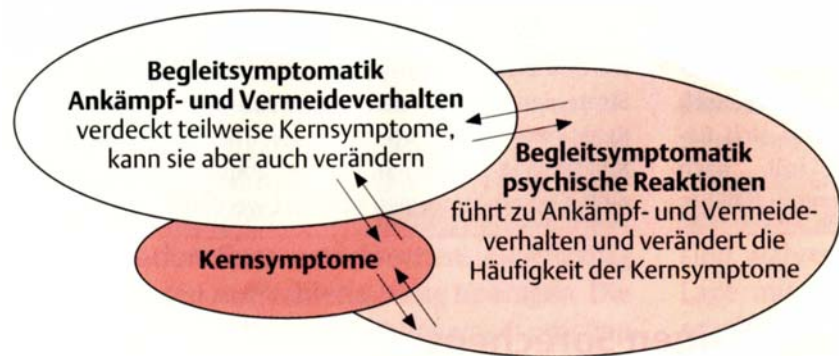
Spontan oder bedingt durch eine Therapie kommt es bei vielen Kindern in Deutschland zu einer Remission der Störung. Kindliches Stottern beginnt stets vor dem zwölften Lebensjahr. Bei 50 Prozent der Fälle tritt es zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr und bei 90 Prozent vor dem sechsten Lebensjahr auf (Deutsches Ärzteblatt vom 05.05.06).

Unter den Kindern weisen 3-5 Prozent und im Erwachsenenalter nur noch 1 Prozent eine Stottersymptomatik auf. Zudem sind Faktoren bekannt, die eine Rückbildung des Stotterns erschweren beziehungsweise behindern.

Nach Johannsen (2001b) sind ein früher Beginn des Stotterns ohne vorherige Phase flüssigen Sprechens, bei ansonsten unauffälliger Sprachentwicklung sowie weitere stotternde Familienmitglieder, eine hartnäckige, schwer beeinflussbare Symptomatik wie auch Linkshändigkeit. Auch das Geschlecht scheint bei der Ausprägung der Symptomatiken keine geringe Rolle zu

spielen. Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Stotternen verschiebt sich von 2:1 und 3:1 in der Kindheit auf ungefähr 9:1 im Erwachsenenalter.

### III.1.3 Kern- und Begleitsymptome



(Abb. 1: Wechselwirkung von Kern- und Begleitsymptomatik, aus: Sandrieser und Schneider (2004, S.13).)

#### Kernsymptome (core behavior):

- Unfreiwillige Blockierungen
- Dehnungen von Lauten
- Wiederholungen von Lauten und einzelnen Silben

#### Begleitsymptome:

- Emotionen und Einstellungen (*wie psychische Anspannung, Sprechangst, Versagensangst, Selbst- und Fremdwertung als Sprecher*)
- Verhalten und Sozialverhalten (*wie Vermeiden von Situationen, in denen gesprochen werden muss und Abbruch des Blickkontakts*)
- Sprechverhalten (*wie Veränderung der Sprechweise durch Flüstern, veränderte Sprechatmung, Langsamsprechen, Schweigen*)
- Sprachliche Ebene (*wie Vermeiden von unangenehmen Wörtern, Satzabbrüche, Einschub von Floskeln, um gefürchtetes Wort aufzuschieben, Satzumstellungen*)
- Motorik (*wie physische Anspannung, Mitbewegungen von Armen, Händen und Kopf, Grimassieren*)
- Vegetative Ebene (*wie Erröten, Schweißausbruch*)

Seemann (1959) nimmt eine Klassifikation der Stottersymptomatik vor, bei der zwischen äußeren, physischen und inneren,

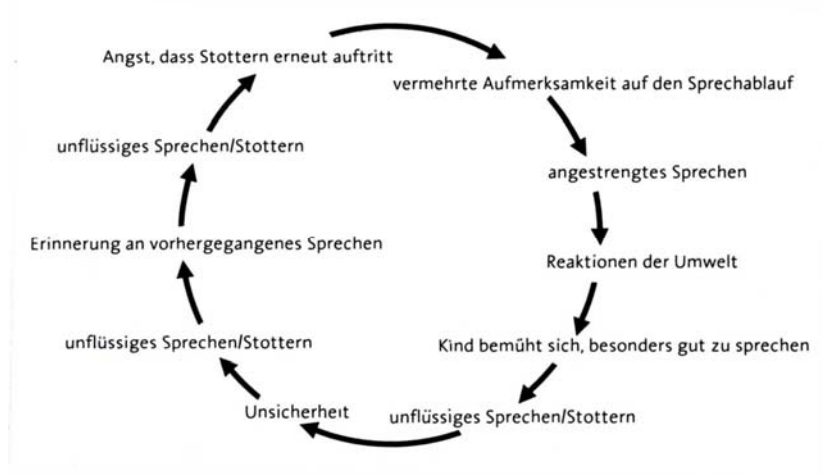
psychischen Symptomen unterschieden wird. Äußere Leitsymptome sind von der Umwelt unmittelbar hör- und sichtbar.

Stotterereignisse sind unter anderem abhängig von der Wortart, der Wortstellung im Satz, der Wortlänge und der Silbenstruktur, welche bestimmten Regelmäßigkeiten unterliegen.

Stottern kann sich aus den in der Sprachentwicklung auftretenden Sprechunflüssigkeiten entwickeln, jedoch auch dann, wenn vorher eine Phase des unflüssigen Sprechens nicht aufgetreten ist beziehungsweise nicht zu beobachten war.

Entsprechende Kernsymptome des Stotterns sind Wiederholungen von Lauten („I-i-i-ich war das nicht.“), zunehmende Wiederholungen von Silben („Das habe ich ge-ge-ge-gebaut.“), längeres Dehnen einzelner Laute („Maaaama, komm mal her.“), Unterbrechungen innerhalb eines Wortes („Ich k—omme doch schon.“), Pausen als Blockierung vor einem Wort, Vokaleinschübe bei Silbenwiederholungen („BeBeBeBall“ – das /e/ bleibt dabei unbetont) und Veränderungen der Tonhöhe oder der Lautstärke bei Unflüssigkeiten.

Kinder entwickeln, um diese Kernsymptome abzuschwächen, im Laufe der Zeit bestimmte Strategien, um das Stottern zu umgehen oder zu vermeiden. Diese Strategien werden Begleitsymptome genannt. Beide Symptomformen beeinflussen sich gegenseitig, wodurch sich ein Teufelskreis entwickelt und sich die Häufigkeit des Auftretens und die Symptomatik des Stotterns verstärken.



(Abb. 2: „Teufelskreis“ – Verstärkung der Sprechunflüssigkeiten bzw. des Stotterns, aus: Brügge und Mohs (2006, S.19).)

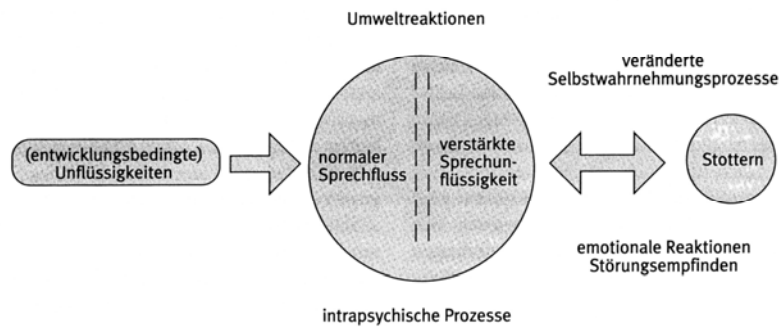
Der Teufelskreis zeigt sich in folgender Weise: Vermehrte Aufmerksamkeit auf den Sprechablauf bedingt ein angestregtes Sprechen, Reaktionen aus der Umwelt folgen. Es können vermehrt Anspannungen artikulatorischer oder laryngealer Muskeln auftreten. Keuchen und Sprechen während der Einatmung sowie Zukneifen der Augen, Runzeln der Stirn, Vorstülpen der Lippen, Kopfnicken und mit dem Fuß stampfen sind weitere Formen von Sekundär- oder Begleitsymptomen. Sie sind Ausdruck eines Fluchtverhaltens, bei dem der Betroffene versucht, die Primärsymptomatik zu überwinden.

Das Kind bemüht sich, besonders gut zu sprechen und beginnt hierdurch unflüssig zu sprechen und gegebenenfalls zu stottern.

Das Kind wird verunsichert, was weiteres unflüssiges Sprechen, gegebenenfalls Stottern, zur Folge hat. Dabei erinnert es sich an sein vorhergegangenes Sprechen und beginnt, erneut unflüssig zu sprechen und gegebenenfalls zu stottern. Die Angst wächst, dass sein Stottern erneut auftritt.

Zur Sekundärsymptomatik zählen auch vielfältige Vermeidungsverhaltensweisen, vom zeitlichen Aufschub und Startern (*beispielsweise als Interjektionen und Einschübe hörbar*) zum Vermeiden von Wörtern oder Sprechsituationen. Äußere Symptome des Stotterns sind sehr variabel und können im Kindesalter phasenweise sogar ganz verschwinden.

## Interaktions- und Kommunikationsprozesse



(Abb. 3: „Dynamisches Modell zur Entwicklung des Stotterns“, aus: Hansen und Iven (2002, S.20).)

Die inneren, psychischen Symptome beziehen sich auf Gefühle, Reaktionen, Einstellungen des Betroffenen und sind vom Kommunikationspartner nicht direkt wahrnehmbar und beobachtbar. Scham, Angst, Frustration, Aggression oder Regression sind Ausdruck dieser Symptome. Betroffene können durch negative Reaktionen der Umwelt ein negatives Selbstbild entwickeln und vermuten, dass sie als dumm oder nervös erachtet werden.

### III.1.4 Abgrenzung normaler Sprechunflüssigkeiten von beginnendem Stottern

Im Alter des Vokabelspurts mit 24 Monaten beginnt das Kind, enorme Fortschritte in seiner Sprachentwicklung zu machen. Neue Erfahrungen ergeben sich durch erweiterte Kontakte zu anderen Kindern mit dem Eintritt in den Kindergarten oder Kinderspielgruppen oder erweiterte Sprachangebote über verschiedene Medien wie Fernsehen und Kassetten oder DVDs und CDs. Diese vermitteln neue Informationen über und mit der Sprache, die verarbeitet werden müssen.

Der Wortschatz des Kindes erweitert sich sprunghaft, was in längeren Sätzen und neuen Satzkonstruktionen zum Ausdruck kommt. Zudem erweitert das Kind seine Erzählfähigkeit bezüglich der Satzlänge und facettenreicherer Wortwahl. Das Kind lernt in dieser Zeit, Gedanken und Erlebnisse erzählerisch entsprechend zu ordnen, damit Zuhörer problemlos inhaltlich fol-



gen können oder durch entsprechendes Nachfragen eine befriedigende Antwort erhalten.

Die Anwendung der Sprache ist in dieser Zeit aus den genannten Gründen nicht immer korrekt, sondern lässt häufigere Wiederholungen von Wörtern und Satzteilen sowie längere Pausen während des Erzählens erkennen. Wesentlich ist hierbei, dass diese Wiederholungen und Unterbrechungen ohne Anzeichen von körperlicher Anstrengung auftreten und das Kind selbst nicht irritieren. Dies ist ein entscheidender Unterschied zu den Stottersymptomen.

Ein Auftreten unflüssigen Sprechens ist während dieser Zeit als eine Phase im Verlauf der sprachlichen Entwicklung des Kindes zu verstehen und als normal einzuschätzen, da das Kind komplexe Zusammenhänge sowohl in seiner sprachlichen als auch in seiner gesamten Entwicklung erfasst und verarbeitet. Diese Entwicklungsphase zeichnet sich durch ein Ungleichgewicht zwischen dem, was das Kind mitteilen möchte, und noch unsicherer mundmotorischer Geschicklichkeit und seinen sprachlichen Fertigkeiten aus.

Einerseits möchte das Kind seine Erlebnisse möglichst direkt mitteilen, sowie Gefühlen, Ärger oder Aufregung Ausdruck verleihen, sowie in der Gegenwart anderer genug Zeit bekommen, alles zu erzählen, was ihm wichtig ist, verbunden mit dem Wunsch, nicht unterbrochen zu werden. Andererseits verspürt das Kind Unsicherheit bei der Aussprache einzelner Wörter.

Das Kind belasten eine noch ungeübte Mundmotorik für den schnellen Wechsel bei der Lautbildung, die Suche nach geeigneten Begriffen und Unsicherheiten bei der Satzkonstruktion.

Unauffällig wird der Sprechablauf, sobald das Kind eine ausreichende Sicherheit bezüglich der Aussprache erlangt hat, die erforderlichen Satzkonstruktionen abrufen und seine Gedanken ordnen kann.

Unterschieden wird zwischen normalen und symptomatischen Sprechunflüssigkeiten. Als unauffällig werden normale Unflüssigkeiten von Zuhörern eingestuft. Symptomatische Unflüssigkeiten wie Blockierungen, Dehnungen und Wiederholungen

hingegen sind typisch für Stottern. Diese Dehnungen und Blockierungen verändern den Sprechrhythmus und haben Auswirkungen auf die Sprechgeschwindigkeit. Beim Sprecher können sie ein Gefühl des Kontrollverlustes hervorrufen. Zuhörer reagieren zumeist irritiert auf symptomatische Unflüssigkeiten. Sie werden als auffällig bewertet, obwohl entsprechende Unterbrechungen nur von kurzer Dauer sind.

### III.2 Entstehung des Stotterns

Bekannt ist eine frühe Entwicklungs- beziehungsweise Entstehungsphase des kindlichen Stotterns. Bei 66 Prozent aller Stotternden entwickelt sich die Störung bis zum sechsten Lebensjahr (vgl. Wirth 2000).

#### III.2.1 Aktueller Forschungsstand

Welche unterschiedlichen Komponenten an der Entstehung des Stotterns beteiligt sind, muss individuell für jedes einzelne Kind festgestellt und kann teilweise nur vermutet werden. Mit anderen Worten ausgedrückt ist bis heute keine eindeutige Ursache bekannt, sondern es muss vielmehr von einem Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren ausgegangen werden, die einander gegenseitig beeinflussen und bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns maßgeblich beteiligt sind.

Besonders bedeutsam ist die Auseinandersetzung mit der Ätiologie des Stotterns vor allem für die Diagnoseerstellung und die Therapieplanung. Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) ergeben sich aus der jeweiligen Hypothese zu den verursachenden Faktoren des Stotterns der Therapieansatz und die individuell angepasste Auswahl der Therapiebausteine. Die Ätiologie ist trotz gesicherter genetischer Faktoren bisher nicht geklärt. Äußere Symptome betreffen den Sprechablauf und den Redefluss, innerlich entstehen häufig negative Einstellungen und Gefühle wie Scham oder Angst.

Stottern ist ein Phänomen, das sich anhand defizitärer Strukturen im Gehirn nachweisen lässt. Neue Forschungsergebnisse

verweisen darauf, dass sich bestimmte Fehlfunktionen in den für das Sprechen zuständigen Arealen bei erwachsenen Stotterern nur schwer reparieren lassen. Jedoch tragen seriöse Therapien, welche ungefähr den Zeitraum eines Jahres ansetzen, langfristig für die Kontrolle der Redeflussstörung bei. Durch konsequentes Üben lassen sich mit Hilfe dieser Therapien neue Regionen im Gehirn aktivieren.

Bekannt ist heute durch Untersuchungen von Sprachwissenschaftlern, dass Stottern nicht als Zeichen sprachlicher Minderbegabung zu verstehen ist. Auch weisen Stotternde weder Probleme mit der Grammatik noch mit der Prosodie der Sprache auf. Im Vergleich zum normalen Sprecher wurden jedoch von Forschern Unterschiede in den Gehirnstrukturen lokalisiert. Aus dem rein motorischen Problem, Stotterer könnten ihre Gedanken nicht schnell genug in gesprochene Sprache umsetzen, entwickelte sich die Vorstellung, dass Stotterer Defizite in bestimmten Gehirnregionen aufweisen. Anhand bildgebender Verfahren beispielsweise der funktionellen Magnetresonanztomographie ließen sich bei Stotterern Defizite in Regionen nachweisen, in denen Normalsprecher gehörte Sprache analysieren (*Wernicke-Areal = Sprachwahrnehmung*) und den Sprechvorgang vorbereiten (*Broca-Areal = Sprachverarbeitung*).

Beide Zentren der linken Hemisphäre sind unter normalen Umständen beim Sprechvorgang aktiv, bei Sprechablaufstörungen jedoch kaum. Statt dieser beiden Zentren ist bei Stotterern das rechte frontale Operculum aktiv. Ihm kommen unter normalen Umständen ausschließlich Funktionen wie das Erkennen grammatischer Fehler und das Ergänzen von Textlücken zu.

Nach wissenschaftlichen Vermutungen versucht das Gehirn auf diese Weise, Defizite in der linken Hirnhälfte zu kompensieren. Bestätigung finden solche Vermutungen durch die Tatsache, dass bei weniger stark stotternden Probanden das rechte frontale Operculum besonders intensiv arbeitet.

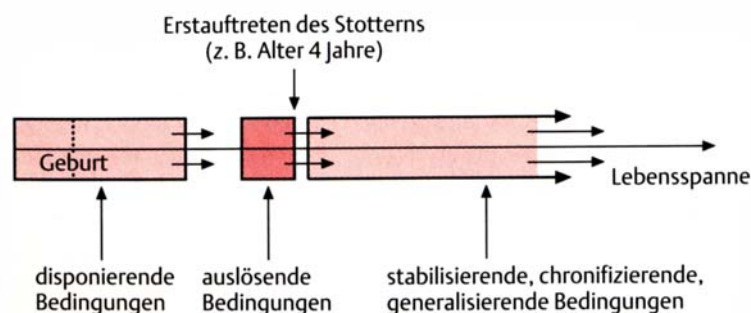
Trotz Therapien bei erwachsenen Stotterern konnten diese ursprünglichen Sprachzentren nicht reaktiviert werden. Es ist davon auszugehen, dass eine Behandlung vor der Pubertät das Phänomen zum Verschwinden bringen kann. Bei erwachsenen Stotterern können diese Zentren nicht vollständig repariert werden, jedoch ihr Problem soweit unter Kontrolle gebracht werden, dass es für Außenstehende unauffällig erscheint.

Entsprechende Übungen stärken nicht ausschließlich das rechte frontale Operculum, sondern aktivieren sogar neue Zentren in der linken Hemisphäre nahe der Wernicke- und Broca-Regionen. Ein langfristiger Erfolg in der Stottertherapie ist vor allem von einem kontinuierlichen und entsprechenden Training von ungefähr einem Jahr Dauer abhängig.

Eine wirksame Therapie sollte jedoch, um den gewünschten Erfolg zu erzielen, auf atemtechnische Übungen und auf effektive psychologische Methoden zurückgreifen, um Sprechängsten und Vermeidungsreaktionen entgegenzuwirken.

### III.2.2 Ursachen des Stotterns

Die »Ursachen« des Stotterns sind nur aufgrund von Theorien als solche deklariert. Untersuchungen belegen, dass bestimmte Störungen, Besonderheiten, Auffälligkeiten oder hirnorganische Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Stottern gehäuft auftreten.



(Abb. 4: „Ätiologische Bedingungskonstellationen des kindlichen Stotterns“, aus: Sandrieser und Schneider (2004, S.20), zit. nach Schulze et al. (1991).)

Bekannt ist, dass stotternde Kinder häufiger eine verzögerte Sprachentwicklung zeigen. Teilaspekte der auditiven Verarbei-

tung sind häufiger beeinträchtigt und es werden häufiger Lateralisierungsanomalien beobachtet (*Deutsches Ärzteblatt vom 05.05.06*). Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur, im psychosozialen Umfeld und bei der Intelligenz wurden hingegen nicht festgestellt.

Jedoch sind die Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die daraus abgeleitet wurden, rein spekulativer Natur. Bis heute besteht noch ausreichend Erklärungsbedarf darin, warum ein Kind zu stottern beginnt. Über die Ursachen des Stotterns ist bis heute kaum etwas bekannt.

Bei eineiigen Zwillingen tritt Stottern häufiger bei beiden Personen als bei zweieiigen Zwillingen auf. Aus diesem Grund wird davon ausgegangen, dass Kinder mit Stottern eine Veranlagung für diese Symptomatik aufweisen.

So ist bekannt, dass Stottern familiär gehäuft auftreten kann, und daher die Veranlagung zum Stottern vererbt wird. Eine Veranlagung beziehungsweise eine Disposition begünstigt das Auftreten von Stottern, aber nicht jedes Kind mit einer Disposition beginnt auch zu stottern. Zudem sind eineiige Zwillinge bekannt, ein Zwilling stottert und der andere nicht.

Neben genetischen Einflüssen müssen daher auch weitere Faktoren an der Entstehung des Stotterns beteiligt sein.

Im Vergleich zu nichtstotternden weisen stotternde Menschen ungefähr dreimal häufiger Verwandte mit einer Redeflussstörung auf (*Deutsches Ärzteblatt vom 05.05.06*).

Es wird davon ausgegangen, dass sich erst durch auslösende Faktoren Stottern entwickeln kann. Dessen Verlauf ist zunächst ungewiss und gegebenenfalls durch aufrechterhaltende Faktoren beeinflusst. Sie haben für die weitere Entwicklung des Stotterns große Bedeutung und üben nicht nur einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Stotterns, sondern auch auf die weitere Entwicklung des Kindes aus. Bestimmte Risikofaktoren erschweren es dem Kind zusätzlich, unflüssiges Sprechen oder Stottern wieder abzulegen. Diese sind beispielsweise eine verzögerte Sprachentwicklung, eine eingeschränkte

mundmotorische Geschicklichkeit und verzögerte Reifungsprozesse.

Stotterersymptome entstehen, während sich das Kind körperlich, geistig, emotional und sprachlich am schnellsten entwickelt, wobei Einflüsse auf den physischen, psychischen, sprachlichen und sozialen Bereich eine entscheidende Rolle spielen. In der weiteren Entwicklung des Stotterns wächst die Anstrengung beim Sprechen und das Kind versucht, sein Stottern zu vermeiden. Die Sprechschwierigkeiten und die daraus resultierenden Sprechunflüssigkeiten einerseits und die negativen Gefühle und Einstellungen gegenüber seinem Sprechen andererseits erzeugen einen Teufelskreis.

Dieser Teufelskreis aus Angst und Vermeidung, aus Anstrengung und Frustration erhält das Stottern aufrecht und verstärkt es zusätzlich. Durch lang andauernde Stotterersymptome tritt ein Prozess der Automatisierung ein, der nur schwer verändert werden kann. Verschiedene Theorien versuchen, eine Antwort auf die Ursachen kindlichen Stotterns zu finden.

Nach lerntheoretischen Annahmen entstehen Vermeidungs- und Fluchtverhaltensweisen sowie Kernsymptome aus dem misslungenen Versuch, flüssig sprechen zu wollen. Auf eine stärkere Anstrengung zur Überwindung von Symptomen folgt anfangs die Auflösung der Blockierung. Flüssiges Sprechen führt dazu, dass das entsprechende Anstrengungsverhalten verstärkt wird. Nach lerntheoretischen Annahmen entstehe Stottern damit aus dem Versuch, nicht zu stottern.

Nach Breakdown-Theorien kommt es aufgrund von vererbten neurophysiologischen Defiziten zu Stotterersymptomen, indem das Zusammenspiel zwischen Atmung, Stimmgebung und Lautbildung fehlschlägt. Weitere Breakdown-Theorien vermuten eine Störung der auditiven Rückmeldung beim Sprechen und erhalten eine Bestätigung durch Ergebnisse bildgebender Verfahren wie der Positronenemissionstomographie (*PET*) und der funktionellen Kernspintomographie (*fMRT*). Nach diesen Er-

gebnissen könnten zentrale Schaltstellen zwischen Motorik, Sensorik und Sprechplanung gestört sein.

Zusammenfassend: Der Entstehung des Stotterns scheint damit ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zugrunde zu liegen, in welchem sich vier Faktorenbereiche gegenseitig beeinflussen. Organisch-konstitutionelle Strukturen (*Hemisphärenambivalenz, genetische Prädispositionen*), psycholinguistische Mechanismen (*verzögerte Sprachentwicklung, Artikulation*), morphologisch-syntaktische Strukturen (*Semantik, Prosodie*) sowie psychosoziale (*Sensibilität, geringes Selbstbewusstsein, Perfektionismus*) und soziokulturelle (*Erziehungsverhalten, soziokultureller Rahmen*) Faktoren.

Zur Verursachung und Aufrechterhaltung des Stotterns werden unterschiedliche Faktoren wirksam, deren Konstellation, Kombination und Ausprägung bei jedem Individuum verschieden ist. Nach dieser Ansicht wird jede redeflussgestörte Person zum Einzelfall mit seiner ihrer, einzigartigen Lebensgeschichte.

Im multifaktoriellen Bedingungsgefüge scheint dem psychosozialen Bereich bei der Entstehung des Stotterns eine wesentliche Rolle zuzukommen. Jedoch ist anzumerken, dass erst ein ungünstiges Zusammentreffen mehrerer Faktoren aus diesem Bereich bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung des Stotterns entscheidend sein dürfte. Nach dieser Vorstellung spielen bei der Entstehung und Verursachung des Stotterns sowohl physiologische als auch psychische Faktoren eine Rolle.

### **III.2.3 Begleitende Faktoren des Stotterns**

#### **III.2.3.1 Verzögerte Sprachentwicklung**

Die sensible Phase der Sprachentwicklung ist zwischen dem 9. und 36. Lebensmonat einzuordnen.

Besonders aufmerksam ist das Kind in dieser Zeit für sprachliche Anregungen aus seiner Umwelt. Jedoch können während dem Verlauf der Sprachentwicklung auch Abweichungen auftreten. Wichtig und notwendig ist es, diese möglichen Verzögerungen frühzeitig zu erkennen, damit sich um eine entspre-

chend individuell abgestimmte Beratung oder Förderung bemüht werden kann.

Die sprachliche Entwicklung eines Kindes verläuft im Rahmen seiner gesamten Entwicklung und ist daher eng verknüpft mit Erfahrungen und Entwicklungsprozessen in anderen Entwicklungsbereichen.

### III.2.3.2 Störung der Wahrnehmungsentwicklung

Ausgehend von einer Umstellung von einem auditivem auf ein kinästhetisches Feedback wird angenommen, dass es bei stotternden Kindern während der Anpassung dieser Feedbacksysteme zu einer Desynchronisation kommt (*Ochsenkühn und Thiel 2005, S.34*).

Das Kind muss in dieser Zeit lernen, die einlaufenden Reize zu integrieren (*Feedbackinterferenzen*), um einer Desynchronisation entgegenzuwirken. Gelingt dem Kind diese Integration nicht, so ist eine Koordination der Muskelgruppen, die am Sprechakt beteiligt sind, erschwert oder nicht möglich. Durch diese Fehlintegration treten nach Fiedler (1993) entwicklungsbedingt Redeunflüssigkeiten in dieser Phase der Feedbackumstellung auf. Diese Entwicklungsunflüssigkeiten sind bedingt durch ein gleichzeitiges Zurückgreifen auf beide Rückmeldesysteme zur Sprechkoordination. Stottern kann basierend auf dieser Theorie pathogenetisch als erlernte Störung der Autoregulation des Sprechens bestimmt werden.

### III.2.3.3 Lateralität und Hemisphärenambivalenzen

Johannsen (2001a, S.155) geht davon aus, dass Stottern mit »einer unzureichenden Lateralisation sprachlicher Funktionen« einhergeht. Diese verminderte Lateralisation führe zu Hemisphärenambivalenzen und zu Fehlsteuerungen des Redeflusses. Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Sprache und Motorik komme es bei Störungen in der Lateralisation zu sprachlichen Fehlfunktionen, häufig beim Stottern verbunden mit Auffälligkeiten in der Händigkeitentwicklung des Kindes.



Nach Braun et al. (1997) wird vermutet, basierend auf Untersuchungen bei Erwachsenen, dass beide Hemisphären beim Entstehen von Stottersymptomen gegenläufig kooperieren. Nach der Vorstellung von Braun et al. scheint die Aktivierung links-hemisphärischer Regionen mit der Produktion gestotterter Rede in Beziehung zu stehen, während die Aktivierung der rechts-hemisphärischen Regionen kompensatorische Prozesse repräsentieren könnte, die mit der Abschwächung der Stottersymptome in Beziehung steht. Nach Johannsen (2001a) liegt die Remissionsrate bei Rechtshändern deutlich höher als Linkshändern.

#### III.2.3.4 Störung der Feinmotorikkoordination von Atmung, Stimme und Artikulation

Das Verständnis von Stottern als eine diffuse neuromotorische Dysfunktion (*lokalisierbare Läsion*) stellt die Grundlage dieser aktuellen Theorie dar. Unter dieser Theorie wird Stottern als Störung der Bewegungsplanung und des Timings verstanden. Stottern gilt als Teil einer grundlegenden Motorikstörung.

Diese Störung schließt die Bereiche Atmung, Phonation und Artikulation sowie die Entwicklung von Grob- und Feinmotorik und die Ausführung der Bewegungsplanung mit ein. Nach Caruso et al. (1999, S. 319) ist dabei zu beachten, dass das Atemmuster und die Regulation der Sprechatmung beim Stottern nicht primär, sondern als Folge der gestörten artikulatorischen und phonatorischen Abläufe beeinträchtigt sein können. Reaktionszeiten von Stotterern dauern speziell bei VC-, VCV- und CV- Übergängen länger als bei Nichtstotternden, genau wie Vokaldauer und Pausen.

Diese Ergebnisse unterstützen die These der Timingstörung nach Conture et al. (2001, S.2).

Basierend auf dieser These weisen Stotterer im Vergleich zu Nichtstotternden Schwierigkeiten beziehungsweise Normabweichungen in ihrer Sprechmotoriksteuerung und Sprechmotorikausführung auf. Stotterer setzen zudem ihre Sprechvor-

gänge verlangsamt in Gang, zeigen weniger korrekte Lautübergänge und eine geringere Stabilität in ihrer Sprechproduktion. Zutreffend ist nach Johannsen (2001a, S.156), dass Stotterer motorische Aufgaben deutlich langsamer gegenüber flüssig sprechenden Kontrollgruppen umsetzen können, je komplexer die geforderten Leistungen sind.

### III.2.3.5 Psycholinguistische Fähigkeiten und Stottern

Zunächst sind zwei Gruppen stotternder Kinder zu unterscheiden. Die erste Gruppe hat bis zum Auftreten des Stotterns eine unauffällige bis rasante Sprachentwicklung durchlaufen. Die zweite Gruppe ist in der Sprachentwicklung verzögert. Hansen und Iven (2002, S.12f.) erklären das Auftreten von Stottern bei beiden Gruppen mit einer Überbelastung des linguistischen Systems und einer Konkurrenz automatisierter und willkürlicher Abläufe bei neuen Entwicklungsschritten um Ressourcen des Gehirns.

Nach Johannsen (2001a) beginnt die Gruppe ohne Sprachentwicklungsverzögerung im vierten und fünften Lebensjahr mit dem Stottern, nachdem sie zuvor bereits flüssig grammatikalisch weitgehend korrekte Sätze gesprochen haben« (ebd. S.152). Die zweite Gruppe ist hingegen durch eine insgesamt verzögerte Sprachentwicklung gekennzeichnet.

Schulze und Johannsen (1986, S.50) vermuten eine eingeschränkte linguistische Kompetenz als mögliche Ursache für das Stottern. Bei diesen Kindern tritt Stottern bereits im zweiten und dritten Lebensjahr auf und ist besonders ausgeprägt im Zeitraum des zunehmenden Gebrauchs von Mehrwortäußerungen und Mehrwortsätzen, also bei komplexen linguistischen Äußerungseinheiten.

Wie ein Zusammenhang zwischen Stottern und reduzierten psycholinguistischen Fähigkeiten aussehen könnte, ist noch unklar. Bisher wurde nur beobachtet, dass Stottern und Sprachentwicklungsverzögerungen bei einer relativ großen Gruppe stotternder Kinder gemeinsam auftreten.

Treten Sprachstörungen im Zusammenhang mit Stottern auf, so betreffen sie die linguistische Ebenen Semantik, Syntax-Morphologie, Artikulation-Phonologie sowie die pragmatisch-kommunikative Ebene. Beobachtet wurde weiterhin, dass Stotternde eine eingeschränkte Prosodie aufweisen. Es kann nur vermutet werden, ob eine Prosodiestörung Ursache oder Folge des Stotterns ist.

Stotternde Symptome zeigen sich noch nicht auf der Einwortebene sondern frühestens auf der Satzebene. An dieser Entwicklungsphase lassen sich bei Vorschulkindern vermehrt Schwierigkeiten beim Erwerb morphologisch-syntaktischer Strukturen feststellen. Sobald die Komplexität und die Länge der Äußerungen zunehmen, lässt sich ein Zusammenhang mit dem Grad an Unflüssigkeit nachweisen. Conture et al. (2001, S.3) gehen davon aus, dass Stottersymptome bei stotternden Personen besonders dann auftreten, wenn ihre Äußerungen länger und grammatikalisch komplexer werden.

Noch unklar bleibt, ob der Grund dafür in der syntaktischen Enkodierung (*einer zeitlich verlangsamten Planung*) oder in der Ausführung des Sprechvorgangs liegt. Festgestellt wurde, dass stotternde Vorschulkinder kürzere Äußerungen bezüglich Form und Inhalt benutzen. Nicht stotternde Vorschulkinder hingegen verwenden signifikant häufiger Sätze mit mehreren Aussagen. Auf der Semantikebene weisen stotternde Vorschulkinder signifikant niedrigere Werte in standardisierten Tests zum passiven Wortschatz auf.

Als Grund hierfür vermuten Conture et al. (2001) eine langsamere, semantische Enkodierung (*Verschlüsselung*). Damit scheint eine Beziehung zwischen semantischen oder Wortschatzfähigkeiten und Sprechunflüssigkeiten zu bestehen, die semantische und syntaktische Fähigkeiten miteinander verknüpft.

Schulze und Johannsen (1986) stellen auf Artikulationsebene Lautbildungsfehler bei stotternden Kindern häufiger als bei nicht stotternden Kindern fest. Auf pragmatisch-kommunikativer Ebene stellt sich mit zunehmenden Schweregrad der Redeflussstörung eine Beeinträchtigung der pragmatischen und kommunika-

tiven Fähigkeiten dar. Anhaltspunkte für eine Therapieplanung wären eine allgemeine Förderung der Sprachentwicklung und der Sprechfreude, an unflüssigen Tagen weniger Sprechansätze schaffen, das Sprachniveau und die sprachliche Komplexität reduzieren sowie ein Elterntaining zum sprachlichen Kommunikationsverhalten.

### III.2.3.6 Störungen der psychosozialen Entwicklung

Beobachtet wurde, dass bestimmte Aspekte häufig gemeinsam mit Stottern auftreten. Unklar ist jedoch, ob es sich dabei um Mitursachen oder um Folgen des Stotterns handelt.

Ergebnisse von Untersuchungen, die sich mit den Persönlichkeitsmerkmalen von kindlichem Stottern beschäftigt haben, zeigen nach Conture et al. (2001, S.59) signifikant häufiger Selbstbeschreibungen und Beschreibungen durch die Eltern, beispielsweise Perfektionismus, hohe Sensibilität und verhaltensbedingte Hemmungen.

Hingegen bestehen Hansen und Iven (2002, S.26) darauf, dass Stottern nicht auf einer Persönlichkeitsstörung basiert. Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) muss sich jedoch beides nicht widersprechen, da es sich hierbei um wenige Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale handelt, die im Zusammenhang mit Stottern gehäuft auftreten. Jedoch ist hier nicht die Rede von einer pathologischen Entwicklung wie einer Persönlichkeitsstörung. Beeinträchtigungen in der Interaktion weisen einen emotionalen, sprachlichen und zeitlichen Aspekt auf.

Eine emotionale Überforderung kann in Familien stotternder Kinder bei Betroffenen häufiger beobachtet werden. Emotionale Überforderung des Kindes wirkt sich, wenn sie über einen längeren Zeitraum besteht, auf das Empfinden, das Verhalten und die Kommunikation aus. Diese eingefahrenen Interaktionsmuster spiegeln sich auch in einer Verunsicherung des Kindes wider.

Nach Studien von Jehle und Randoll (1984) weichen Eltern stotternder Kinder auf der Verhaltensebene nicht signifikant von anderen Eltern ab. Beobachtet wurde, dass stotternde Vor-

schulkindern innerhalb des Familiensystems als Symptomträger fungieren. Ihr Stottern wird zum Ausdruck eines ungeklärten Konfliktes. Durch derartige familiäre Konflikte baut sich ein kommunikativer Stress auf, der sich destabilisierend auf das Kind und sein Kommunikationsverhalten auswirkt.

Nach Hansen und Iven (1992, S.242f.) kann sprachliche Überforderung dazu führen, dass ein sich entwickelnder kommunikativer Stress die Steuerung des Sprechablaufs beeinträchtigt. Die sprachliche Überforderung kann verschiedene Bereiche betreffen wie beispielsweise die Konkurrenz zu sprechgewandten Geschwisterkindern, erhöhte Erwartungen an die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes, sehr hohes Sprechniveau, fehlende Sprechregeln, Hänseleien sowie übermäßiger Gebrauch von Zynismus und Ironie. Bei der Kommunikation stellen zudem zeitliche Faktoren Risikofaktoren dar, die Unflüssigkeiten eher noch provozieren, wie beispielsweise Sprechdruck, erhöhtes Sprechtempo, häufige Unterbrechungen und ein unregelmäßiger, hektischer Tagesablauf.

Eine Therapieplanung würde folgende Punkte berücksichtigen: Einbeziehen der Bezugspersonen in die Therapie, eine Beratung der Bezugspersonen zur Förderung flüssigen Sprechens und ein Elterntraining zum Abbau sozialen Stresses.

### III.2.3.7 Risikofaktoren

Mögliche Risikofaktoren, die zusammen mit Stottern beobachtet werden können, beziehen sich auf Hinweise bezüglich auditiver Wahrnehmungsstörungen, Auffälligkeiten in der Händigkeitentwicklung, eine auffällige Fein- und/oder Grobmotorik, Auffälligkeiten in der Sprach- oder Sprechentwicklung, ein erkennbar hoher Leistungsdruck, Perfektionisstreben, Hinweise auf Störungen des emotionalen Ausdrucks und Zeichen emotionaler Überforderung. Mögliche Risikofaktoren in der Umgebung des Kindes stellen negative Reaktionen auf Sprechfehler wie übertriebenes Korrigieren, emotionale Überlastung, kommunikativer Stress und zeitlicher Stress dar.

Eine entsprechende Therapieplanung sollte einem symptomorientierten Vorgehen folgen, das die individuellen Faktoren, die beim jeweiligen Kind zusammen mit dem Stottern auftreten, berücksichtigt und gewichtet. Aktuell wird davon ausgegangen, dass Stottern entsteht, wenn eine Veranlagung und zahlreiche ungünstige Faktoren aufeinander treffen.

### III.3 Psycholinguistische Dimension des Stotterns

Entwicklungsunflüssigkeiten lassen sich vermehrt auf psycholinguistische Faktoren zurückführen. Mit diesen Faktoren lassen sich Einflüsse beschreiben, die sich aus dem Spracherwerb bei Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung wie auch bei Kindern mit einer rasanten und normal verlaufenden Sprachentwicklung herleiten.

Bei Diagnose und Therapie von sprechunflüssigen Vorschulkindern lassen sich nach Ochsenkühn und Thiel zwei Phänomene beobachten.

Einerseits werden Kinder mit Sprechunflüssigkeiten beschrieben, deren Sprachentwicklung spät einsetzt und langsam, unvollständig und schwierig voranschreitet. Weiterhin ist ihre Sprachentwicklung von verschiedenen Auffälligkeiten geprägt.

Andererseits lassen sich Kinder mit Sprechunflüssigkeiten beobachten, deren Sprachentwicklung sich als früh beginnend, rasch und vollständig beschreiben lässt. Ihr Sprachstatus zeichnet sich durch einen großen Wort- und Formulierungsausdruck aus, der sich in komplexen Sätzen widerspiegelt.

Diese beiden Phänomene stehen offensichtlich in einem Zusammenhang von Unflüssigkeiten mit Sprachentwicklungsproblemen als auch mit positiven Sprachentwicklungsverläufen.

Nach Baumgartner (1993), Hansen und Iven (1996) sowie Starkweather (1987) können mangelnde oder fehlende linguistische Kompetenzen auf einer oder mehreren Sprachebenen den Sprechverlauf verunsichern, indem sie den Aufbau automatisierter Sprechmuster hemmen.

Aussprachestörungen entstehen dieser Vorstellung zufolge aus nicht ausreichend automatisierten Sprechbewegungsmustern,

die das flüssige Sprechen unterbrechen und eine bewusste oder unbewusste Korrektur in Form mehrerer Anläufe zur lautgerechten Produktion erforderlich machen.

Ebenso können bei grammatikalischen Regelkompetenzen derartige Unsicherheiten über die zu benutzende Form entstehen.

Sind derartige Regelkompetenzen noch nicht ausreichend automatisiert, treten mehrere (Fehl-)versuche bei der Wort-, Satzteil- oder Satzwahl auf, was in mehreren Wiederholungen zum Ausdruck kommt. Diese Schwierigkeiten gelten in gleicher Weise für die Wortwahl.

Bei der psycholinguistischen Entwicklung geht es damit nach Hansen und Iven primär um den Aufbau automatisierter Sprech- und Sprechsteuerungsabläufe. Sprechunflüssigkeiten treten demnach auf, wenn dieser Vorgang nicht in ausreichendem Maße gelingt. Als nächstes ist danach zu fragen, wodurch Sprechunflüssigkeiten bei Kindern entstehen, deren Sprachentwicklung vollständig und normal verlaufend vorangeschritten ist. Dieses Phänomen ist gar nicht so paradox wie es zunächst scheinen mag, denn sich neu entwickelnde linguistische Fähigkeiten stellen neue und erweiterte Anforderungen an die Sprechflüssigkeitskompetenz.

Nach Baumgartner (1993) und Conture (1991) muss das Sprachsteuerungssystem diese neuen Anforderungen integrieren und bewältigen, bevor es erneut automatisch und flüssig funktionieren kann.

Die zu beobachtenden Unflüssigkeiten sind demnach Ausdruck und Anzeichen von Lernprozessen, in denen neue linguistische und kommunikative Elemente integriert werden müssen.

Aufgrund der voneinander getrennten Abspeicherung von Wortbedeutung und Lautgestalt haben nach Füssenich (1997, S.101) Kinder häufig „*Schwierigkeiten mit der situativen Verfügbarkeit von Wörtern*“. Zu Unflüssigkeiten führen bei Kindern eigenaktive Korrekturprozesse und Probleme beim spontanen Zugriff auf semantische Systeme.

Nach Hansen und Iven finden sich Phasen vermehrter Unflüssigkeiten bei Kindern, die ansonsten unauffällig sprechen, meist

zu Beginn des Erwerbs neuer oder erweiterter artikulationsmotorischer, morphologischer, syntaktischer und semantischer Strukturen. Durch die Wahrnehmung und die Korrektur von nicht gelungenen Sprechabläufen, sowie durch das Suchen nach der richtigen Form und dem richtigen Wort treten Unflüssigkeiten auf. Bedingt können Unflüssigkeiten ebenso durch situative Anforderungen sein, die das altersgemäße sprechmotorische System überfordern.

Die psycholinguistische Entwicklung vollzieht sich auf allen Sprachebenen, indem das Kind vielschichtigere Strukturen erwirbt.

Die Ausspracheebene verfügt zunächst über Fähigkeiten der Einzellautbildung, die um lange und komplizierte Lautketten erweitert werden. Der grammatikalische Bereich bestehend aus Strukturen von Einwortäußerungen wird durch Nebensatzkonstruktionen ergänzt. Aus Oberbegriffen (*wie »wau wau« für alle Tiere*), aus welchen das semantische System bislang bestanden hat, werden umfangreiche und differenzierte Wortfelder (*den passiven und aktiven Wortschatz bildend*).

Die Gestaltung der Sprechmelodie und des Sprechtempos, der Pausen und der Sprecherwechselsignale sowie der Dialogorganisation als Kompetenzen der pragmatischen Ebene werden ergänzt durch vielfältigere Variationsmöglichkeiten.

Durch diese wachsende Kompetenz, die Erweiterung des Sprechmaterials und durch das Ersetzen der Sprachregeln durch Kommunikationsregeln, wird es dem Kind nach Ochsenkühn und Thiel möglich, situativ angemessene und intentionale Handlungsweisen auszuwählen.

#### III.4 Entwicklungsverläufe

Nach Wirth (2000, S.498) werden vier Stadien des Stotterns unterschieden. In der ersten Phase wechseln Perioden stotternen Sprechens mit symptomfreiem Sprechen ab. Vermehrte Repetitionen von Lauten und Silben zeigen bei Kleinkindern den Beginn eines klonischen Stotterns an.



Im weiteren Verlauf der Symptomatik (*zweites Stadium*) kommen Prolongationen von Lauten am Wortanfang hinzu. Folgen dieser Prolongationen sind Blockierungen mit krampfhaftem Verschluss der Glottis, eine Fixierung der Zunge, des Unterkiefers und ein Zusammenpressen der Lippen. Gesprochen wird hierbei von einem tonischen Stottern. In den ersten beiden Stadien lässt sich noch kein Störungsbewusstsein des Kindes nachweisen, und es treten noch symptomfreie Sprechperioden auf.

Im dritten Stadium zeigt sich nun eine weitere Zunahme des Stotterns in Form tremorartiger Krämpfe der Muskulatur im Bereich des Unterkiefers, der Lippen und der Zunge. Erstmals werden nun Mitbewegungen als Starthilfe eingesetzt wie beispielsweise Schleudern des Kopfes, Armwerfen oder Fußstampfen. Zudem werden stereotype Laute und Wörter eingeschoben, um mit dem Sprechen beginnen zu können.

Ab diesem Schweregrad ist die Störung in das Bewusstsein des Kindes eingetreten und Schwankungen der Symptomatik lassen sich kaum noch nachweisen. Im vierten und letzten Stadium entwickelt sich Angst vor dem Sprechen, die sich in Furcht vor bestimmten Lauten und Wörtern ausweitet. Durch eventuelle Ausweichmanöver, um die beängstigenden Wörter zu umgehen, steigert sich die Unsicherheit vor dem Sprechen und während des Sprechens weiter.

Was unter der Einleitung einer sprachheilpädagogisch-therapeutischen Beratung zu verstehen ist und welche Bereiche sie umfasst, soll im Folgenden deutlich werden.

Diesen vier Entwicklungsstadien nach Wirth (2000) stehen drei Schweregrade des Stotterns nach Dell (1996) gegenüber:

1. Bewusstmachen und Verstärkung flüssiger Anteile des Stotterns,
2. Flüssiges Sprechen fördert flüssiges Sprechen und
3. Pseudostottern und Ansprechen des Stotterns.

Wirth (2000) beschreibt die Entwicklungsphasen des Stotterns unter medizinischen Gesichtspunkten und Dell (1996) unter pädagogisch-therapeutischen Vorgehensweisen der Modifikationstherapie nach Dell und van Riper bei der Behandlung von stotternden Vorschulkindern.

#### IV. (Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Beratung

Wie sollten Eltern reagieren, wenn ihr Kind zu stottern beginnt?

Eltern sollten eine Therapeutin aufsuchen, die sich auf kindliches Stottern spezialisiert hat und dort eine entsprechende Diagnose einholen.

Bei der Untersuchung des betroffenen Kindes sollte ausführlich über das mögliche Erscheinungsbild des Stotterns und die Reaktionen des Kindes gesprochen werden. Eine Untersuchung und Beratung erweist sich als notwendig und sinnvoll, wenn sich das Kind beim Sprechen anstrengt und mit Frustration reagiert.

Eltern können helfen, indem sie über ihre Einstellungen gegenüber dem Stottern erneut nachdenken und Stottern nicht länger als schlechte Angewohnheit des kindlichen Sprechens ansehen. Stottern unterliegt nicht der Kontrolle des Kindes. Eltern sollten das Sprechen nicht korrigieren, wenn es als unflüssig erscheint, sondern vorrangig auf den Inhalt achten und weniger auf die Formalitäten des Gesprochenen.

Stotternde Kinder sollten beim Sprechen nicht gedrängt und ihre Sätze nicht beendet werden. Stattdessen sollten Eltern versuchen, entspannt und langsam zu sprechen, Verständnis zeigen und trösten, falls das Kind niedergeschlagen ist.

Eine längst überholte Ansicht vertrat die Position, mit dem Kind besser nicht über sein Stottern zu sprechen. Man dachte, die Symptome könnten sich hierdurch verschlimmern, indem das Kind auf sein Stottern aufmerksam gemacht würde. Heute ist bekannt, dass selbst sehr junge Kinder ihr unflüssiges Sprechen bemerken. Das Kind kann sein stotterndes Sprechen als sehr unangenehm empfinden und darauf ängstlich oder frustriert reagieren.

In der Tat gibt es keinen Grund, Stottern zu tabuisieren. Mit dem Kind sollte über sein Stottern gesprochen und getröstet werden, falls es unter seinem Sprechen leidet. Unterstützend sollte in folgender Weise Anteil genommen werden:

„Das war jetzt anstrengend, nicht?“ oder „Da hat dein Mund gerade nicht das gemacht, was du wolltest.“

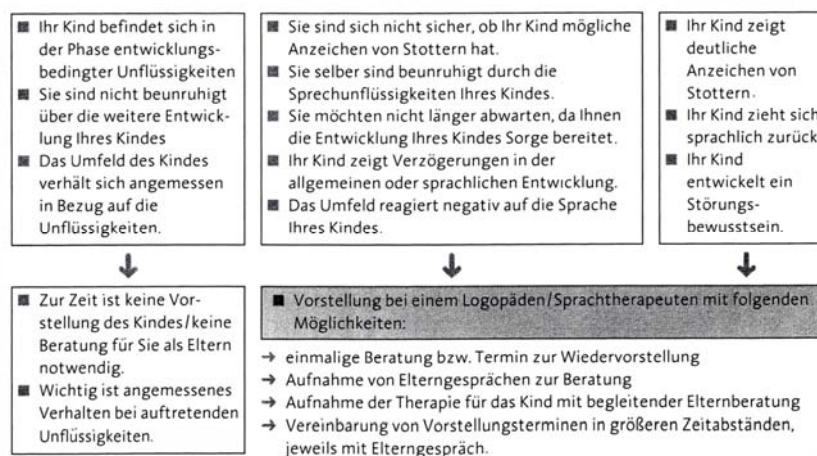
Eine Einleitung therapeutischer Maßnahmen ist nicht immer notwendig, häufig reicht auch eine Beratung der Eltern aus, Veränderungen im Stottern des Kindes zu beobachten, die eine Therapie eventuell erforderlich machen könnten. Bei Kindern ist eine frühzeitige Diagnose und kompetente Beratung sowie eine eventuelle Therapieeinleitung erforderlich, auch wenn die Remissionsrate recht hoch ist (Ptok et al. 2006).

Am Modell der Therapeutin lernen Eltern, wie sie das Kind dabei unterstützen können, ohne Anforderungen fließender zu sprechen beispielsweise durch Ball- und Puppenspiele.

Wesentlich ist bei dieser Vorgehensweise, dass Sprachfehler nicht beachtet, jedoch flüssiges Sprechen und Inhalte des Gesprochenen bestärkt werden.

#### IV.1 Anamneseerhebung: Situation des Erstgesprächs

Die Anamneseerhebung umfasst neben den Äußerungen der Bezugspersonen und des Kindes auch die impliziten Beobachtungen der Therapeutin, ihren Ersteindruck von der kindlichen Störung. Die Eltern sollten hinsichtlich der Häufigkeit, der Intensität und der situativen Variabilität der Sprechstörung gezielt befragt werden.



(Abb.5: „Der Weg zur Beratung und Therapie“, aus: Brügge und Mohs (2006, S.79).)

Geklärt werden Fragen zur Sprachentwicklung des Kindes, zum Beginn der Symptomatik und der Lebenssituation zu diesem Zeitpunkt, zur Fluktuation der Symptomatik in Abhängigkeit von Belastungssituationen und zur Ablehnung durch das Umfeld.

Im Weiteren sollte auf eventuelle Begleitstörungen in Form von Verhaltensauffälligkeiten mit sozialem Rückzug, mangelndem Selbstwertgefühl oder psychosomatischen Beschwerden eingegangen werden.

Das Erstgespräch ist zugleich der Erstkontakt zwischen Therapeutin, zu behandelndem Kind und seinen Eltern und setzt den Grundstein für den weiteren Therapieverlauf.

Zu Beginn des Erstgesprächs verlangt die therapeutische Beziehung zu den Eltern und dem Kind eine besondere Sensibilität auf Seiten der Therapeutin.

Bereits das Erstgespräch bringt verschiedene Signale auf unterschiedlichen Ebenen hervor. Hierzu gehört beispielsweise auf der Kontaktebene die Vorbereitung einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Beziehung als wertvolle und notwendige Therapiebasis. Die Eltern sollen möglichst schon im ersten Gespräch mit der Therapeutin von ihren Gefühlen befreit werden, Schuld an der Störung zu tragen. Unterstützt wird dies durch Bezugnahme auf die Stärken des Kindes.

Beim Erfragen anamnestischer Daten kommt es zusätzlich zur Klärung von Motivations- und Therapieerwartungen der Betroffenen.

Mit dem Erstgespräch wird eine Auseinandersetzung mit dem Stottern und dem eigenen Umgang mit dieser Störung gefördert, die als Basis für eine Behandlung unerlässlich ist.

Eltern fragen meist nach den Ursachen dieser Störung in Form von: *Aus welchen Gründen stottert gerade unser Kind? Hat der Beginn des Stotterns etwas mit dem Auftreten eines plötzlichen Traumas zu tun? Stottert unser Kind aus Nervosität oder stottert es absichtlich? Haben wir als Eltern etwas verkehrt gemacht, falsche Erziehungsmethoden angewendet und sollten unserem Kind zukünftig mehr Aufmerksamkeit schenken? Ist stottern ansteckend, sollte unser Kind vermeiden, stottern nachzuahmen?*

Es geht vorrangig um die Enttabuisierung und den offenen Umgang mit dem Thema Stottern, um die Angst vor dem scheinbar Unbekannten zu verlieren (*Therapeutenmodell*). Die Therapeutin lässt die Therapie im Gespräch transparent werden, indem sie den Betroffenen Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven bei der Behandlung des Stotterns aufzeigt. Zudem informiert sie über die Ätiologie, die Symptomatik sowie über die Prognose.

Bezüglich der Prognose werden folgende Fragen relevant:

*Hört das Stottern wieder auf? Wird unser Kind ein Leben lang stottern? Wie können wir das Stottern beeinflussen? Was können wir tun, um unserem Kind jetzt zu helfen?*

Die Auseinandersetzung mit einer bald folgenden Therapie stellt sich den Eltern als Problem dar, weil sie sich Fragen stellen, die zunächst zur Verunsicherung beitragen:

*Wird eine Therapie unser Kind nicht eher auf sein Stottern aufmerksam machen und damit sein Problem vergrößern? Wird das Stottern geheilt werden? Wann und woran wird man erkennen können, ob die Therapie hilft? Worauf sollten wir als Eltern achten? Wie ist die Behauptung zu werten, dass sich Stottern auswachsen beziehungsweise zurückbilden wird? Wie sollten wir uns als Eltern verhalten?*

Wie die Fragen bereits erkennen lassen, ist ein einfühlsames Vorgehen der Therapeutin bei einer amnestischen Untersuchung unerlässlich, um die Bezugspersonen nicht weiter zu verunsichern.

Die Therapeutin sollte sich in dieser Situation als *Psychologin* erweisen, um die Unsicherheiten und die Betroffenheit zu entschärfen sowie eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, die dabei hilft, Stottern nicht länger als unüberwindbare Störung zu definieren.

Mögliche Fragen, die im ersten Gespräch an das stotternde Kind gerichtet sind, betreffen meist die Wahrnehmung des eigenen Stotterns und Umweltreaktionen auf seine Störung. Entsprechende Fragen werden in folgender Weise gestellt: *Weißt du, warum du hier bist?*

*Du bleibst manchmal beim Sprechen sssso hängen, merkst du das? Was machst du, wenn du hängen bleibst? Was machst du, damit du nicht mehr hängen bleibst?*

Diese Fragen weisen, in der Form wie sie gestellt werden, bereits in die Therapie hinein und bereiten spätere Therapieinhalte vor. Sobald das Kind bei manchen Fragen beginnt, sich unwohl zu fühlen, sollte diese Reaktion je nach Situation angesprochen werden oder gegebenenfalls die Gesprächsrichtung geändert werden.

#### IV.2 Anamnesefragebogen

Der Therapeutin bleibt es selbst überlassen, wie sie die verschiedenen Themen für jeden Patienten organisiert, um einen relevanten Themenkomplex zu beschreiben.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.46) sollten während des Gesprächs möglichst prägnante Äußerungen der Bezugspersonen und des Kindes wortgetreu mitprotokolliert werden, damit Kernaussagen und wesentliche Themen nicht verloren gehen und gegebenenfalls in die spätere Therapie und Beratung als Schlüsselfunktion miteinbezogen werden können.

In einem Anamnesefragebogen werden psychische und physische Merkmale des Kindes festgehalten, in Form einer Beschreibung des Kindes, seiner Stärken und seiner Schwächen. Beschrieben wird weiterhin die aktuelle Stottersymptomatik, der Umgang des Kindes und der Umwelt mit dem Stottern. Ein erster Eindruck über Störungsbewusstsein und Leidensdruck wird vermittelt und die allgemeine kindliche Entwicklung analysiert, eine Familienanamnese erstellt, Reaktionen aus dem familiären und sozialen Umfeld ermittelt und Fragen zur Therapiemotivation geklärt.

Ochsenkühn und Thiel (2005, S.46) geben hierzu einen entscheidenden Tipp. Lenkt die Therapeutin die Aufmerksamkeit mit ihren Fragen auf die Stärken und Kapazitäten des Kindes und der Eltern, so werden die Faktoren, die flüssiges Sprechen begünstigen, bereits durch dieses Lenken der Blickrichtung verstärkt.

#### **IV.2.1 Beschreibung der aktuellen Symptomatik**

Die ausführliche Beschreibung des Stotterns erfolgt anhand konkreter Fragestellungen (*Wie zeigt sich das Stottern?*) und anhand einer Demonstration durch die Eltern.

Bestimmt wird das Auftreten der Symptomatik mit Fragen wie beispielsweise wann das Stottern am stärksten beziehungsweise am geringsten ist und ob periodische Schwankungen auftreten. An dieser Stelle sollten die Bezugspersonen zudem äußern dürfen, ob und welche Ursachen sie für die Schwankungen vermuten.

Eine Zunahme oder Abnahme der Symptomatik kann situativ oder personenbedingt sein. Weitere Einflüsse zeigen sich bei der körperlichen und psychischen Verfassung sowie unter den Einwirkungen von Fernsehen und/oder Audiokassetten.

Eine Einschätzung des Schweregrades erfolgt durch die Bezugspersonen mithilfe einer Skala von eins bis zehn.

Eltern sollten zudem äußern dürfen, von welchen Ursachen sie ausgehen und dazu Stellung nehmen, wer ein Stottern »diagnostiziert« hat. Um die Entwicklung der Symptomatik nachzuvollziehen, sollte angegeben werden, wann das Stottern ungefähr begonnen hat und wie es anfing sowie ob es zu dieser Zeit irgendwelche besonderen Vorkommnisse gab.

Nähere Informationen über bisherige Therapien werden anhand von folgenden Fragen nachvollzogen:

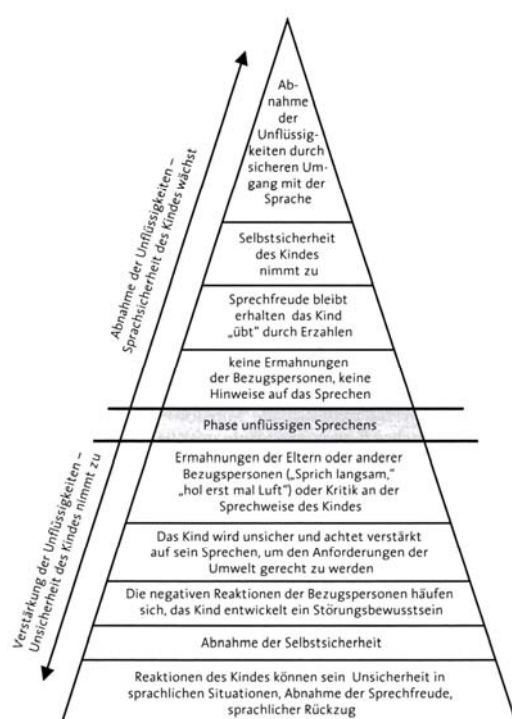
*Welche bisherigen Therapien wurden eventuell durchgeführt?  
Wann fanden sie statt und wie lange dauerten sie? Wie/durch wen/warum sind sie beendet worden?*

#### **IV.2.2 Wie gehen Kind und Umwelt mit dem Stottern um?**

Ein Kind reagiert auf seine Redeflussstörung einerseits emotional und andererseits auf der Verhaltensebene. Seine Reaktion wird dabei als sein Störungsbewusstsein bezeichnet. Gemeint ist damit einerseits sein Wissen darüber, dass mit seinem Sprechen etwas anders ist beziehungsweise etwas nicht stimmt sowie andererseits der sich entwickelnde Leidensdruck.

Beide Aspekte, Bewusstsein und Leidensdruck, sind untrennbar miteinander verbunden.

Aus diesem Grund ist für ein Eingehen auf das Kind unerlässlich, differenzierter zu betrachten, wie sehr das Kind im Einzelnen unter seinem Stottern leidet. Es hat bereits bemerkt, dass ihm das Sprechen manchmal schwer fällt, lange bevor es sich dazu explizit äußert. Vielleicht hat es bereits registriert, dass andere von außen darauf reagieren. Bereits ein diffuses, ungefähres Gefühl davon, dass mit seinem Sprechen etwas nicht stimmt, genügt bereits, um sein Verhalten und den Umgang mit seinem Sprechen zu verändern.



(Abb.6: „Beeinflussung des Sprechablaufs durch Umweltreaktionen“, aus: Brügge und Mohs (2006, S.24).)

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.48) ist daher zu beachten, dass ein Störungsbewusstsein erst dann vorliegt, wenn das betroffene Kind über seine Schwierigkeiten beim Sprechen spricht. Indirekt über das Verhalten kann erschlossen werden, ob das Bewusstsein einer Störung des eigenen Sprechens vorhanden ist. Bei Kindern im schulfähigen Alter ist spätestens davon auszugehen, dass sie genau wissen, dass sie stottern oder wissen, was sie dabei tun.



Nach Ochsenkühn und Thiel (*ebd.*) kann demnach das Störungsbewusstsein bei Vorschulkindern meist nur an indirekten Zeichen, diskreten Verhaltensänderungen, beobachtet werden. Ein negatives Erleben von Situationen, in denen man Wörter schnell aussprechen möchte, es aber nicht gelingt, kann von der Umwelt nicht unerheblich verstärkt werden. Mit dem negativen Erleben von solchen Situationen verbindet sich ein Gefühl der Verunsicherung, was sich wiederum negativ auf das Selbstvertrauen auswirken kann (*ein Teufelskreis beginnt*).

Ein Vorhandensein von Störungsbewusstsein allein ist noch nicht unbedingt negativ. Erst Erwartungsängste auf sprachlicher Ebene führen nach Ochsenkühn und Thiel (2005) in der Konsequenz zu Vermeidungsreaktionen.

#### IV.2.3 Therapiemotivation bei Eltern und Kind

Eine Klärung der Motivation und der damit verbundenen Erwartungen an den Verlauf und den Erfolg der Therapie bedarf besonderer Aufmerksamkeit, um Missverständnissen zum konkreten Therapieauftrag vorzubeugen, unrealistische Erwartungen zu klären, den Arbeitsaufwand realistisch einzuschätzen und ein Arbeitsbündnis zu schließen.

Mit einer Stottertherapie verbindet sich ein Prozess, dessen Verlauf nicht automatisch zum Erfolg führt, sondern von verschiedenen Faktoren abhängig ist und eine aktive sowie der Prozess durch eine individuelle Therapiegestaltung den Erfolg erst möglich macht. Eine erfolgreich verlaufende Therapie erfordert die Kooperation zwischen Therapeutin und Bezugspersonen, um unrealistische Erwartungen abzubauen.

Erfolgsaussichten können nur durch ein gewisses Maß an Mitarbeit, an häuslichen Übungen oder Beobachtungen gewährleistet werden.

Der zeitliche Aufwand einer Therapie sowie der voraussichtliche Einsatz für Transfer beziehungsweise Übungen bedürfen einer realistischen Besprechung der Therapeutin mit den Bezugspersonen.

Das Einnehmen einer entsprechenden Arbeitshaltung ist eine notwendige Voraussetzung für das Arbeitsbündnis sowie für

den Therapieauftrag, der im Verlauf der nächsten Therapiestunden verhandelt und vereinbart werden sollte. Die Familie leistet einen erheblichen Beitrag zum Gelingen der Therapie, indem sie aktiv an der Gestaltung der Therapie mitwirkt und durch die Therapeutin entsprechend respektiert wird.

#### **IV.2.4 Anwesenheit des Kindes?**

Individuelle Voraussetzungen sowie die Fähigkeiten und Einstellungen der Therapeutin entscheiden über die Vorgehensweise in der Diagnostik.

Anamnese und Befunderhebung können im Vorschulalter an zwei verschiedenen Terminen durchgeführt werden. Diese Vorgehensweise erlaubt dem Untersucher, mit den Eltern ein eventuell vorhandenes Tabu zu thematisieren und mit ihnen zunächst allein nach einer Lösung für das weitere Vorgehen zu suchen.

Eine Anamnese mit allen im Haushalt lebenden Familienmitgliedern wäre eine Alternative, um Beobachtungen bezüglich der Interaktion aller Familienmitglieder (*systemische Sichtweise*) und zu ihrem Umgang mit dem Stottern zu machen.

Durch diese Vorgehensweise werden Ansätze zur Intervention ermöglicht, gerade bei Familien mit negativer oder ambivalenter Einstellung zum Stottern des Kindes sowie bei starken innerfamiliären Problemen. Mit dieser Vorgehensweise wird zugleich die Basis für die direkte Behandlung des Stotterns geschaffen, wovon das Kind und seine Eltern profitieren können. Zusätzlich lernen die Bezugspersonen am Modell der Therapeutin, wie ein offenes Gespräch über das Stottern zu führen ist.

#### **IV.3 Befunderhebung**

Mit der Diagnostik des kindlichen Stotterns wird die Stottersymptomatik durch qualitative und quantitative Kriterien erfasst, was sie zu einem beschreibenden Verfahren macht.

Erfasst wird neben hör- und sichtbarer Symptomatik vor allem die psychische Dimension dieser Störung, was beschäftigt und

belastet das Kind, welche Faktoren beeinflussen den Redefluss positiv beziehungsweise negativ.

Standardisierte Untersuchungen liegen nicht vor, um eine umfassende Beschreibung über das Stotter-Syndrom zu ermöglichen. Hierfür liegt ein zu komplexes Störungsbild vor, was vielen beeinflussenden Faktoren ausgesetzt ist. Um ein individuell zugeschnittenes Therapieprogramm aufstellen zu können, müssen alle möglicherweise auf das Stottern einwirkenden Parameter überprüft und bezüglich der Relevanz für das betroffene Kind untersucht werden.

#### **IV.3.1 Erstdiagnostik als Grundlage der Therapieplanung**

Stottern ist als eine Störung zu verstehen, die stets die gesamte Kommunikation betrifft und mit anderen einander beeinflussenden Bereichen in Verbindung steht.

Diese sich gegenseitig beeinflussenden Bereiche beziehen sich auf die Sprachentwicklung, die psychosoziale und kognitive Entwicklung sowie situative Besonderheiten, die mit Auffälligkeiten des Redeflusses einhergehen und diesen bedingen.

#### **Wozu dient die Erstellung eines Störungsprofils?**

Eine Analyse der Stottersymptomatik und ihrer Begleitstörungen mit Hilfe eines Störungsprofils dient vorrangig der Differentialdiagnose innerhalb des Syndroms sowie einer Abgrenzung von anderen Störungsgebieten.

Ein Profil der Störung und begleitender Auffälligkeiten entsteht aus der Kombination eigener Beobachtungen und anamnestischer Daten. Auf Basis dieses Profils werden Hypothesen über beeinflussende Faktoren entwickelt. Mit dem Kind und seinen Bezugspersonen werden diese Faktoren kritisch mit den Methoden der Verlaufsdagnostik überprüft und bei Bedarf korrigiert.

#### **IV.3.2. Ressourcenorientierte Diagnostik und Therapie**

Die Stärken des Kindes bleiben häufig unbeachtet, um herauszufinden, was das Kind nicht beherrscht und warum es etwas nicht beherrscht. Hierdurch konzentrieren sich die Eltern verstärkt auf die Defizite ihres Kindes.

Mit Blick auf die Stärken nimmt der Untersucher sich Zeit, den Patienten außerhalb seiner Störung mit seinen Fähigkeiten wahrzunehmen. Dies ermöglicht den Eltern, ihr Kind als Ganzes zu erleben und zu verstehen. Als ihr Kind, das zwar stottert, aber noch viele andere Eigenschaften besitzt.

Nach dieser Vorarbeit werden schwierige Therapieinhalte (*ausgehend von den Stärken beziehungsweise den Ressourcen des Kindes*) erarbeitet. Bereits im ersten Kontakt wird den Stärken des Kindes, der Eltern und den positiven Elementen der Eltern-Kind-Beziehung Beachtung geschenkt, wobei eigene Eindrücke, Vorstellungen der Eltern und die Eigenverantwortung des Kindes betont werden. So finden während der Besprechung des Befundes und der Therapieplanung, Fähigkeiten und Defizite des Kindes in gleicher Weise Beachtung.

#### **IV.3.3 Umgang mit Stottern als Tabuthema**

Bei einem erstmaligen Telefongespräch mit der Logopädin, der klinischen Linguistin oder der Sprachheiltherapeutin ist noch nicht abzusehen, welcher Therapieansatz für das betroffene Kind sinnvoll ist. Daher wird es kaum möglich sein, den Grad des Störungsbewusstseins und der Frustrationstoleranz des Kindes einzuschätzen, sodass die Vorbereitung auf die Untersuchung ganz bei den Eltern liegt.

Eltern werden gebeten, so ehrlich wie möglich und so vorsichtig wie nötig zu sein, um die Verantwortlichkeit der Eltern im therapeutischen Prozess zu fördern.

Eltern sollten das folgende Gespräch bei der Sprachtherapeutin nutzen, um über das Thema Stottern zu sprechen und sich zu informieren. Denn es ist davon auszugehen, dass ein betroffenes Kind mit beginnendem oder manifestem Stottern zumindest im Ansatz eine Vorstellung davon hat, dass mit ihm etwas nicht stimmt und ahnt, dass es sich aus diesem Grund bei der Sprachtherapeutin befindet.

Ochsenkühn und Thiel (2005) empfehlen für eine therapeutische Beziehung, die sich durch Echtheit und positive Wertschätzung

auszeichnet, dass die Sprachtherapeutin im Ansatz erklären sollte, worum es in der Untersuchung geht.

Weiterhin ist zu beachten, dass es keine allgemein gültige Antwort auf die Frage gibt, wie direkt Eltern und Therapeutin auf das Stottern eingehen sollten. Viele Unklarheiten über das Stottern bleiben auch in dieser Beziehung bestehen, da völlig unterschiedliche und gegensätzliche Vorgehensweisen vorliegen. Solange es diese Unklarheiten gibt, muss der Untersucher versuchen, das Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie sowie den eigenen Einstellungen und Fähigkeiten zu minimieren.

#### **IV.3.4 Durchführung und Dokumentation der Untersuchung**

Eine Diagnostik sollte so indirekt wie nötig und so direkt wie möglich verlaufen. Um der Therapeutin zu ermöglichen, ihre Aufmerksamkeit auf die Kontaktaufnahme zu legen, sollte die gesamte Untersuchungs- und Spielsituation mit Audio- und Videoaufnahmen ausgewertet werden. Die Aufnahme der Erstuntersuchung dient dem Vergleich mit späteren Stichproben und der Verlaufsdagnostik.

Diese Dokumentationsformen der Untersuchung entlasten die Diagnostikerin während dem Verlauf der Diagnostik und erlauben ihr eine gründliche sowie reproduzierbare Auswertung der Untersuchungsergebnisse.

Vorrangig ist während der Erstuntersuchung die Untersuchung der Spontansprache. Eine Beobachtung der Spontansprache dient zugleich als Grundlage zur Beschreibung des Kommunikationsverhaltens und liefert weitere Anhaltspunkte zur Auswahl weiterer Untersuchungsmethoden. Mit weiteren Untersuchungsmethoden ist beispielsweise die detaillierte Untersuchung von Wortschatz, Grammatik, Artikulation und Mundmotorik gemeint. Einer Untersuchung der Spontansprache und dem Kontaktaufbau vor folgenden Einzeluntersuchungen sollte daher der Vorrang gegeben werden. Bei Vorschulkindern wird die Spontansprache über das Spiel geweckt.

#### IV.4 Befundbogen

##### Welche Aufgabe hat der Befundbogen?

Er dient der Erfassung der Kern- und Begleitsymptomatik sowie weiterer Auffälligkeiten des Kindes und seiner familiären Situation. Geeignet ist er für eine flexible Handhabung und eine Anpassung an aktuelle Untersuchungssituationen. Das Diagnostikprotokoll befasst sich mit der Beschreibung der Kernsymptomatik (*qualitative Beschreibung, quantitative Auswertung der Symptomatik*), der Beschreibung der Begleitsymptomatik (*auf sprachlicher und nichtsprachlicher Ebene, der Atmung und der Haltung, der Stimme und des Tonus, der Reaktionen auf den Sprechdruck sowie der psychosozialen Aspekte*), mit Beobachtungen des Verhaltens und der Kommunikation mit Kind und Eltern, mit der Beobachtung von stotterauslösenden und stotterverstärkendem Verhaltensweisen sowie mit der Sprachentwicklung, der Motorik und der Koordination (*der Fein-, Grob- und Mundmotorik sowie der sensomotorischen Entwicklung*).

Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes sind in der Diagnostik viele Einzelaspekte zu berücksichtigen.

Um die Therapie im weiteren Verlauf individuell an die Fähigkeiten und Defizite des Kindes anzupassen, sollten alle im Untersuchungsbogen aufgeführten Parameter individuell abgewogen werden.

Entsprechende Einzelergebnisse werden im Diagnostikbogen eingetragen und vorhandene weitere Testprotokolle beigelegt.

Dem Diagnostikprotokoll sind ein für alle Altersgruppen verwendbarer Hauptbogen und der jeweilige Ergänzungsbogen für Klein- und Vorschulkinder beigelegt. Bei der Auswertung können vorgegebene Möglichkeiten unterstrichen, ergänzt oder genauer beschrieben werden.

Am Ende der jeweiligen Ergänzungsbögen besteht die Möglichkeit, die Untersuchungsergebnisse übersichtlich zusammenzufassen.

#### IV.4.1 Von der Diagnostik zur Therapieplanung

Obligatorische Elemente in der sprachtherapeutischen Diagnostik betreffen die Untersuchung des Redeflusses auf den unterschiedlichen Sprechleistungsstufen mit qualitativer und quantitativer Beschreibung der Symptomatik, die Bildung von Hypothesen über die mit Stottern in Verbindung stehenden Faktoren, die Beobachtung von Strategien im Umgang mit dem Stottern und die Beschreibung der Kommunikation von Kind und Umwelt sowie die Verhaltensbeobachtung.

Als weitere Maßnahmen wird eine Screening-Untersuchung der Sprachentwicklung sowie der grob-, fein- und mundmotorischen Entwicklung angewendet. Vertiefende sprachtherapeutische Untersuchungen beziehen sich auf die Sprachentwicklungsdiagnostik mit der Untersuchung von Semantik, Syntax, Morphologie, Artikulation und Mundmotorik.

Untersucht werden zudem die Atem- und Stimmfunktion, beobachtet werden motorische und sensomotorische Entwicklung, wobei allgemein eine Zusammenarbeit mit Ergotherapeuten oder Krankengymnasten eventuell empfohlen wird.

Abgeklärt werden der allgemeine Entwicklungsstand, und gegebenenfalls wird eine entwicklungsneurologische oder entwicklungspsychologische Abklärung vollzogen.

Beobachtet werden die soziale Entwicklung und die soziale Situation, und es wird gegebenenfalls eine psychologische Diagnostik durchgeführt.

Screenings dienen nach der Kontaktaufnahme einer möglichst natürlichen Kommunikations- und Spielsituation, um den Redefluss, die Sprachentwicklung und motorische Fähigkeiten zu erfassen. Anhaltspunkte zur Beschreibung der sozialen Entwicklung, des Selbstkonzeptes und der Eigenwahrnehmung ergeben sich aus der Beobachtung der Interaktion und geben erste Hinweise darauf, welche vertiefenden Untersuchungen der Sprache und weiterer begleitender Auffälligkeiten nötig sind. Ein Screening ist als Erstbefund zu beschreiben, durch das auffällige Bereiche erkannt und in den folgenden Sitzungen detaillierter untersucht werden.

Sobald sich ein erster Kontakt mit der Therapeutin gefestigt hat, werden verschiedene sprachliche Anforderungen eingeführt, die Veränderung des Redeflusses dabei beobachtet, notiert sowie Stressoren je nach Belastbarkeit vorsichtig eingeführt, um auf Reaktionen eingehen zu können.

Eine Untersuchung der Sprechleistungsstufen kann weitere Informationen über die Art und die Qualität der Störung geben, wenn das Kind in der ersten Sitzung keine oder kaum Symptommatiken zeigt.

Durch die Erstdiagnostik sollte es dem Untersucher möglich sein, aus den verschiedenen Beobachtungen und anamnestischen Angaben erste Hypothesen zur Verursachung und/oder Aufrechterhaltung des Stotterns zu formulieren. Hypothesen müssen in den folgenden Sitzungen überprüft und Beobachtungen gegebenenfalls korrigiert werden.

#### **IV.4.2 Untersuchung verschiedener Sprechleistungsstufen**

Der Sprecher muss für die Aufgaben *Spontansprache* (entspannte Spielsituation, Sprechen unter erhöhten Anforderungen wie Fragen, Zeitdruck und negative Zuhörerreaktionen), *gelenkte Rede* (Bildergeschichte, Nacherzählen), *Nachsprechen* und *Lesen* (ab der dritten Klasse) unterschiedliche Anforderungen erfüllen, welche die sprachlichen Kapazitäten und subjektiv erlebte Kommunikationsverantwortlichkeit betreffen.

Als Sprechleistungsstufen werden diese verschiedenen Anforderungsebenen bezeichnet. Anhand von Sprechleistungsstufen lassen sich Auswirkungen von sprachlichen und psychischen Anforderungen auf den Redefluss überprüfen. Die Auswertung erfolgt qualitativ und quantitativ. Nehmen Grund- und Begleitsymptomatik zu, wird von erhöhten internen oder sprachlichen Anforderungen ausgegangen und im Befundbogen notiert.

Einzelergebnisse werden nach der Auswertung miteinander in Beziehung gesetzt und tragen zum Gesamtbild der Wirksamkeit einiger Stressoren bei. Überprüft werden Stressoren über das Therapeutenverhalten wie die Veränderung des Sprechverhaltens (*Erhöhen des Sprechtempos; Zunahme der Äußerungslänge; Fragestellungen, welche komplexe Antworten erfordern und das Stel-*



*len unangenehmer Fragen), die Veränderung des Kommunikationsverhaltens (Zuwendung reduzieren; Blickkontakt abbrechen; ins Wort fallen; ungeduldiges Nachfragen; Zeitdruck erzeugen und negative Kommentare geben) und die Provokation von Frustration beim Kind (das Kind ermahnen; Grenzen setzen und das Kind im Spiel verlieren lassen).*

#### IV.4.2.1 Qualitative Untersuchung der Sprechleistungsstufen

##### Wozu dient die qualitative Auswertung?

Mit dieser Form der Auswertung werden Grund- und Begleitsymptomatiken auf allen sprachlichen Anforderungsebenen beschrieben und Veränderungen schriftlich festgehalten.

Die Spontansprache erfolgt über mehrere, situativ verschiedene Stichproben. Durch den gezielten Einsatz von Stressoren und durch die Beobachtung der Reaktionen der Kinder lässt sich ein Stressprofil des Stotterns erstellen.

Bei der Überprüfung der möglichen Stressoren sollte die Therapeutin behutsam und vorsichtig vorgehen. Dabei sollten die positiven Erlebnisse des Kindes überwiegen, da sich ansonsten ein gravierender Motivationsverlust des Kindes einstellen könnte, der einem positiven Therapieverlauf entgegenstehen würde. Erst auf der Ebene der Spontansprache finden eine echte Kommunikation und ein echter sprachlicher Ausdruck statt. Denn auf dieser Ebene zeigen sich die ganzen sprachlichen und kommunikativen Stärken und Defizite des Kindes.

Mögliche Stressoren werden erst zu dem Zeitpunkt eingesetzt, nachdem der Kontakt zum Kind in ausreichendem Maße gestärkt ist. Anschließend werden die Reaktionen des Kindes beobachtet. Möglicherweise reagiert das Kind auf Stressoren mit einer Zunahme und Verschärfung der Stottersymptomatik und mit Verhaltensänderungen.

Diese Beobachtungen von möglichen Reaktionen der Kinder auf Sprechdruck stellen die Grundlage späterer Elternberatung und möglicher Desensibilisierungsphasen dar.

#### IV.4.2.2 Quantitative Auswertung der Sprechproben

Auf den unterschiedlichen Sprechleistungsstufen werden die Kernsymptome zahlenmäßig erfasst und miteinander verglichen. Diese sich hieraus ergebenden Vergleichswerte veranschaulichen in Verbindung mit der qualitativen Beschreibungsebene die Variabilität des Stotterns.

Zur quantitativen Auswertung der Kernsymptomatik während der Diagnostik werden angefertigte Aufnahmen verwendet.

Für die Auswertung der Spontansprache werden Passagen mit ungefähr 100 Wörtern ausgewählt, in denen das Kind einen größeren Sprecheranteil hat.

Dieser Sprecheranteil wird einmal in einer entspannten Atmosphäre und einmal unter Sprechdruck durchgeführt. Jeweils eine Stichprobe von 100 Wörtern genügt bei der quantitativen Auswertung der anderen erhobenen Sprechleistungsstufen. Die Stotterrate ergibt sich aus dem Verhältnis von gestotterten zu flüssig gesprochenen Silben. Zusammenfassend gilt, dass in der Erstdiagnostik die Beurteilung der Spontansprache in Form qualitativer und quantitativer Auswertung im Vordergrund steht. Diese Beurteilung gilt als Grundlage weiterer diagnostischer und therapeutischer Einheiten. Die Erstdiagnostik ermittelt Vergleichswerte für die Verlaufsdiagnostik.

#### IV.4.2.3 Methodisches Vorgehen bei der Untersuchung

Neben der Beobachtung der kindlichen Interaktion und Kommunikation geht es hierbei zusätzlich um die Durchführung der Untersuchung der Sprechleistungsstufen.

##### Spontansprache

Die Auswertung der Spontansprache als Beurteilung kommunikativer Fähigkeiten gilt als Vorreiter vor allen anderen Untersuchungen. Repräsentative Spontansprachproben von 100 Wörtern werden mit Hilfe vorher angelegter Aufnahmen protokolliert. Zu beachten ist, dass eine ausgewählte Stichprobe nur einen Teilaspekt der gesamten Spontansprache abbildet, daher sollte die Untersuchung der Spontansprache regelmäßig alle

vier bis zehn Therapiestunden erneut durchgeführt werden. Ergebnisse der Einzeluntersuchungen sollten nach Ochsenkühn und Thiel mit dem Gesamteindruck in Beziehung gesetzt und gegebenenfalls ergänzt oder korrigiert werden.

### Gelenkte Sprache

Bei Kindern wird diese Ebene bis zur dritten Klasse anstelle des Lesens überprüft, bei Ausnahmen bis zur vierten Klasse.

Hierbei wird mit kleinen Kindern ein Bilderbuch oder eine einfache Bildergeschichte angesehen. Vorschulkinder erhalten hingegen eine Bildergeschichte, die eine Handlungsabfolge und kausale Zusammenhänge darstellt.

### Lesen

Während das Kind einen Text liest, protokolliert der Therapeut die Zahl und Art der Blockaden mit.

Hierbei sollte ein Text von ungefähr 120 Wörtern ermittelt werden, wobei die ersten 20 Wörter als Vorlauf nicht herangezogen werden. Bei ungeübten oder leseschwachen Kindern können Dehnungen, Wiederholungen, inadäquate Pausen und Auslassungen auftreten und entsprechende Fehleinschätzungen verursachen.

### Nachsprechen

Dem Sprachentwicklungsstand des Kindes wird die Länge der vorgegeben Einheiten angepasst. Die Sprachtherapeutin spricht einfache Sätze vor, und das Kind spricht sie nach. Zur Vergleichbarkeit sollte bei einer erneuten Untersuchung der gleiche Text verwendet werden.

#### IV.4.2.4 Auswertung erhobener Daten

Die erhobenen Daten aus den Einzeluntersuchungen werden miteinander in Beziehung gesetzt und mit Ergebnissen der Verlaufsdagnostik verglichen.

Auf hemmende beziehungsweise fördernde Faktoren weisen deutliche qualitative und quantitative Veränderungen der Sym-

ptomatik hin. Eine Veranschaulichung der Stotterraten der einzelnen Sprechleistungsstufen kann zur Elternberatung unterstützend herangezogen werden. Anhand der Sprechleistungsstufen wird die individuelle Variabilität des Stotterns veranschaulicht.

Die Entwicklung des Kindes lässt sich durch den Eintrag mehrerer Untersuchungsergebnisse in eine Grafik veranschaulichen. Therapeutisch und diagnostisch relevante Beobachtungen des Stotterverhaltens auf unterschiedlichen Sprechleistungsstufen betreffen folgende Aspekte.

Die Wortfindung und der Wortschatz sollten überprüft werden, wenn neben guten Leistungen auf den Ebenen Nachsprechen und Lesen jedoch deutlich schlechtere Leistungen in der Spontansprache oder bei gelenkter Rede zeigt. Es handelt sich möglicherweise um Vermeidungsstrategien in der Spontansprache, wenn das Kind beim freien Sprechen deutlich bessere Leistungen als auf den Stufen Nachsprechen und Lesen zeigt.

#### IV.4.3 Beobachtung von Einflussfaktoren

Zu den Einflussfaktoren zählen negative und positive Einflüsse, stabilisierende und destabilisierende Faktoren, die in der Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt, seine soziale Situation wie auch bei internen Faktoren wie Frustrationstoleranz, Selbstkonzept, Eigenwahrnehmung und Verhaltensauffälligkeiten auftreten.

Bei jüngeren Kindern werden gemeinsam mit den Eltern stabilisierende Faktoren erarbeitet und verstärkt sowie mögliche Risikofaktoren besprochen. Wichtig und notwendig ist es daher, Faktoren nicht zu übersehen, um eine Aufrechterhaltung des Stotterns zu unterbinden und einen Therapieerfolg nicht zu gefährden. Beobachtungen während der Diagnostik werden im Befundprotokoll notiert und im Therapieverlauf aktualisiert.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) können bei der Diagnostik möglicherweise Begleitstörungen wie auffällige psychosoziale Erscheinungen, Verhaltensauffälligkeiten und motorische Entwicklungsstörungen beobachtet werden.

#### IV.4.3.1 Psychosoziale Aspekte

Um die psychische Befindlichkeit des Kindes beurteilen zu können, werden Bereiche wie das Störungsbewusstsein und der Leistungsdruck, die Frustrationstoleranz und das Selbstkonzept, die Autonomieentwicklung sowie mögliche Ängste beobachtet.

Wesentliche Ergänzungen hierbei stellen die Aussagen der Eltern dar. Um das Störungsbewusstsein und den Leistungsdruck zu ermitteln, werden Kinder während der Anamnese danach befragt, wie sehr und wo sie sich von ihrem Stottern beeinträchtigt fühlen. Die Ermittlung des Störungsbewusstseins ist umso schwieriger je jünger das Kind ist. Neben direkten Beobachtungen liefern bestimmte Verhaltensweisen hierzu Anhaltspunkte. Ochsenkühn und Thiel (2005) weisen auf mögliche Hinweise für ein Störungsbewusstsein hin. Das Kind konzentriert sich vermehrt auf seine Handlungen anstatt auf sein Sprechen. Seine Sprechfreude reduziert sich, ein allgemeiner Rückzug ist zu verzeichnen, sein Handeln nimmt zu, sein Fragen jedoch ab. Unbestimmte Aggressionen nehmen zu und Sekundärsymptome verstärken sich. Situativ oder allgemein ist zudem der Blickkontakt des Kindes und lenkt ab, indem es vermehrt sprachlichen Anforderungen aus dem Weg geht.

Bestehen Stottersymptomatiken bei Kindern bereits längere Zeit, werden sie meist als Teil der Persönlichkeit ins Selbstkonzept internalisiert.

Diese Versagensängste beschränken sich nicht nur auf die sprachlichen Bereiche, sondern können alle Lebensbereiche betreffen, indem auf Misserfolge und Grenzen jeder Art unangemessen enttäuscht reagiert wird. Demnach scheint ein Zusammenhang zwischen Selbstkonzept und Frustrationskonzept zu bestehen. Genügend positive Erfahrungen und eine angemessene Integration schwacher Seiten des Kindes werden dazu führen, dass Frustrationen besser verarbeitet werden können und nicht als persönliches Versagen erlebt werden.

Wodurch zeichnet sich Versagensangst aus? Versagensangst bewirkt, dass das Kind schneller ungeduldig wird und wenig Ausdauer hat, ein Problem zu lösen. Es gibt schnell auf, ver-

sucht es meist gar nicht und zeigt sich dennoch überlegen. Es lässt sich nicht oder schwer dazu überreden, etwas Neues auszuprobieren und reagiert auf Anforderungen mit Herumkaspern, motorischer Unruhe, Aggression, Rückzug oder mit Ablenken.

#### IV.4.3.2 Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten stellen einen möglichen Hinweis auf eine Chronifizierung und Ausformung des Stotterns dar, wobei der Schweregrad möglicher Problematiken vom jeweiligen Alter des Kindes abhängig ist.

Bei jüngeren Kindern stellen diese Problematiken meist Erziehungsschwierigkeiten dar. Verhaltensauffälligkeiten können sich in Form von offenen oder latenten Aggressionen zeigen, als Hemmungen, als Fixierung auf den engen Familienkreis oder als Rückzug von sozialen Kontakten.

Wobei zu beachten ist, dass der Einzelaspekt alleine noch nicht aussagekräftig ist, sondern verschiedene Beobachtungen zur Beurteilung herangezogen werden müssen. Jedoch will und kann eine sprachheiltherapeutische Therapie keine psychotherapeutische Behandlung ersetzen.

Aggression und Hemmung, Ängste und allgemeine Verhaltensauffälligkeiten werden jedoch berücksichtigt und in die Therapieplanung einbezogen.

#### IV.4.3.3 Eltern-Kind-Interaktion

Ein positiver wie auch negativer Einfluss kann durch das nähere Umfeld des Kindes im Umgang mit dem kindlichen Stottern, bedingt durch ein entsprechendes Kommunikationsverhalten, entsprechende nonverbale Reaktionen und den Erziehungsstil, ausgeübt werden.

Hohe Leistungsanforderungen oder eine allgemeine Tendenz zur Überforderung durch bestimmte Erwartungen und Vorstellungen der Eltern können (Sprech-)Druck und hierdurch unterstützte Unflüssigkeiten begünstigen oder hervorrufen.

Während der Spielbeobachtung liegt das besondere Interesse auf der Verteilung der Sprecheranteile und der Art und Weise des Turn-talking, von Unterbrechungen, Fragen, Sprachniveau,

Sprechtempo und nonverbaler Verhaltensauffälligkeiten zwischen Eltern und Kind. Gerade bei Vorschulkindern ist der Aspekt, wer wann wie viel spricht, außerordentlich wichtig. Besonders Vorschulkinder versuchen durch Viel- und Dauerreden sich gegen andere Familienmitglieder durchzusetzen, was zu einer Überforderung der eigenen sprachlichen Fähigkeiten führt. Folglich kommt es zu Wortwiederholungen, Lautdehnungen und einer Erhöhung des Sprechtempos.

#### IV.4.3.4 Einfluss der Sprachentwicklung

Bei stotternden Kindern zeigen sich im Vergleich zu nicht häufig stotternden Kindern reduzierte linguistische Fähigkeiten. Bislang ist jedoch ungeklärt, ob diese reduzierten linguistischen Fähigkeiten Folge oder Ursache des Stotterns sind.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) können Defizite in allen sprachlichen Bereichen das Sprechtempo verändern und Unterbrechungen im Sprechablauf, Wort- und Silbenwiederholungen, leichte Dehnungen oder Satzabbrüche hervorrufen.

Bei stotternden Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen sich im Gegensatz zu Kindern mit alleinigen Redeflussstörungen häufiger reduzierte linguistische Fähigkeiten. Gründe hierfür sind begrenzte Kapazitäten in einem weiteren Bereich und weitere psychosoziale Anforderungen, bedingt durch Korrekturen, Kritik und Hänseleien.

Gestörte sprachliche Bereiche können starke Auswirkungen auf den Redefluss haben. Ziele der Sprachentwicklungsdiagnostik bei stotternden Kindern sind das Ermitteln der sprachlichen Kapazitäten, das Erfassen möglicher sprachlicher und psychosozialer Anforderungen, das Beurteilen eines möglichen Einflusses einer Sprachentwicklungsstörung auf den Redefluss und ein Empfehlen weiterer Fördermaßnahmen.

Während der Kontaktaufnahme ergeben sich bereits Hinweise auf weitere sprachliche Defizite. Eine genauere Untersuchung erfordern daher die Sprachebenen Semantik, Wortfindung, Syntax, Morphologie und Artikulation (*bezogen auf Phonetik und Phonologie*).

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass neben der Beurteilung der Sprachentwicklung die Begutachtung der psychosozialen Persönlichkeit im Vordergrund steht. Bei sprachlichen Defiziten reduzieren sich die Kapazitäten des Kindes während in der Regel die Anforderungen mit denen das Kind konfrontiert wird, steigen. Derartige Defizite können den Redefluss beeinträchtigen und stotterähnliche Symptome hervorrufen.

#### IV.4.3.5 Motorische Entwicklung

Ihre Selbstbestätigung beziehen kleine Kinder meist aus der Bewältigung motorischer Anforderungen.

Entsprechend entfällt durch die Einschränkung motorischer Fähigkeiten ein wesentlicher Aspekt für die Ausbildung eines positiven Selbstkonzepts. Ayres (1992, S.171) beschreibt den engen Zusammenhang zwischen Sprache, Sprechen und sensorischer Integration.

Während der Diagnostik des kindlichen Stotterns werden alle motorischen Bereiche überprüft wie Ruhe- und Aktionstonus, Gleichgewicht und Koordination, Geschicklichkeit und Möglichkeiten der Kraftdosierung. Weiterhin werden Handgeschicklichkeit, die Hand-Auge-Koordination und die Händigkeit beurteilt.

Die anamnestischen Angaben der Eltern sind weitere wichtige Informationen für die Diagnostik motorischer Fähigkeiten. Neben der Überprüfung der Mundmotorik werden die diadochokinetische Leistung der Zunge und der Lippen sowie die Koordination von Artikulation und Phonation überprüft.

Diese Überprüfung erfolgt, indem das Kind eine bestimmte Lautfolge zehn Mal hintereinander produzieren soll (*bis 5 Jahre: /pata/ oder /taka/; ab 5 Jahren /pataka/*).

Auch bei der Überprüfung der Zungenbewegung soll das Kind bei der Phonation seine Zunge rhythmisch von Mundwinkel zu Mundwinkel bewegen. Beobachtet und beurteilt werden hierbei nach Graichen (1985) Tempo, Rhythmus sowie der Wechsel von stimmlosen zu stimmhaften Lauten.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) liefert die genaue Überprüfung der mund-, fein- und grobmotorischen Fähigkeiten sowie



der Diadochokinese Hinweise für weitere Förderbereiche und Fördermaßnahmen.

#### **IV.4.4 Beratungsgespräch nach Anamnese und Diagnostik**

Im Beratungsgespräch werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungsbefunde durch die Therapeutin zusammengefasst.

Sie erläutert Therapieschwerpunkte und gibt Anhaltspunkte sowie Hinweise zur Prognose. Ein Beratungsgespräch dient der Information der Eltern und der Transparenz der Therapie, hierfür spricht eine partnerschaftliche Ebene mit Eltern und Kind.

Das Gespräch beinhaltet eine Zusammenfassung des Befundes und die Erläuterung erster Therapiebausteine, damit Eltern und Kind eine klare Vorstellung davon haben, worauf die Therapie zielt und wie folgende Schritte konkret aussehen.

Nimmt die Therapeutin eventuell bestehende Schuldgefühle der Eltern wahr, sollte sie die Betroffenen unbedingt von diesen Gefühlen entlasten, denn Schuldgefühle sind eine ungünstige Motivation für eine Therapie. Besonders bei der Festlegung erster Therapiebausteine sollen die Betroffenen mit einbezogen werden. Auf diese Weise können Eltern und Kind Therapiebausteine auswählen, welche für sie derzeit im Vordergrund stehen.

Zusammenfassend geht es im Befundgespräch um die differenzierte Klärung der Befunde, um die Darstellung des Schweregrades der Störung und um ein Erläutern der Behandlungsbedürftigkeit. Es werden Aussagen zur Prognose vorgenommen und auf Hypothesen zur Verursachung und auf Faktoren, die mit Stottern zusammen auftreten, eingegangen (*Anforderungs- und Kapazitätenmodell*). Mögliche Therapiebausteine werden durch die Therapeutin vorgestellt und zusammen mit den Betroffenen in einem gemeinsam vereinbarten Therapieplan festgelegt. Über die voraussichtliche Behandlungsdauer erstellt die Therapeutin eine Prognose und bereitet auf zu erwartende vorübergehende Verschlimmerungen der Symptomatik in den ersten Therapiemonaten hin.

Die Therapeutin bereitet die Eltern auf mögliche kindliche Verhaltensänderungen durch die Förderung des Selbstvertrauens

und die Auseinandersetzung mit dem Stottern hin. Kinder können sich zukünftig wilder und frecher zeigen, bestehende Grenzen neu austesten und sich wehren.

Des Weiteren wird der wöchentliche Zeitaufwand für die Therapie und die häuslichen Aufgaben abgeklärt.

Die Therapeutin geht auf den Umgang der Bezugspersonen mit dem Stottern und auf mögliche Alternativen ein. Sie greift den Elternwunsch auf, aktiv sein zu wollen und erteilt verschiedene Aufgaben für zu Hause.

An unflüssigen Tagen sollten sprachliche Anforderungen reduziert, im Gegenzug an flüssigen Tagen Sprechanlässe besonders gefördert werden. Die Therapeutin erläutert den Unterschied von Sprachinhalt und Sprachform. Sie veranschaulicht mögliche Konsequenzen, wenn die Sprachform im Fokus der Aufmerksamkeit steht und zeigt Faktoren auf, die flüssiges Sprechen fördern (*wie der Kontakt zu Gleichaltrigen, die Förderung der Ausdrucksfähigkeit durch Musik,...*).

Die Eltern erhalten eine erste Beobachtungsaufgabe für ihr Stottertagebuch, indem sie ihren Fokus auf flüssige Sprechphasen des Kindes legen: *In welchen Situationen spricht das Kind flüssig?*

#### V. (Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Behandlung

Seriöse Therapien versprechen keine Heilung von Stottersymptomen und damit keine absolute Stotterfreiheit und verfügen über eine ausreichende Dauer.

Diese Therapien beinhalten ebenfalls Übungen außerhalb des Therapieraumes und legen Wert auf die Übertragung des Erlernten in den Alltag des Patienten. Des Weiteren sollten seriöse Therapien ein Nachsorgeprogramm über einen langen Zeitraum anbieten sowie ein Programm für Rückfälle vorsehen.

Die Chance ist groß, dass ein frühzeitig behandeltes Kind nicht angestrengt zu stottern beginnt oder sein Stottern sogar wieder ganz verliert. Die Therapie bei stotternden Kindern sollte auch die Beratung der Eltern beinhalten. Ihnen wird dabei Fachwis-

sen vermittelt und sie lernen, mit dem Stottern ihres Kindes umzugehen.

Eine entsprechende Therapie mit dem Kind sollte stets spielerisch und dem Alter angemessen sein.

Die Vorgehensweise ist dabei einerseits indirekt auf das Stottern bezogen, indem an Bereichen gearbeitet wird, die sich positiv auf das Stottern auswirken können.

Ansatzpunkte für eine indirekte Vorgehensweise, betreffen Mängel an der Mundmotorik, an der Artikulation und an der Grammatik. Veränderungen des Kommunikationsmusters in der Familie erleichtern dem Kind das flüssige Sprechen.

Wird in direkter Weise am Sprechen und Stottern des Kindes gearbeitet, so gibt es verschiedene Möglichkeiten. Kinder lernen, wie sie angestregtes Stottern entschärfen und selbstbewusster damit auftreten können. Sie lernen, ihr gesamtes Sprechen so zu kontrollieren, dass sie weniger stottern. Bei verhaltenstherapeutisch-orientierten Verfahren werden flüssige Äußerungen der stotternden Kinder verstärkt. Häufig werden indirekte und direkte Vorgehensweisen kombiniert, wobei Standardtherapien entweder auf einer Modifikation des Stotterns oder auf einer Modifikation des gesamten Sprechaktes beruhen.

Jedes therapeutische Verfahren muss sich am Langzeitergebnis messen lassen können (Ptok et al. 2006). Heute werden überwiegend verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt.

Ansätze mit dem Ziel, dem Patienten zu flüssigerem Sprechen zu verhelfen, findet man in zwei gegensätzlichen Vorgehensweisen: Der Modifikation des Stotterns (»Non Avoidance«) und der Modifikation des gesamten Sprechens (»Fluency Shaping«), auf die später noch näher eingegangen wird.

## V.1 Therapieansätze

Meist wird heute bei kleinen Kindern direkt nach der Phase der Wortschatzexplosion und dem Beherrschen erster Konstituentenstrukturen eine Behandlung befürwortet. Untersuchungen bei Kleinkindern belegen, dass die Generalisierung fließenden Sprechens besser und nachhaltiger gelingt.

Verschiedene therapeutische Maßnahmen bei kindlichem Stottern sind bekannt, wobei sich einige Konzepte mit anderen Ansätzen überschneiden oder zumindest einander ähneln. Generell wird in der sprachtherapeutischen Behandlung zwischen indirekten und direkten Therapien unterschieden.

Direkte Therapiemethoden werden als Stottermodifikation oder »*Fluency-Shaping*« in kindgerechter Form durchgeführt. Mit Hilfe der direkten Therapiemaßnahmen wird an den beeinflussenden Faktoren des Stotterns gearbeitet.

Bei der indirekten Therapie werden die Eltern beraten beziehungsweise bestimmte Voraussetzungen für die Sprachentwicklung verbessert.

Wesentlich ist jedoch, dass sich die Stottertherapie eines Individuums nicht durch die Auswahl eines Therapieansatzes auszeichnet, sondern durch eine konzeptübergreifende Methodenkombination.

Eine Kombination aus Stottermodifikation und indirekter Therapie ist die Behandlung nach dem Anforderungs- und Kapazitätenmodell nach Starkweather.

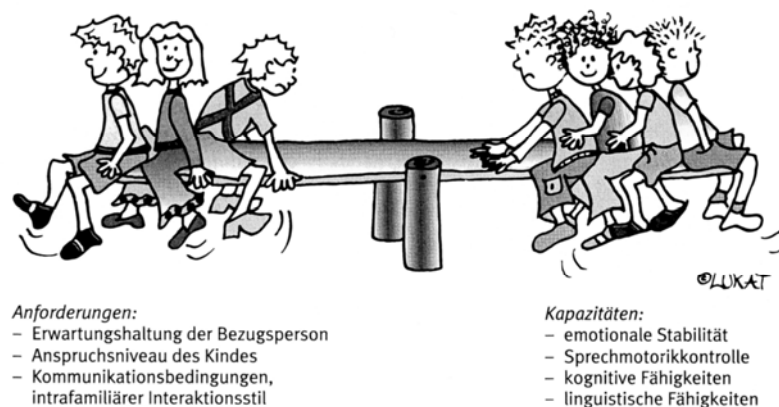


Abb. 7: „Anforderungs- und Kapazitätenmodell für flüssiges Sprechen“ (aus Hansen und Iven (2002, S. 16), zit. nach Starkweather (1990, S.12ff.), Johannsen (1993, S.8ff.).

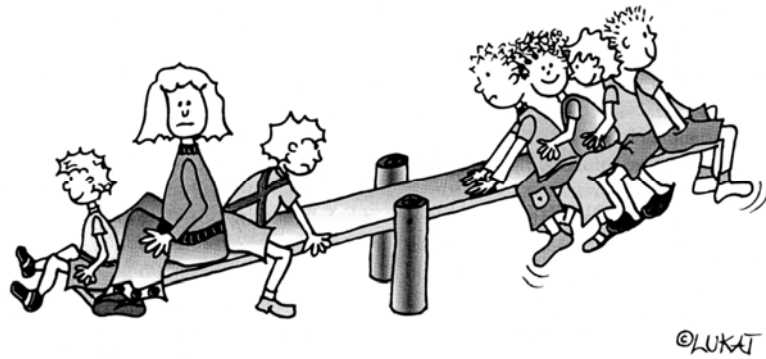


Abb.8: „Modell der Dysbalance bei überhöhten Anforderungen: Sprechunflüssigkeiten werden wahrscheinlicher“

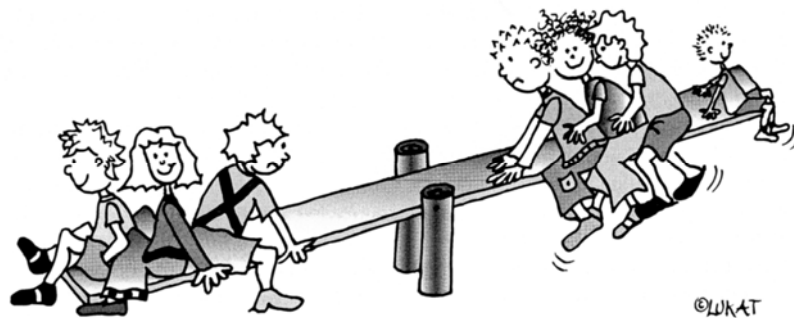


Abb.9: „Modell der Dysbalance bei gering entwickelten Kapazitäten: Sprechunflüssigkeiten werden wahrscheinlicher“

Nach diesem Modell werden Anforderungen und Kapazitäten für flüssiges Sprechen beim Kind zunächst genauestens analysiert, um entsprechende Anforderungen zu minimieren und Kapazitäten aufzubauen. Zur Verringerung der Anforderungen zählen beispielsweise der Abbau des Zeitdrucks und das Einlegen von Pausen zwischen Sprecherwechseln.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) kommen Vertreter verschiedener Therapieansätze zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Trennung der einzelnen Ansätze scheint daher nur noch eine künstliche zu sein, da sich durch die ständige Weiterentwicklung jedes einzelnen Ansatzes eine Annäherung aller Konzepte vollzieht.

### V.1.1 Direkte und indirekte Therapieansätze

Kennzeichnend für direkte Therapieansätze ist das Arbeiten am kindlichen Stottern selbst. Die Redeflussstörung wird mit unter-

schiedlicher Intensität thematisiert, abhängig vom jeweiligen Alter des Kindes.

Methoden des direkten Therapieansatzes beziehen sich auf die Enttabuisierung des Stotterns, das Bewusstmachen der Symptomatik, die kinästhetische Sensibilisierung, den Abbau von Sprechängsten, die Modifikation des Stotterns (*Pullout*), die Verstärkung des flüssigen Sprechens (*Fluency Shaping*), die Reduzierung unflüssigen Sprechens (*verhaltenstherapeutische Methoden*) und die allgemeine Veränderung des Sprechmusters und der Sprechtechniken (*Ochsenkühn und Thiel 2005, S. 91*).

Bei direkten Therapieverfahren wird versucht, bestehende linguistische, psychische, motorische oder kognitive Defizite sowie familiäre Schwierigkeiten zu verbessern und somit indirekt auf den Redefluss einzuwirken (*ausgehend vom Anforderungs- und Kapazitätenmodell nach Starkweather*). Im seinem Modell stellt Starkweather (*vgl. Starkweather et al. 1990*) die Anforderungen der Umwelt und des Kindes und seine kindlichen Fähigkeiten einander gegenüber.

Ist das Verhältnis zwischen Kapazitäten und Anforderungen über längere Zeit unausgewogen, wird die Ausprägung von Stottern begünstigt.

Nach seiner Auffassung wird die Ausprägung von Stottern begünstigt, wenn das Verhältnis zwischen Kapazitäten und Anforderungen über längere Zeit unausgewogen ist. Dabei gibt es zwei verschiedene Arten des Ungleichgewichts:

Zum einen bei einer geringen Anzahl an Kapazitäten wie beispielsweise emotionale Stabilität, Sprechmotorikkontrolle, kognitive Fähigkeiten und linguistische Fähigkeiten. Zum anderen ein länger andauerndes Übergewicht an Anforderungen wie beispielsweise hohe Erwartungen der Bezugspersonen, hohes Anspruchsniveau des Kindes und ungünstige Kommunikationsbedingungen.

Hansen und Iven (*2002, S. 15ff.*) machen darauf aufmerksam, dass auch in der Diagnostik und besonders im Anamnesege- spräch auf Anforderungen und Kapazitäten geachtet werden

muss, indem die Kapazitäten und Anforderungen eines Kindes von den Eltern eingetragen werden.

Bei dem indirekten Ansatz wird ausschließlich mit den Eltern zusammengearbeitet, dabei findet keine Arbeit am Stottern selbst statt. Methoden der indirekten Therapie beziehen sich auf die Elternberatung, das Elterntaining, die Stärkung des Selbstvertrauens und auf ein positives kindliches Selbstkonzept, auf die Förderung der Sprechfreude und den Abbau von Sprechängsten. Daneben zielen sie auf die Förderung der Sprachentwicklung, Reduktion der sprachlichen Komplexität, auf den Abbau des Anspruchsniveaus sowie des Leistungsdrucks, weiterhin auf die Betonung nonverbaler Ausdrucksformen und sprachlich-kommunikativer Fähigkeiten, auf die Entspannung und die Tonusregulierung sowie auf die spieltherapeutischen Elemente (vgl. Katz-Bernstein 1990).

Auf der Basis eines mehrdimensionalen Therapiekonzeptes zur Erstellung eines individualisierten Therapieprogramms werden Methoden eingesetzt, die dem Kind mit seinen Fähigkeiten und Defiziten am besten gerecht werden. Indirekte und direkte Therapieformen können dabei miteinander kombiniert werden. Direkte Verfahren integrieren bei frühem kindlichem Stottern mittlerweile typisch indirekte Verfahrensweisen in ihr Therapieprogramm.

Dell (Dell 1996, S. 13) fordert beispielsweise für die Therapie des beginnenden Stotterns (*»borderline stutterer«*) zunächst ein direktes Vorgehen wie das Modeling (siehe unten).

Später wird begonnen, mit dem Kind über sein Stottern zu sprechen.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) schließen sich direkte und indirekte Ansätze nicht aus, sondern ergänzen sich in sinnvoller Weise. So darf auch bei indirekten Verfahren mit dem Kind über das Stottern gesprochen werden, und unterschiedliche direkte Verfahren können miteinander kombiniert werden.

Je nach dem Schweregrad des kindlichen Stotterns empfiehlt sich mit eher indirekter Arbeitsweise zu beginnen und zu direkten Verfahren überzugehen.

#### V.1.2 Indikationskriterien für die Auswahl des Therapieansatzes

Zu den Indikationskriterien zählen das Alter des Kindes, sein Störungsbewusstsein und sein Leidensdruck sowie seine Reaktionen auf den Einsatz von Pseudostottern und auf das Thematisieren des Stotterns. Als weitere Kriterien gelten der Grad an Sensibilität des Kindes, seine emotionale Überlastung und Traumatisierung sowie der Schweregrad seines Stotterns, interkulturelle Aspekte und schließlich die zuverlässige Kooperation der Bezugspersonen. Die genannten Kriterien sind für die Wahl des Therapieansatzes von unterschiedlicher Wichtigkeit.

Der richtige Zeitpunkt für den Einsatz von direkten und indirekten Therapiemaßnahmen bezieht sich weniger auf das Alter des Kindes als vielmehr auf seine Reife und auf seine Bewusstheit, sich bereits mit dem Stottern auseinandergesetzt zu haben.

Dreijährige Kinder zeigen sich durch das Pseudostottern der Therapeutin erleichtert und haben Freude am spielerischen Umgang mit dem Stottern. Hier geben das einzelne Kind und seine Möglichkeiten die Richtung und Geschwindigkeit der Therapieschritte an.

Eine Phase indirekter Methoden und spieltherapeutischer Elemente ermöglicht es dem Kind bei emotionaler Überlastung und Traumatisierung sich mit der aktuellen Situation wohler zu fühlen. Die Therapeutin bereitet mit dieser Herangehensweise die Basis für weitere Schritte vor.

Durch eine regelmäßige Beratung zu allgemein sprachförderndem Verhalten und durch Faktoren, die ein flüssiges Sprechen unterstützen, lässt sich ein frühes Einbeziehen der Bezugspersonen optimal umsetzen und ist durch die genannten Elemente sogar empfehlenswert. Neben dem Einbeziehen von Bezugspersonen und der Anwendung direkter Therapiemaßnahmen können direkte Elemente dann hinzugenommen werden, wenn



basale motorische und/oder linguistische Fähigkeiten gefestigt sind. Bei Defiziten mundmotorischer, motorischer oder weiterer beziehungsweise anderer linguistischer Fähigkeiten sollten diese Bereiche vorrangig gefördert werden, bevor direkte Methoden für das Sprechmuster angewendet werden.

Ein früher Einsatz direkter Methoden ist desto eher angebracht, je gravierender und kommunikationshemmender sich die Stotterersymptomatik zeigt. Jedoch muss dabei abgewogen werden, ob das Kind gegebenenfalls unter emotionale Faktoren leidet, die dem raschen, direkten Vorgehen entgegenstehen.

### **V.1.3 Elternberatung, Elterarbeit und Eltertraining**

#### **Die Elternberatung**

Die Elternberatung findet nicht erst innerhalb der Therapiesituation statt, sondern kann bereits wesentlich früher wahrgenommen werden. Stellvertretend steht hierfür die Kontakt- und Beratungsstelle für Eltern stotternder Kinder an der Universität Dortmund, welche nun bereits seit mehr als 22 Jahren besteht (vgl. *Cornelißen-Weghake 1999*).

Sie ist eine städtische Einrichtung und wird von der Universität Dortmund (*Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten*) unterstützt. Die Vorgehensweisen dieser Einrichtung basieren auf einem Eltern-Kind-zentrierten und interaktiven Beratungskonzept für Eltern stotternder Kinder.

Als Beratungsmethode grenzt sie sich von psychotherapeutischen Verfahren ab und bildet ein eigenständiges Beratungskonzept.

Ihr Beratungsangebot stellt keine Alternative zu therapeutischen Maßnahmen dar und ist häufig die Basis für eine sprachheilpädagogische Intervention. Geprägt wird die Einrichtung durch den Leitgedanken, dass die Eltern spezifischen Anforderungen im Umgang mit ihren stotternden Kindern ausgesetzt sind, für die sie Hilfestellungen benötigen, die ihnen die Beratungsstelle bieten kann. Mit ihrer Beratungstätigkeit möchte die Kontakt- und Beratungsstelle Eltern zu Ko-Therapeuten qualifizieren, um Anregungen zu erhalten, eine größere Handlungs-

kompetenz zu erlangen und eine tragfähigere Beziehung zu dem Kind zu entwickeln.

Eltern wird in der Beratung Subjektfunktion zuerkannt, und sie stehen neben dem Kind als eigenständige Persönlichkeiten im Blickpunkt der Beratung. Interventionen orientieren sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Eltern und Kinder.

Kind, Familie sowie deren Interaktionen stehen im Fokus der Beratungssituation, die sich auf zwei Ebenen erstreckt: der informativen und der psychosozialen Ebene.

Die informative Ebene beinhaltet Informationen über das Phänomen des kindlichen Stotterns, über mögliche Ursachen, über Therapieangebote, über die gesellschaftliche Sichtweise und den gesellschaftlichen Umgang mit dem Stottern. Der Aufbau von mehr Akzeptanz des Kindes und des Stotterns, der Aufbau eines adäquateren Umgangs mit dem stotternden Kind (psychosoziale Ebene) und die Vermittlung von Handlungskompetenz (psychosoziale Ebene) gelten als Grobziele für die Beratung von Eltern stotternder Kinder.

Um diese Grobziele erreichen zu können, sind konkrete Zielvorstellungen von Nöten wie der Abbau von Schuldgefühlen und die Definition elterlicher Handlungsmöglichkeiten, der Abbau von Angst und die Enttabuisierung des Stotterns, die Fokussierung auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes, seine Fähigkeiten, seine Möglichkeiten und seine Bedürfnisse. Des Weiteren gilt es, die Bedürfnisse und Ressourcen des Kindes zu beachten, Unsicherheit und Hilflosigkeit abzubauen, jedoch stotterspezifische, allgemeinerzieherische Handlungskompetenz aufzubauen das Stottern in systemische Zusammenhänge einzuordnen.

Die Darstellung des Stotterproblems als multimodales und multifaktorielles Phänomen (*vgl. Renner 1995, S.14*) entlastet die Eltern, da sie erkennen, dass Stottern nicht in einer inadäquaten Erziehungshaltung begründet ist. Die Fokussierung auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes soll auch die anderen Entwicklungsbereiche des Kindes und seine charakteristischen Verhal-

tensweisen darstellen, beispielsweise den Stand seiner grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, seine anderweitigen Begabungen, seine Interessen und Besonderheiten im Verhalten.

Dieses entwickelte Profil ermöglicht, dass die Sprachauffälligkeit in einen Gesamtzusammenhang gestellt wird, damit Ressourcen des Kindes hervorgehoben und das Kind in seiner Ganzheitlichkeit in den Mittelpunkt der elterlichen Betrachtung gerückt wird.

Ein Abbau der Schuldgefühle wird ermöglicht. Durch die Information der Eltern über die ätiologischen Annahmen des Stotterns werden Schuldgefühle abgebaut.

Orientiert wird sich hierzu an dem Modell der idiographischen Betrachtungsweise nach Motsch. Dieses Modell nimmt an, dass jedem Stottern eine biographische Vorgeschichte mit individuell unterschiedlichen Risikofaktoren, organisch-konstitutioneller, psychischer und sozialer Art sowie andere Grundauffälligkeiten (*beispielsweise Spracherwerbsstörungen, Sprechablaufstörungen*), die mit den Dispositionen in Zusammenhang stehen, zugrunde liegen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Stottern entsteht, ist umso größer, je mehr Risikofaktoren zusammentreffen. Auf der Basis einer einzelfallorientierten Sichtweise können neuere Forschungsansätze wie der neuro-psychologische Erklärungsansatz integriert werden.

Bei diesem Ansatz wird das Stottern durch eine ungünstige Wechselwirkung zwischen sozialen, psychologischen und neuropsychologischen Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten (*vgl. Fiedler et al. 1986, S.102*). Der neurophysiologische Erklärungsansatz sieht die Verursachung des Stotterns in abweichenden hemisphärischen Verarbeitungsprozessen und zentralen Funktionsabläufen (*vgl. Fox et al. 1996*). Ebenfalls berücksichtigt wird in der Elternberatung der psychosoziale Erklärungsansatz. Er definiert Stottern als Affektvermeidungsverhalten, das heißt Stottern wird als Reaktion auf das Verhalten der Umwelt (*beispielsweise Unsicherheit, Ratschläge erteilen, Auslachen*) verstanden (*vgl. Krause 1981a*).

Die methodische Gestaltung der individuellen Beratung orientiert sich an der Eltern-Kind-Zentrierung und dem interaktionellen Bezug zwischen dem Ratsuchenden und dem Berater.

Mit der Eltern-Kind-Zentrierung ist gemeint, dass die Einstellungen, Erfahrungen, Bedürfnisse und Möglichkeiten des Kindes und der Eltern in der Beratung berücksichtigt werden. Die Interaktion als zweites Leitkriterium beinhaltet die Gestaltung einer flexiblen Gesprächsführung.

Der Berater richtet seine Interventionen nach dem Interaktionsverhalten des Ratsuchenden, nach seinen Fragen, seinen verbalen oder nonverbalen emotionalen Äußerungen, seiner Körpersprache und weiteren Aspekten, aus. Beim Eltern-Kind-zentrierten und interaktiven Vorgehen steht zu Beratungsbeginn das erfassende Gespräch im Vordergrund.

Mit diesem Gespräch werden Daten über die kindliche Entwicklung, die familiären Begebenheiten und die Situation der Eltern, erhoben. Die Daten bezüglich des Kindes umfassen Angaben zur allgemeinen Entwicklung und zur Stotterentwicklung. Das erfassende Gespräch wird meist durch ein beratendes Gespräch mit Informationen über die Phänomenologie, die Ursachen des Stotterns und die Entwicklung abgelöst. Die Übergänge zur flexiblen Gesprächsführung sind fließend und eine logische Konsequenz des interaktiven Vorgehens. Nach dem beratenden Gespräch werden die Eltern häufig mit Hypothesen über die eventuell das Stottern aufrechterhaltenden Faktoren konfrontiert. Diese Hypothesen können zu einer zusätzlichen Motivations- und Arbeitsgrundlage für die weitere Behandlung werden. Geprägt ist die Gesprächsstruktur durch eine offene Fragestellung zu Beginn und durch eine Zusammenfassung wesentlicher Gesprächspunkte sowie der gemeinsamen Überlegungen zur weiteren Vorgehensweise.

In drei bis fünf Terminen wird zunächst eine Basisberatung mit anamnestischer und diagnostischer Klärung der kindlichen Problematik geführt.

Erweitert werden kann die Basisberatung durch eine ergänzende Beratung. Bei einem nächsten Termin geht es um die Kontaktaufnahme zum Kind und um die diagnostische Einschät-

zung seines Entwicklungsstandes. Die Diagnostik wird im Gegensatz zu den Eltern per Video aufgezeichnet. In der Diagnose stehen die orientierende Erfassung der allgemeinen Sprachentwicklung (*phonetisch-phonologisch, morphologisch-syntaktisch, semantisch-lexikalisch, pragmatisch-kommunikativ*), die Stottersymptomatik, Aspekte des allgemeinen Entwicklungsstandes (*Regel-, Farb- und Mengenverständnis*), Persönlichkeitsmerkmale und eine Eltern-Kind-Interaktion im Vordergrund. Die diagnostische Erfassung erfolgt auf der Grundlage einer handlungsorientierten Situation.

Als weitere diagnostische Kriterien sind Fragestellungen wichtig, die sich auf eine entsprechende Symbolifizierungsfähigkeit des Kindes beziehen sich auf Fragen zur Sprache, um festzustellen, ob diese gegebenenfalls zu früh auf einer Abstraktionsebene angesiedelt wurde (*vgl. Katz-Bernstein 1993*). Neben der Gestaltung einer Diagnosesituation, die handlungsorientiert ist, sollte die Situation dem Kind Symbolifizierungsmöglichkeiten bieten.

In dem folgenden Beratungsgespräch geht es um den Austausch über den Verlauf der diagnostischen Sitzung und die Entwicklung eines kindlichen Persönlichkeitsprofils, was nur im Einklang mit den Eltern entwickelt werden kann.

Hierzu werden in einem Zeitraum von sechs bis acht Wochen zusätzlich offene Elternabende angeboten, die je nach Bedarf der Eltern besucht werden können. Die Elternabende sind geprägt durch eine offene Gruppe und ein nicht festgelegtes, fortlaufendes Programm.

Ziele der Elternabende sind es, Eltern zu entlasten, indem diese erleben, dass andere gleiche Probleme haben. Das Problem Stottern erfährt eine Relativierung durch den Austausch über die damit im Zusammenhang stehenden Probleme. Eltern fühlen sich bei der Problembewältigung nicht alleine gelassen, da in den Beratern und Referenten Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Eltern werden durch die aktive Auseinandersetzung hinsichtlich ihrer Rolle im Umgang mit dem Stottern sicherer, offener und entwickeln konkrete Handlungsmöglichkeiten in der Problembewältigung.

Bei einer Kontaktaufnahme per Telefon wird ein Ersttermin, der nur mit den Eltern beziehungsweise mit einem Elternteil stattfindet, vereinbart. Vor der Basisberatung bekommen die Eltern zunächst einen Anamnesebogen, den sie vor oder nach dem Gespräch schriftlich beantworten können.

Möglichkeiten, die sich dem Kind und den Eltern durch die Beratungsstelle bieten, sind folgende: Für das Kind soll eine Sprachtherapie eingeleitet werden. Vorläufig soll keine Therapiemaßnahme erfolgen, die weitere Entwicklung soll beobachtet und das Kind in ungefähr drei Monaten erneut vorgestellt werden.

Elternberatung wird bei noch nicht identifizierter Therapie empfohlen. Alternativ wird zu einer Sprachtherapie oder als eine therapiebegleitende Maßnahme eine Teilnahme an Elternabenden in Absprache mit der Therapeutin des Kindes vorgeschlagen.

### Die Elternarbeit

Ergebnisse der Spracherwerbsforschung belegen, wie wichtig die Rolle der nächsten Bezugspersonen für die Sprachentwicklung des Kindes ist. Jedoch steckt die Elternarbeit im Rahmen sprachtherapeutischer Intervention noch vergleichsweise in den Kinderschuhen.

Dehnhardt und Ritterfeld (1998) geben einen systematischen Überblick über die vorliegenden Modelle zur Elternarbeit in der Therapie sprachentwicklungsauffälliger Kinder und stellen diese einander gegenüber. Vorliegende Modelle umfassen das Laienmodell, das Ko-Therapeutenmodell, das Kooperationsmodell, das Interaktionstraining und die geführte Beobachtung. Unterschieden werden diese Modelle darin, welche Rolle der Therapeutin und den Eltern zugeordnet wird.

Das Verständnis von Sprachentwicklungsauffälligkeiten wandelt sich zusehends von einer nativistisch geprägten, sprachentwicklungstheoretischen Sicht zu vermehrt interaktionalen Spracherwerbstheorien.

Sprachentwicklungsauffälligkeiten wurden also nicht länger nur als pathologische Störungen eines Individuums verstanden,

sondern vielmehr in Problemen bei den (Sprach-) Handlungserfahrungen des Kindes und in der Interaktion mit seiner dinglichen und sozialen Umwelt gesehen.

Motsch (1986) betont an dieser Stelle die Wichtigkeit der Rolle, welche die nächsten Bezugspersonen eines Kindes für seine Sprachentwicklung einnehmen. Diese veränderte Sichtweise der Ursache von Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsauffälligkeiten übte einen entscheidenden Einfluss auf die Theorien und Ansätze der Zusammenarbeit mit Eltern in der sprachtherapeutischen Intervention aus.

Es vollzog sich ein Wandel des Behandlungsansatzes von einer dominanten Kindförderung mit passiver Rolle der Eltern zu einem ganzheitlichen Ansatz in der Zusammenarbeit mit den Eltern.

Bei der Umsetzung dieses Ansatzes treten zwei Hindernisse auf: eine verwirrende Vielfalt unterschiedlicher Theorien und Konzepte sowie ein Mangel an konkreten und umsetzbaren Handlungsanweisungen und Methoden.

### Modell der Elternarbeit

Unterscheiden lassen sich nach Weiß (1989) innerhalb der Elternarbeit einerseits die Elterninformation und die Elternanleitung sowie andererseits die Elternberatung.

Die spezifisch sonderpädagogisch-logopädische Form der Elternarbeit, Elterninformation und Elternanleitung werden hier in den Mittelpunkt gerückt.

Elternberatung hingegen bezieht sich auf psychotherapeutische Interventionen und liegt nicht mehr zwingend in der Verantwortung einer sprachtherapeutischen Intervention. Unter den fünf idealtypischen Modellen der Elternarbeit verdeutlichen das Laienmodell sowie das Ko-Therapeutenmodell die Entwicklung von der dominanten Kindförderung zu einer kooperativen Einbeziehung der Eltern.

Diese beiden Modelle sind durch eine starke Autoritätsposition der Therapeutin sowie eine abhängige Rolle der Eltern charakterisiert und basieren auf behavioristischen Lerntheorien, die ihrerseits dadurch gekennzeichnet sind, mittels einer direktiven

und präzise strukturierten Therapie die Lernvorgänge zu optimieren.

### Das Laienmodell

Die Bezeichnung dieses Modells charakterisiert bereits deutlich das Verhältnis zwischen Fachleuten und Eltern. Aus diesem Umstand folgt, dass das natürliche Umfeld des Patienten nur als Informationsquelle zur Datenerhebung herangezogen nicht aber miteinbezogen wird. Informationen und Ratschläge zum Umgang mit dem Kind werden vermittelt, jedoch bleibt eine Einweisung in spezifische Techniken und Übungen aus. Diese Therapieform scheint eindimensional an der Lebenswirklichkeit vorbeizuführen und erschwert den Transfer erheblich.

### Das Ko-Therapeutenmodell

Dieses Modell ist hingegen weitgehend therapeutenzentriert. Eltern werden insofern in die Therapie miteinbezogen, als sie bei der Anamnese zur Informationssammlung beitragen und zusätzlich in sprachentwicklungsfördernde Techniken eingeführt werden. Diese Techniken lernen die Eltern selbstständig zu Hause mit dem Kind durchzuführen.

Die Therapeutin legt das Therapieprogramm selbst fest, kontrolliert, modifiziert es und greift somit nur auf zeitliche Ressourcen der Eltern zurück. Sie gesteht den Eltern deren spezielles Wissen über ihr Kind zu. Bei diesem Modell bleibt die Therapeutin ein Außenstehender, was zur Folge haben kann, dass sie mit den Eltern nur isolierte erzieherische Funktionen trainiert, Bedürfnisse der Eltern nicht beachtet, wodurch die Therapie an der Lebenswirklichkeit vorbeizugehen scheint.

Der Hauptkritikpunkt dieses Modells bezieht sich auf eine potentielle zeitliche und/oder fachliche Überlastung der Eltern durch ihre Ko-Therapeutenrolle. Voraussetzung des Ko-Therapeutenmodells ist die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit, Geduld, ein bestimmtes Bildungsniveau sowie pädagogisches



Geschick, um die Übungen zu verstecken und sinnvoll in den Alltag integrieren zu können (vgl. Grohnfeldt 1983).

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft eventuelle Rollenprobleme der Eltern in ihrer Doppelrolle als Eltern und Therapeuten.

### Das Kooperationsmodell

Dieses Modell bezeichnet bei Speck (1983) die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der die gesamte Familie ins Blickfeld rückt und den Eltern eine Expertenrolle zuerkennt. Die Therapie wird durch das elterliche individuelle Wissen quantitativ und qualitativ ergänzt. Das Modell zielt auf die Kompetenz der Familie und auf die Ausweisung dieser Kompetenz, die zu einem bestimmten Handeln veranlasst.

Die Therapeutin fungiert als fachliche Impulsgeberin, die das Wissen der Eltern durch ihr Expertenwissen ergänzt und sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Eltern orientiert. Die Berücksichtigung der Eltern in ihrer eigenen Lebenssituation fördert deren Kooperationsbereitschaft und führt durch die Mitwirkung der Eltern zu einer individuell gestalteten Hilfe für das Kind. Versucht wird, das therapeutische Setting an die natürliche Interaktionssituation des Kindes mit seinen Eltern anzupassen, um den Transfer zu erleichtern, jedoch wurde diese Vorstellung bis heute nicht zu einem Handlungsmodell konkretisiert.

### Das Interaktionstraining

Dieses Training ist in die Praxis konkret übertragbar. Individuelle Bedürfnisse der Eltern und der Kinder sowie die spezielle Interaktion zwischen den Familienmitgliedern werden berücksichtigt.

Die Therapeutin gibt Interaktionsmethoden und Trainingsziele vor. Die Eltern lernen aktiv, selbstständig kindgerecht zu kommunizieren, die Entwicklung des kindlichen Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls zu unterstützen sowie sich an den

individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten ihres Kindes zu orientieren.

Strukturierte Interaktionstrainings führen zu einer positiven Veränderung des kindlichen Verhaltens. Bereits vorhandene positive, helfende Verhaltensweisen werden bewusst gemacht und gefördert. Erst im Anschluss daran werden Eltern auf negative Verhaltensweisen in ihrer Auswirkung aufmerksam gemacht und diese Verhaltensweisen schrittweise verändert. Eltern können diese Verhaltensweisen durch das Training von Interaktionstechniken in Rollenspielen und in Situationen mit ihrem Kind verinnerlichen und auf tägliche Situationen übertragen - ohne zeitliche Mehrbelastung.

Interaktionstrainings haben den Vorteil, dass sie den elterlichen Erziehungsstil verändern, wodurch die Weiterführung des Programms auch nach dem eigentlichen Ende begünstigt wird. Als Hauptziel gilt die Vermittlung spracherwerbsfördernder Verhaltensweisen, welche die Eltern selbstständig in der Interaktion mit ihrem Kind anzuwenden lernen.

#### Geführte Beobachtung

Bei einer geführten Beobachtung als weitere Form der Elternarbeit werden Eltern nicht direkt angeleitet, sondern in der gezielten Beobachtung eines Modells begleitet. Eltern spielen in der Intervention entsprechend nur eine untergeordnete Rolle und die Therapie wird vorwiegend mit dem Kind durchgeführt. Eltern sollen durch die Beobachtung des kooperativen Handelns zwischen Therapeutin und Kind sowie von dem positiven therapeutischen Effekt auf das Kind lernen, kindgerechte Handlungssituationen zu imitieren und sinnvolle Handlungstechniken anzuwenden. Des Weiteren sollen sie ihre Einstellung gegenüber dem Kind verändern, sodass nachhaltig ein positiverer Umgang entsteht.

Formen der Elternarbeit wurden in die sprachtherapeutische Praxis transferiert. Ergebnisse bei einer Befragung von 76 sprachtherapeutisch arbeitenden Personen zeigten, dass Elternarbeit als ein wichtiger Bestandteil der Sprachtherapie be-

trachtet wird, jedoch wesentlich weniger Elternarbeit geleistet als angestrebt wird.

Meist erschöpft sich die Elternarbeit in der Anamnese mit kurzen Informationsgesprächen nach Abschluss der Therapie und der Vergabe von Hausaufgaben.

Elternarbeit wird durch finanzielle, zeitliche und räumliche Begrenzungen nicht wirklich verhindert, sondern vielmehr durch die internalen Voraussetzungen der Therapeutin selbst. Dies basiert auf einer Unsicherheit bezüglich der Rolle gegenüber den Eltern und der konkreten Vorgehensweise in der Elternberatung.

Interaktionstrainings wie auch die geführte Beobachtung erscheinen als diejenigen Methoden, die sich mit den Anforderungen der therapeutischen Praxis am besten vereinbaren lassen.

Einerseits kann sich Elternarbeit mit sprachauffälligen Kindern auf die Optimierung der Eltern-Kind-Interaktionen beziehen. Eltern sollten am Beispiel der Therapeutin als Modell sowie durch Übungsangebote in der Rolle des Ko-Therapeuten lernen, eine sprachförderliche Kommunikation mit ihrem Kind zu entwickeln.

#### Was bewirkt die Prävention und Therapie des beginnenden Stotterns mit Hilfe des Elterntrainings?

Elterntrainings dienen der Vorbeugung sowie der Beseitigung einer bereits bestehenden Redeflussstörung. Erreicht wird dies mit Hilfe der Modifikation von Beziehungen, um einer Fixierung, Aufrechterhaltung und Ausweitung der Redeflussstörung entgegenzuwirken. Elterntrainings, in Einzel- oder Gruppenform, zielen neben dem Austausch von Informationen auf eine Veränderung der Haltung und des Verhaltens der Bezugspersonen gegenüber dem stotternden Kind. Diese Trainings sind dem indirekten Therapieansatz zuzuordnen.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005) stellen Elterngruppen eine gute Alternative zur Beratung in der Einzelsituation dar. Sie bieten den Vorteil des Austausches unter Betroffenen und wirken unterstützend auf den Therapieerfolg.

Wie können Beziehungen zwischen Eltern und ihren Kindern entsprechend modifiziert werden?

Nach Scherer (1995) dienen hierzu kommunikationsfördernde Gesprächstechniken, welche die Beziehung zum Kind verbessern und sein Selbstwertgefühl stärken. Basierend auf dem Konzept von Schaar (1980) handelt es sich hierbei um einen Ansatz, der das Problem Stottern mit Hilfe pädagogisch-psychologischer Maßnahmen indirekt angeht. Wobei sich nicht die Redeflüssigkeit verbessert, sondern sich die gesamte Persönlichkeit zunehmend zum Positiven verändert.

Eigenen Erfahrungen von Scherer (1995) zufolge, wird das Kind zusehends selbstsicherer, redefreudiger und ausgeglichener.

Was soll die Prävention und die Therapie des beginnenden Stotterns mit Hilfe eines Elterntrainings bei Kindern bewirken?

Das Elternttraining nach Scherer dient der Vorbeugung sowie der Beseitigung einer bereits bestehenden Redeflussstörung. Erreicht wird dies anhand einer Modifikation von vorherrschenden Beziehungen, mit Hilfe derer einer Fixierung, Aufrechterhaltung und Ausweitung der Redeflussstörung entgegengewirkt wird.

Wie können Beziehungen zwischen betroffenen Eltern und Kindern überhaupt modifiziert werden? Nach Scherer (1995) dienen hierzu kommunikationsfördernde Gesprächstechniken, welche die Beziehung zum Kind verbessern und sein Selbstwertgefühl stärken. Basierend auf dem Konzept von Schaar (1980) handelt es sich hierbei um einen Ansatz, der das Problem Stottern mit Hilfe pädagogisch-psychologischer Maßnahmen indirekt angeht. Grundlage des nach Schaar (1980) formulierten Konzeptes bildet die Überzeugung, dass das Sprechen des Kindes vom jeweiligen Verhalten der Umwelt entscheidend abhängt und auch von ihr beeinflusst werden kann.

Die Therapie des (*beginnenden*) Stotterns erfolgt auf der Basis der partnerschaftlichen Elternarbeit. Folgende Aspekte zeichnen eine partnerschaftliche Elternarbeit aus: Gegenseitige Akzeptanz und gegenseitiges Verständnis, keine Bevormundung und keine Belehrungen, ein gemeinsames Suchen nach Lö-

lungsmöglichkeiten, Freundlichkeit und Respekt, Hilfe und Ermutigung, Unterstützung und Toleranz gegenüber anderen Ansichten, Einstellungen und Meinungen.

Kommunikationsfördernde Gesprächstechniken sollen die Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessern und das Selbstbewusstsein des Kindes stärken. Wesentliche Lernziele des Kurses sind in einen theoretischen und einen Übungsteil gegliedert.

Der theoretische Teil umfasst ein gegenseitiges Kennenlernen und die Einführung in das Trainingsprogramm sowie einen Erfahrungsaustausch in der Gruppe mit dem Ziel, die bereits vorhandenen Kenntnisse der Eltern zu strukturieren.

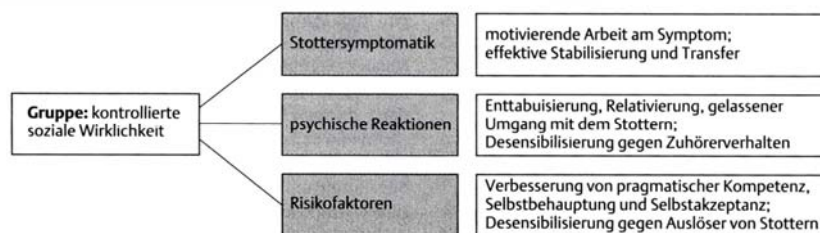


Abb. 10: „Arbeitsbereiche in der Gruppentherapie von Stotterern (aus: Sandrieser und Schneider (2004, S.126)

In einem nächsten Schritt gibt die Therapeutin wichtige Informationen über die kritischen Phasen in der Sprachentwicklung und über die Entstehungsmechanismen des Stotterns. Erzielt werden soll eine Veränderung in der Einstellung der Eltern gegenüber Redeflussunterbrechungen ihres Kindes, indem sie lernen, Redeflussstörungen sachlich exakt wahrzunehmen und zu beschreiben, um zukünftig Redeflussstörungen gelassener gegenüber zu stehen.

Der Übungsteil beschäftigt sich an den theoretischen Teil anschließend mit der Diagnose, dem bewussten Registrieren, dem Wiederentdecken und Verstärken des flüssigen Sprechens durch eine entsprechende Zuwendung durch die Bezugspersonen. Solche Zuwendungen erfolgen stets unmittelbar auf flüssige Redeeinheiten und sollen über einen unbegrenzten Zeitraum

angewendet werden. Daher sollte die gesamte Aufmerksamkeit auf die flüssigen Redeeinheiten gelenkt werden und diese gezielt sowie bewusst positiv verstärken.

Bereits durch die Reaktionen der Kommunikationspartner ist das Kind hierbei in der Lage, den qualitativen Unterschied zwischen flüssiger Rede und seinem Stottern zu erkennen. Analysiert werden typische Elternreaktionen und ihre Wirkungen auf Kinder im Zusammenhang mit der umfassenden Einbindung des Stotterns in das gesamte familiäre Beziehungsgefüge. Von großer Bedeutung ist zudem die Stärkung der Rede- und Selbstsicherheit des Kindes sowie die Übung und Anwendung kommunikationsfördernder Gesprächstechniken wie aktives Zuhören und Ich- und Du-Botschaften. Stotterauslöser sollten nach Möglichkeit vermieden und geeignete Hilfestellungen für flüssiges Sprechen gegeben werden. Eine Verwirklichung der Trainingsinhalte erfolgt im familiären Alltag.

Innerhalb der Elternarbeit als Prävention und Therapie bei (*beginnendem*) Stottern untersuchte Scherer (1995) 135 Kinder im Alter zwischen 3 und 15 Jahren, bei denen zumindest ein Elternteil an einem von inzwischen 23 durchgeführten Elterntrainings teilnahm. Bei den Kursteilnehmern handelte es sich um Eltern, deren Kinder in der Regel seit mindestens einem Jahr unflüssig sprachen. Die Mehrzahl der Kinder stotterte seit zwei bis drei Jahren.

Nach qualitativer Effektivitätsmessung lässt sich zusammenfassend feststellen, dass sich bei keinem Kind das Stottern verschlimmerte. Lediglich bei fünf Kindern war das Stottern nicht besser als während des Kurses. Die restlichen 104 Kinder sprachen flüssiger als während des Trainings, was einer Quote von 95 Prozent entspricht. Unter Berücksichtigung des Alters sollte auch bei den restlichen 42 Kindern ein Therapieerfolg festgehalten werden, da sie außer bei Aufregung und in Stresssituationen flüssig sprachen, was als normal anzusehen ist. Die Effektivität des Elterntrainings liegt deutlich höher als bei Stottertherapien mit traditioneller Drittelung.

Weiterhin ist anzumerken, dass außerhalb des Elterntrainings begleitende Maßnahmen wie beispielsweise der zeitlich begrenzte Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder der Sprachheilschule in den Fällen insbesondere dann als sinnvoll erachtet wurde, in denen Eltern die Inhalte des Kurses nicht in ausreichendem Maß umsetzen konnten. Die Mehrheit der Eltern führte das veränderte Sprechverhalten ihres Kindes auf den Elterntrainingskurs zurück. Dort hätten sie wichtige Anregungen erhalten und daraufhin das eigene Verhalten geändert.

Die Mehrheit der Eltern war davon überzeugt, dass sich das Selbstbewusstsein ihres Kindes stark erhöht habe, dass ihr Kind ruhiger und ausgeglichener geworden sei und gegenwärtig gerne viel erzähle. Jedoch habe sich nicht nur das Verhalten der meisten Kinder geändert. Nicht nur von kurzfristiger Dauer sind die Erfolge bezüglich der Sprechflüssigkeit, die sich auf einem hohen Niveau zeigen. Zusätzliche begleitende Maßnahmen erweisen sich als günstig, speziell der Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder der Sprachheilschule.

Partnerschaftliche Elternarbeit, in überschaubaren Gruppen kann dazu beitragen, Wirkungen auf das Sprechen des Kindes und auf familiäre Beziehungen zum Positiven zu verändern. Der größte Erfolg des Elterntrainings dürfte jedoch darin liegen, dass die qualitative Veränderung zu einer konstruktiveren, glücklicheren partnerschaftlichen Eltern-Kind-Beziehung führt.

#### **V.1.4 Spieltherapeutisch geprägte Sprachtherapie (Katz-Bernstein)**

Integriert werden in diesem Konzept spieltherapeutische und sprachtherapeutische Elemente mit einer partnerschaftlichen Elternberatung, wobei besonderer Wert auf die therapeutische Grundhaltung gelegt wird. Die Akzeptanz des Kindes und sein emotionales Erleben stehen im Vordergrund. Die Therapiephasen orientieren sich an den psychosozialen Entwicklungsphasen nach Erikson (1988).

Stottern wird als Störung vor dem Entwicklungshintergrund der gesamten Persönlichkeit und der Problematik des Kindes gesehen. Während der Therapiephasen wird der Fokus auf die Prozess- und Erlebnisorientierung gelegt, dabei experimentiert das Kind mit Ausdrucksmöglichkeiten und Ausdrucksvarianten in einem gemeinsamen Prozess mit der Therapeutin.

Auf diese Weise erweitert das Kind seine expressiven Kompetenzen, indem es positive Erfahrungen mit gelingender Kommunikation macht. Das Erleben der Vielfalt expressiver Sprache schließt mit ein, dass Fehler ausdrücklich erlaubt sind und Ausdrucksmöglichkeiten ausprobiert werden können, die nicht unmittelbar funktionieren müssen.

Erweiternd kommt hinzu, dass Stottern zu jeder Zeit erlaubt ist und das Kind durch die therapeutische Haltung lernt, Verantwortung für sein Stottern zu übernehmen. Das Übernehmen jener Verantwortung stellt einen wesentlichen Reifungsprozess dar und sollte dem Kind nicht abgenommen werden, da die Entscheidung in Richtung einer Verbesserung der sprachlichen Kompetenzen beim Kind und seinen Möglichkeiten selbst liegt. Aus diesem Grund soll das Kind selbstständig explorieren.

Entsprechend setzt die Therapeutin einen Rahmen gegenseitiger Achtung und Wertschätzung und lässt das Kind in seinem Explorieren gewähren. Natürliche Grenzen setzt die Therapeutin dort, wo das Kind sie selbst nicht setzen kann, um eine Überforderung zu vermeiden.

Nach Katz-Bernstein (*vgl. 1990, S.58f.*) liegt die Zielsetzung der Sprachtherapie nicht zentral darin, psychische Prozesse zu starten und zu verändern. Vielmehr legt sie Wert auf sechs wesentliche Aspekte, nämlich den Reichtum der Sprache neu zu erleben, die Sprechfreudigkeit des Kindes zu fördern, die sprachliche Mitteilungsfähigkeit des Kindes zu schulen (*auch auf nicht-verbaler Ebene*), das Kind zum Spüren eigener Gefühle und Regungen zu bringen und diese zu verbalisieren, die sprachliche Eigeninitiative zu fördern sowie die Stärke zu gewinnen, angstverursachende Situationen zu bewältigen.

Der Therapeutin wird dabei die Aufgabe des Wegweisers, Impulsgebers, Grenzsetzers und vor allem des Kommunikations-



partners zuteil. Des Weiteren wahrt sie äußere Grenzen und zeichnet sich durch Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Echtheit und Verschwiegenheit gegenüber Dritten aus.

Die Umsetzung dieser Attribute ist nur möglich, wenn sie einerseits partnerschaftlich, andererseits überlegen agiert und somit ein angemessenes Verhältnis zwischen Distanz und Nähe schafft.

Die Therapeutin konkurriert nicht mit den Eltern, auch wäre das für die Arbeit mit dem Kind und seinen Bezugspersonen nicht förderlich.

Ihre Beziehung zu den Eltern ist vor allem durch Akzeptanz geprägt. Sie sieht sich selbst vielmehr als alternative Erwachsenenfigur des Kindes. Zielgruppe dieser Therapieform sind Vorschulkinder und ihre Bezugspersonen.

Grundlage dieser spieltherapeutisch geprägten Sprachtherapie nach Katz-Bernstein ist die Durchführung aller Übungen über das Spiel mit Hilfe der Kommunikation, der Bewegung sowie mit Freude und Spaß an der Aktivität, ohne einen Übungszwang zu empfinden.

Unterschieden werden in diesem Konzept verschiedene Elemente der Kommunikation, die aufeinander aufbauen und sich aufeinander beziehen wie Vormachen und Nachmachen, Frage und Antwort, Geführt werden und Führen, Abwechselndes Gestalten, Gemeinsames Gestalten und Geschehen lassen. Der Sinn dieses Vorgehens steckt in der Reduzierung der Komplexität von Kommunikationsstrukturen, um Sicherheit in diesen Strukturen zu erreichen.

Entscheidend ist, dass die Kommunikationsformen auf die verschiedenen Therapiebereiche der sprachtherapeutischen Intervention angewandt werden können. Als Therapiebereiche gelten in diesem Konzept die primäre nonverbale Kommunikation, der Atem und die Stimme, die Artikulation und die Intonation, die Rede, der Wort- und Reihensatz, ein gemeinsames Gestalten von Sätzen sowie die Spontansprache.

### V.1.5 Fluency-Shaping-Programme

„Fluency Shaping“ (*FSP*) werden Sprechtechniken genannt, die das gesamte Sprechen verändern und das Ziel verfolgen, flüssiges Sprechen zu erreichen. Fluency-Shaping-Programme stehen damit im Gegensatz zu Verfahren, die Stottern modifizieren, um flüssiger Stottern zu ermöglichen. Versucht wird, eine vollständig neue Sprechweise aufzubauen, die frei von Stottereignissen ist.

Die stotternde Person lernt eine neue Art zu sprechen kennen, bei der weniger Stottern auftritt. Das Sprechen wird zunächst stark verfremdet, indem die Stimme weich einsetzt, die Vokale gedehnt, die Sprechbewegungen mit wenig Muskelanspannung durchgeführt und die Atmung kontrolliert werden.

Die erlernten Sprechmuster werden schrittweise einem natürlich klingenden Sprechen angeglichen und in die Alltagssituationen übertragen. Die Sprechtechnik automatisiert sich zunehmend, jedoch ist weiterhin eine ständige Kontrolle des Sprechens erforderlich. Die Methode ist leicht erlernbar, jedoch ist durch den eng vorgegebenen Rahmen eine individuelle Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse des Kindes nicht oder nur sehr bedingt möglich. Daher wird diese Methode erst dann den individuellen Bedürfnissen des Kindes und der Eltern gerecht, wenn es im individuell abgestimmten Therapieprogramm aus Elternberatung, Förderung kommunikativer Fähigkeiten und der sozialen Entwicklung sowie bei der Desensibilisierung gegen Ängste und kommunikativen Stress eingesetzt wird.

Es handelt sich um einen globalen Ansatz, bei dem neue Sprechmuster (*Engramme*) geschaffen werden sollen. Bei manchen Therapien werden vorübergehend auch apparative Sprechhilfen eingesetzt.

Fluency-Shaping-Programme besitzen einen streng hierarchischen Aufbau, sind integrierbar in ein umfassendes Therapiekonzept und kombinierbar mit Verfahren, die das Stottern modifizieren. Das Fluency Shaping wird nach kurzer Trainingsphase mit der Therapeutin von den Eltern größtenteils selbst durchgeführt.

Die Therapeutin übernimmt im weiteren Verlauf eine eher betreuende und beratende Funktion.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.97) soll durch gezieltes Einüben einer mit dem Stottern inkompatiblen Sprechweise (*beispielsweise durch Verwendung weicher Stimmeinsätze, spürendes oder prolongierendes Sprechen*) die spontane Übernahme des neuen Sprechmusters in die freie Rede bewirkt werden. Kann dies nicht erreicht werden, wird die Entwicklung einer kontrollierten Sprechflüssigkeit angestrebt.

Strukturiert sind Fluency-Shaping-Programme durch eine umfassende Datenerhebung zu Beginn und im Verlauf der Therapie, durch eine Anleitung der Eltern zur Durchführung der Therapie und durch wöchentliche Sitzungen mit der Therapeutin, um den Verlauf zu kontrollieren und weitere Instruktionen zu geben. Verwendet werden eindeutige Kriterien, wann und auf welche Weise die Anforderungen erhöht werden dürfen.

Sprechspiele werden auf unterschiedlichen Anforderungsebenen durchgeführt, belohnt wird anhand eines Verstärkerplans. Am Ende dieser Struktur wird ein Nachsorgeprogramm durchgeführt.

Eine Kombination von Fluency-Shaping-Programmen und modifizierenden Verfahren ist sinnvoll, wenn Sprechängste nicht adäquat eingeschätzt wurden und das Kind trotz hohen Grades an Sprechflüssigkeit in den Übungssituationen so starke Ängste oder Vermeidung zeigt, dass der Transfer der erlernten Inhalte unmöglich scheint.

Ein weiterer Grund für eine Kombination beider Methoden oder einen Wechsel zu modifizierenden Verfahren ist beispielsweise eine Verschlechterung der Eltern-Kind-Interaktion. Dieser Fall ist dann gegeben, wenn das Kind sein Stottern nicht akzeptiert, es stark ablehnt und infolgedessen das Therapieziel modifizierender Verfahren »flüssiges Stottern« nach einer längeren Behandlung nicht akzeptieren will. Ergänzend ist hierbei eine umfassende Desensibilisierung gegen Sprechängste und stotterauslösende Reize sinnvoll.

Nach Guitar und Peters (1999) können von Anfang an aus beiden Therapieansätzen die erfolgreichsten Elemente kombiniert

werden, um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Nach ihrer Ansicht wird die Fluency-Shaping-Therapie zur Veränderung der Sprechmuster effizienter sein als die Stottertherapie und entsprechend die Stottermodifikationstherapie effektiver für das Reduzieren von Sprechängsten und die Verbesserung von Einstellungen gegenüber dem Sprechen als die Fluency-Shaping-Therapie.

Als Beispiel für Fluency-Shaping gilt das »*Lidcombe-Programm*« als Intervention bei frühem Stottern. Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Programm zur Intervention bei Kindern im Vorschul- und Schulalter (*Huber und Onslow 2001*).

Dieses Programm baut auf den neueren Erkenntnissen auf, dass sich frühkindliches Stottern ohne eine geeignete Behandlung zu einer schwer veränderbaren und möglicherweise lebenslange einschränkende Stotter-Symptomatik entwickeln kann. Unter Anleitung und Kontrolle einer Therapeutin wird dieses Verfahren von den Eltern durchgeführt, damit steht oder fällt diese Therapie mit der Interaktion zwischen Therapeutin und Eltern.

Onslow bezeichnet die drei wesentlichen Bestandteile seiner Therapie erstens als eine operante Methode, um Stottern zu überwinden. Zweitens als regelmäßige Flüssigkeitsmessung, innerhalb und außerhalb der Klinik und drittens als ein systematisches Maintenance Programm (*Aufrechterhaltung*).

Die operante Methode, um Stottern zu überwinden, impliziert die Grundannahme, dass das Verhaltensrepertoire des stotternden Kindes Sprechflüssigkeit, also sprechflüssige Momente enthält.

Durch Einweisung der Therapeutin wenden Eltern operantes Verhalten an, indem sie zuhause verbale Rückmeldungen geben, mit denen die flüssige Sprache anerkannt, gelobt und gefördert wird, während gestotterte Sprache systematisch durch korrigierende, verbale Rückmeldung abgebaut wird.

Durch zum Teil direkte Beobachtung sowie anhand von Tonbandaufnahmen wird von der Therapeutin kontrolliert, ob die Eltern das Verfahren korrekt anwenden. Zu Beginn der Therapie sind tägliche Sitzungen notwendig. Außerhalb der Sitzungen wenden Eltern am Anfang nur Lob und keine Korrektur an, um einen Fortschritt bei ihrem Kind zu erzielen.

Macht das Kind zusehends Fortschritte, wird auf sein Stottern in alltäglichen Situationen eingegangen. Regelmäßige Flüssigkeitsmessungen von Therapeutin und Eltern, in der Therapiesituation und zuhause, sind wichtige Daten zur Festlegung der nächsten Schritte in der Therapie.

Bewertungen durch die Therapeutin, die Eltern und die objektive Messung der Stotterrate durch den Prozentsatz der gestotterten Silben (*Percent Syllables Stuttered*) lassen Fortschritte des Kindes erkennen und über weitere Vorgehensweisen entscheiden.

Anhand der individuellen Verbesserungen während der Therapie werden vier Phasen durchschritten. Am Ende der vierten Phase sollte kein Stottern mehr in täglichen Sprechsituationen auftreten. Während dieser letzten Phase werden alle therapeutischen Maßnahmen systematisch von den Eltern bis zur vollständigen Abschaffung reduziert. Treten Warnzeichen eines bevorstehenden Rückfalls auf, wird zu einer früheren Therapiephase zurückgekehrt.

Nach Onslow und Packman (1999) zeigt die Forschung, unterstützt durch das National Health and Medical Research Council of Australia, dass das Lidcombe-Programm bei Vorschulkindern mittel- bis langfristig (*bis zu sieben Jahren nach der Therapie*) dazu führen kann, dass die Kinder fast völlig stotterfrei bleiben.

#### Das Lidcombe-Programm

Dieses Programm erzielt in erster Linie eine natürlich klingende, stotterfreie Sprache, ohne dass das Kind ein neues Sprachmuster erlernen muss. Damit unterscheidet sich das Lidcombe-Programm sogar von anderen Fluency-Shaping-Programmen. Zudem ist die Rückfallquote sehr gering.

Huber und Onslow (2001) verweisen darauf, dass der Stottertherapie eine Periode der Beobachtung, ob natürliche Heilung eintritt, vorausgehen sollte. Onslow rät zudem, während der Beobachtungszeit Flüssigkeitsmessungen durchzuführen, um eventuelle Fortschritte aufzuzeigen.

#### **V.1.6 Sprechtechniken**

Eine flüssige Sprechweise ist das primäre Ziel der Sprechtechniken. Der Redefluss soll hierfür durch eine mit dem Stottern inkompatible Sprechweise oder durch die Ablenkung der Aufmerksamkeit vom eigenen stotternden Sprechen verbessert werden.

Sekundär werden eine psychische Entlastung des Kindes sowie eine eventuell daraus resultierende Stärkung des Selbstbewusstseins aufgrund der relativ schnellen Verbesserung der Sprechflüssigkeit angestrebt. Unterschieden wird zwischen acht Sprechtechniken, die teilweise aus Kombinationen einzelner Techniken bestehen. Als Sprechtechniken werden langsames Sprechen und spürendes Sprechen, prolongiertes Sprechen und betontes Sprechen, die Anblasetechnik und weiche Stimmeinsätze sowie Langsam-Laut-Deutlich (vgl. de Vries 1993) und Weich-Langsam-Leicht (vgl. Hansen und Iven 1992) bezeichnet.

Sprechtechniken sind nur ein Element eines umfassenden Therapieprogramms und können systematisch indirekt oder spielerisch indirekt vermittelt werden. Durch diese Vermittlung der Therapeutin wird eine spontane Übernahme einer als hilfreich erlebten Sprechweise in die freie Rede angestrebt.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.103) geht langsames Sprechen mit einer deutlichen Reduzierung des Sprechtempos einher und bewirkt eine längere Planungsphase und eine bessere motorische Kontrolle durch Verlangsamung des Sprechprozesses.

Mit dem spürenden Sprechen werden die taktil-kinästhetische Wahrnehmung während des Sprechvorgangs und die genaue taktil-kinästhetische Wahrnehmung des Sprechablaufs geschult. Diese Form des Sprechens bewirkt ein Zurückfahren auditiver Eigenkontrolle, schult die taktil-kinästhetische Wahr-

nehmung und führt zu einer indirekten Reduktion des Sprechtempos.

Beim prolongierten Sprechen werden einzelne Wörter nicht getrennt voneinander gesprochen, sondern durch die Stimme miteinander verbunden (*beispielsweise meine\_Eltern*). Prolongiertes Sprechen bewirkt eine weitgehende Reduzierung ständiger Stimmeinsätze, was die Wahrscheinlichkeit zu stottern erheblich sinken lässt.

Betontes Sprechen hingegen ist akzentuiertes Sprechen und fördert den Sprachrhythmus und die Sprachmelodie, die beim Stottern verloren gehen. Mit dem betonten Sprechen findet eine Sprechweise Anwendung, die sich mit dem Stottern nicht vereinbaren lässt. Mit Hilfe der Anblasetechnik wird vor Beginn des Wortes eine kontrollierte Ausatmung durch leicht geschlossene Lippen möglich (*beispielsweise phhhoma*).

Die Anblasetechnik ermöglicht daher weiche Stimmeinsätze sowie eine zeitliche Verzerrung eventueller Begleitstörungen (*Koartikulation*).

Kombinierbar ist die Anblasetechnik mit dem spürenden Sprechen. Weiche Stimmeinsätze sind nur bei Vokalen möglich, welche die Stimmlippen locker schließen und kontrollieren. Eine kontrollierte Annäherung der beiden Stimmlippen bewirkt eine Reduzierung der überhöhten Spannung an der Glottis.

Die Sprechtechnik Langsam-Laut-Deutlich ist eine Kombination aus langsamem, prolongiertem Sprechen und betontem Sprechen. Durch die Kombination mehrerer Techniken werden viele mit dem Stottern inkompatible Sprechweisen angenommen, was dazu führt, dass die Wahrscheinlichkeit zu stottern sinkt.

Eine Kombination aus langsamem und spürendem Sprechen sowie dem Einsatz einer weichen Stimme führt zu der Sprechtechnik Weich-Langsam-Leicht.

Eine flüssige Sprechweise wird bei einem Kind nur dann erzielt werden können, wenn bei ihm eine Sprechtechnik angewendet wird, die zu seinen Fähigkeiten und Defiziten passt.

Um herauszufinden, welche Technik die geeignete ist, werden wirksame Strategien des Kindes im Umgang mit dem Stottern erfasst. Sprechtechniken werden danach ausgewählt, ob sie

den spezifischen Problemen des Kindes wie beispielsweise Schwierigkeiten bei Stimmeinsatz oder Atemauffälligkeiten entgegenwirken können.

Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.104) ist meistens eine Kombination verschiedener Sprechtechniken wirksamer als die Verwendung einer einzelnen Methode, da auf mehrere Komponenten der Redeflussstörung eingegangen werden kann (vgl. *Langsam-Laut-Deutlich und Weich-Langsam-Leicht*).

Zudem sollten erfolgreiche Sprechtechniken weiter ausgebaut werden, die das Kind spontan verwendet.

#### V.1.7 Modifikationstherapie nach Dell und van Riper (»Non Avoidance«)

Charles van Riper (1986) übertrug seinen entwickelten Therapieansatz auf die Arbeit mit Kindern im Schulalter, kam später jedoch gemeinsam mit Carl Dell zu der Einsicht, dieses Konzept bei der Behandlung des kindlichen Stotterns einzusetzen, da hierbei größere Heilungschancen bestanden. Dieses gemeinsam erarbeitete Konzept wurde von Carl Dell (1996) veröffentlicht.

#### Etablieren von Systemlösetechniken

- Anhand von **Pseudostottern** werden drei Arten zu sprechen vermittelt: normal, locker gestottert, hart gestottert;
- **Lokalisieren**, wo in Pseudosymptomen Anspannung spürbar ist;
- **Nachbessern**: ein hart pseudogestottertes Wort zu Ende stottern und dann mit lockerem Stottern wiederholen;
- **Pullout**: ein hart pseudogestottertes Wort langsam in lockeres Stottern verwandeln



### Stabilisierung und Transfer der Systemlösetechniken

- Vermehrt lockeres Pseudostottern in der Spontansprache zeigen, als Übung des Zielverhaltens und als **Desensibilisierung** gegen Kernsymptomatik
- Transfer des Pullouts auf echte Symptome in der Spontansprache
- Aufbau von Sprechflüssigkeit durch Desensibilisierung gegen Auslöser von Stottern

### Nachsorge

- Aufbau der Unabhängigkeit von der Therapeutin
- Auffrischung bei neuen Schüben

(„Phasen des Therapieansatzes nach Carl Dell“ aus: Sandrieser und Schneider (2004, S. 86).)

Generell handelt es sich um einen direkten Therapieansatz mit indirekten Elementen wie Beratung und Hospitationen der Eltern, der gleichermaßen am flüssigen Sprechen und Stottern ansetzt.

Bei der Stottermodifikation (*dem Nicht-Vermeidungsansatz*) besteht das Ziel im Lernen, wie die stotternde Person zukünftig besser auf das Auftreten von Stottern reagieren kann.

Nach van Riper gliedert sich die Stottermodifikation in verschiedene Phasen. In der ersten Phase soll das Kind seine Primär- und Sekundärsymptomatik sowie die innere Symptomatik identifizieren. Ängste und negative Emotionen sollen reduziert werden.

Voraussetzung ist dabei, dass das Kind desensibilisiert wird, um während des Stotterns in den Sprechablauf eingreifen zu können. Mit Hilfe verschiedener Techniken wie beispielsweise der Nachbesserung oder dem Blocklösen soll ein leichteres beziehungsweise flüssigeres Stottern ohne Anstrengung erlernt werden. Durch ein sicheres Einsetzen dieser Techniken soll eine Stabilisierung beim Kind erzielt werden.

Anstatt Vermeidung und Anstrengung werden Sprechtechniken bei den Wörtern eingesetzt, bei denen Stottern erwartet wird oder tatsächlich auftritt. Hierdurch wird Stottern kontrolliert und gegebenenfalls verhindert. Voraussetzung dieser Form der Be-

handlung ist, dass Ängste und negative Einstellungen gegenüber dem Stottern abgebaut werden müssen, wodurch bereits eine Verringerung des Stotterns, jedoch keine Stotterfreiheit erzielt wird.

Die Zielsetzung betrifft demnach eine bewusste Kontrolle und Modifikation des individuellen Stotterns, wobei dem Abbau der Angst vor dem Stottern eine entscheidende Rolle zukommt.

Vordergründig wird eine Reduktion des Stotterausmaßes (*bezogen auf gestotterte Wörter*) angestrebt, wobei es um eine Rückführung des Stotterns in stets leichtere Formen des Stotterns geht. Eine Modifikationstherapie eignet sich besonders zur Behandlung von Anstrengungen und Anspannungen während des Stotterns sowie bei sozialen Stigmatisierungen des stotternden Kindes.

Bei der Modifikationstherapie des Stotterns geht es vorrangig darum, die sekundären Reaktionen auf die primären Unterbrechungen des Redeflusses abzubauen. Im Gegensatz zum »*Fluency Shaping*« ist hierbei keine Modifikation des gesamten Sprechablaufs notwendig.

Das betroffene Kind soll beim Auftreten von Sprech- und Redeunflüssigkeiten nur Einfluss auf den Sprechablauf nehmen.

Die Stottermodifikation nach van Riper zielt darauf, schrittweise die willentliche Kontrolle über das Sprechen zu erlangen und die Kommunikation durch die Reduktion von Angst und Vermeidung weniger zu beeinträchtigen (*daher: Nicht-Vermeidungsansatz »Non Avoidance«*).

## V.2 Kriterien und Voraussetzungen für die Therapie

Nach Brügge und Mohs (2006) sollte frühzeitig eine Sprachtherapeutin aufgesucht werden, wenn Eltern besorgt oder verunsichert sind bezüglich der Entwicklung ihres Kindes, eine fachliche Beratung zum Umgang mit unflüssigem Sprechen oder Stottern möchten oder wenn das Kind Anzeichen von Stottern zeigt und die kindlichen Unflüssigkeiten länger als sechs Monate andauern.

### V.2.1 Gründe für frühzeitigen Therapiebeginn

Warum sollte die Therapie so früh wie möglich begonnen werden? Durch einen frühen Therapiebeginn lässt sich das unflüssige Sprechmuster leichter beeinflussen, da es noch nicht so komplex ist. Auch die Begleitsymptome können zurück gebildet werden, weil sie noch weniger ausgeprägt und gefestigt sind.

Eine früh einsetzende Therapie wirkt vorbeugend gegenüber sekundären Schäden wie beispielsweise der Angst vor negativen Reaktionen anderer auf das kindliche Stottern.

Beratung und Information ermöglichen im Umgang mit dem eigenen Kind und seinem Stottern mehr Sicherheit, was auch die Kommunikation günstig beeinflusst. Die frühzeitige Beratung durch die Therapeutin beugt nach Ochsenkühn und Thiel einem drohenden Vermeideverhalten, der Verschärfung psychischer Konflikte und der Übernahme negativer Zuschreibungen vor.

Durch einen frühzeitigen Therapiebeginn würde sich auch die Dauer der Therapie erheblich verkürzen.

### V.2.2 Indikationen

Bei eindeutigen Fällen wie bei manifestem Stottern ist eine Therapie indiziert. In der Regel benötigen Kinder mit beginnendem Stottern ebenfalls eine Therapie.

Sogar bei entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten auch ohne vorhandene Sprechstörung kann es sinnvoll sein, eine Therapie einzuleiten.

#### V.2.2.1 Kinder mit beginnendem Stottern, deren Eltern überbesorgt sind

Kinder dieser Kategorie haben häufig Eltern oder andere Familienangehörige, die selbst einmal gestottert haben oder immer noch stottern. Dieser Umstand führt dazu, dass die Eltern dieser Kategorie bei ihren Kindern bezüglich des Sprechens übersensibel reagieren. Vielleicht haben sie ihr Kind auch stets bei seinen sprachlichen Äußerungen bezüglich unflüssigem Sprechen oder anderen Auffälligkeiten der Sprachentwicklung besorgt beobachtet.

Möglich ist zudem, dass das Kind in der häuslichen Umgebung mehr Stottersymptome aufweist als in der Untersuchungssituation.

Die Therapeutin sollte in der Arbeit mit den Eltern beachten und ernst nehmen, dass in der entsprechenden Familie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit (*familiäre Häufung*) für eine Stotterentwicklung beim Kind besteht. Jedoch muss sie andererseits ihre eigene klinische Einschätzung, nämlich dass das Kind nicht stottert, stets gegenüber den Eltern begründen und vertreten. Ihre Aufgabe als Therapeutin besteht darin, die erhöhte Wahrscheinlichkeit des Stotterns darzulegen, jedoch den Unterschied zwischen Wahrscheinlichkeit und 100-prozentiger Sicherheit oder Gewissheit zu erläutern.

Sollten Eltern jedoch davon überzeugt sein, dass ihr Kind stottert, werden sie wahrscheinlich die Therapeutin so lange wechseln, bis sie jemanden gefunden haben, der ihre Einschätzung teilt. Es scheint daher sinnvoll, auf die Sorgen der Eltern einzugehen und eine kurzfristige Intervention vorwiegend mit dem Aspekt der Beratung und Anleitung der Eltern vorzunehmen.

Die Therapeutin informiert die Betroffenen über das multifaktorielle Bedingungsgefüge und über Risikofaktoren des Stotterns. Eventuell lässt sie die Eltern protokollieren, wann das Sprechen unflüssig und wie stark unflüssig es war. Auch versucht sie, die Eltern von vorhandenen Schuldgefühlen zu entlasten.

Durchgeführt werden eine Beratung bezüglich der Faktoren, die flüssiges Sprechen fördern sowie ein Elterstraining zu Interaktion und kommunikativ förderndem Verhalten. Eventuell erfolgt begleitend eine allgemeine Sprachförderung des Kindes. Vor allem dann, wenn die Eltern erwarten, dass ihr Kind therapiert wird.

Um den Eltern Sicherheit zu vermitteln, werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Entwicklungsbedingte Unflüssigkeiten können unter Umständen dazu führen, dass Eltern sehr besorgt sind.

Je größer die Besorgnis der Eltern ist, desto eher können sich ungünstige Interaktions- und Kommunikationsmuster entwi-

ckeln, welche die Sprachentwicklung und die emotionale Entwicklung des Kindes hemmen. Durch gezielte therapeutische Interventionen wie Elternberatung und Elternt raining kann dieser Entwicklung vorgebeugt oder ihr entgegengewirkt werden. Bei entwicklungsbedingten Unflüssigkeiten informiert die Therapeutin über Unterscheidungskriterien für Entwicklungsunflüssigkeiten und beginnendes Stottern. Es erfolgt ein Interaktionstraining mit Fokus auf die Verstärkung der gelungenen Kommunikationsmuster und auf die Stärkung des Vertrauens der Eltern in ihre eigene Kompetenz. Weiterhin informiert die Therapeutin über allgemein sprachförderndes Verhalten und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Stärken des Kindes in anderen Bereichen.

#### V.2.2.2 Kinder mit beginnendem und manifestem Stottern, deren Eltern besorgt sind

Die Therapieindikation beinhaltet in der Regel eine Kombination aus Arbeit mit dem Kind und seinen Bezugspersonen, wobei der Fokus auf der Arbeit mit dem Kind liegt.

Die Verstärkung des flüssigen Sprechens steht im Mittelpunkt der Betrachtung, indem in der Therapie und zu Hause vielfältige Sprech anlässe an flüssigen Tagen angeboten werden. Auf diese Weise macht das Kind vielfältige Erfahrungen mit einem flüssigen Sprechen, wobei an unflüssigen Tagen Aktivitäten gewählt werden, die weniger der Sprache bedürfen.

Die besorgten Eltern sollen aktiv in den Therapieprozess einbezogen werden und konkrete Aufgaben für die häusliche Beobachtung, Interaktion und Aktivitäten bekommen. Bezugspersonen erhalten Informationen zum multifaktoriellen Bedingungsgefüge und zur Entlastung von Schuldgefühlen. Sie erhalten Informationen zu kritischen Kennzeichen des beginnenden Stotterns und bekommen Beobachtungsaufgaben. Es erfolgt eine Elternberatung und ein Elternt raining zu Interaktion, zu kommunikationsförderndem Verhalten sowie zum Umgang mit dem Stottern. Fokus wird auf Faktoren gelegt, die flüssiges Sprechen im Alltag fördern.

Bei Vorschulkindern erfolgt häufig eine Kombination aus indirekten und direkten Methoden. Mit zunehmendem Alter gewinnen ein direktes Vorgehen und die Veränderung des Stotterns (*Modifikation*) zunehmend an Bedeutung, wodurch das eigene Stottern kontrolliert werden soll.

Motivational macht es wenig Sinn, das Kind zur Therapie zu zwingen oder zu drängen, sondern den Therapiebeginn abzuwarten. Bei manifestem Stottern steht das Arbeiten mit dem betroffenen Kind im Vordergrund, wobei dies je nach Alter des Kindes variiert. In der Therapie wird das Thema Stottern direkt angesprochen und an der Akzeptanz des Stotterns gearbeitet. Bei der Arbeit mit dem betroffenen Kind liegt der Schwerpunkt auf dem Sehen, Hören, Spüren sowie auf dem Übernehmen der Kontrolle des eigenen Stotterns.

In der Arbeit mit den Bezugspersonen liegt der Schwerpunkt im Verstehen lernen, wie es sich anfühlt zu stottern.

### V.2.3 Prognosefaktoren

Besprochen werden allgemeine Daten und Faktoren, die die Prognose eventuell beeinflussen.

#### V.2.3 1 Verlaufsprognose

Die Prognose hinsichtlich einer Spontanremission ist umso wahrscheinlicher, je jünger das betroffene Kind ist.

Während der Anamnese und der Diagnostik wird besonders auf die Faktoren geachtet, die für die Prognose maßgeblich sind.

Nach Sandrieser und Schneider (2001, S.20) kann der Schweregrad der Stottersymptomatik nicht mehr als entscheidend für die Entwicklung eines chronischen Stotterverlaufs angesehen werden.

Nach Häge (2001) müssen hohe linguistische Fähigkeiten als negativer Prognosefaktor angesehen werden.

Demzufolge steigt bei guten Fähigkeiten in diesem Bereich das Risiko für einen chronischen Stotterverlauf.

Als prognostische Kriterien nennt Johannsen (2001b) einen frühen Stotterbeginn, Linkshändigkeit, männliches Geschlecht, ein mehrfaches Auftreten des Stotterns innerhalb der Familie, ein

hohes linguistisches Funktionsniveau, linguistische Überforderung und verbale Interaktionsanforderungen, Leidensdruck und Traumatisierung durch negative Umweltreaktionen, gegebenenfalls sekundäre Verhaltensauffälligkeiten sowie eine eingeschränkte Therapiemotivation.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Remission drastisch ab, sodass nach Fiedler und Standop (1994, S.24) mit acht bis neun Jahren die Chance einer kompletten Rückbildung der Symptomatik minimal wird.

#### V.2.3.2 Therapieprognose

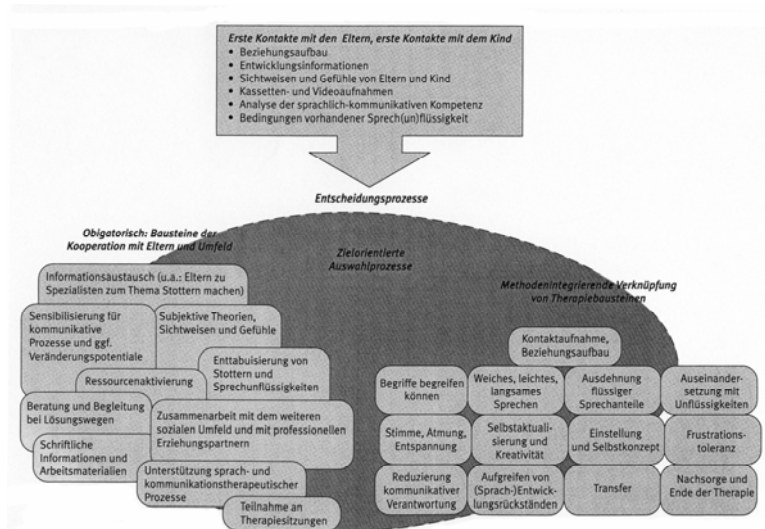
Der Verlauf der Therapie ist maßgeblich von der Motivation und der Kooperation des Kindes sowie seiner Bezugspersonen abhängig. Des Weiteren spielen die Fähigkeit, Erlerntes umzusetzen, die Frustrationstoleranz sowie der Umgang mit Misserfolgen und Rückschlägen eine entscheidende Rolle.

Die Prognose zum Verlauf des Stotterns ist demnach von verschiedenen Faktoren abhängig, bei denen nur ein Teil beeinflussbar ist.

Die ungünstigen, unbeeinflussbaren Prognosefaktoren sind unter Verlaufsprognose aufgelistet.

#### V.2.4 Therapeutische Grundhaltungen gegenüber Kind und Bezugspersonen

Eine therapeutische Grundhaltung schafft die Vertrauensbasis, welche Lernen und Entwicklung erst möglich machen. Die eigentliche Grundhaltung der Therapeutin, ihr Kontakt zu Kind und Bezugspersonen sind in dieser therapeutischen Beziehung ebenso wichtig wie ihre Fachkompetenz und fachliche Umsetzung direkter Methoden.



(Abb. 11: „Mehr-Ebenen-Modell des therapeutischen Handelns“, aus Hansen und Iven (2002, S. 59).)

#### V.2.4.1 Haltung gegenüber dem Kind

Wie zeichnet sich die therapeutische Grundhaltung gegenüber dem Kind aus?

Die Grundhaltung sollte von gegenseitigem Respekt und Verständnis für das stotternde Kind geprägt sein. Indem sich die Therapeutin an Ressourcen des Kindes orientiert, nimmt sie die Stärken und eigenen Lösungsansätze des Kindes wahr. Sie fördert sein kindliches Autonomiestreben, indem sie nichts für das Kind macht, was es selbst bereits machen kann.

Als Therapeutin ist sie dem stotternden Kind stets zugewandt, lobt es, tabuisiert sein Stottern nicht und pflegt einen offenen Umgang mit dem Thema.

Wo es nötig erscheint, werden transparente und klare Grenzen gesetzt. Stets wird versucht, eine Balance zwischen partnerschaftlichem Verhalten und der Führungsrolle in der Therapie zu schaffen.

In der Rolle als Therapeutin achtet sie darauf, dass jede Übung mehr Erfolg als Misserfolg bietet. Bei Bedarf senkt sie die Sprechanforderungen und reduziert die Komplexität des Sprachangebotes.



#### V.2.4.2 Haltung gegenüber den Bezugspersonen

Die therapeutische Haltung gegenüber den Eltern entspricht den therapeutischen Einstellungen nach Rogers (1994). Seine Einstellungen umfassen Begriffe wie Echtheit der Therapeutin, positive Wertschätzung und bedingungsloses Akzeptieren (*in Form nonverbaler Kommunikation*) sowie ein präzises, einfühlsames Verstehen beziehungsweise Empathie auf Seiten der Therapeutin. Kombiniert werden diese Einstellungen nach Rogers mit dem lösungsorientierten Ansatz.

Der lösungsorientierte Ansatz nach De Shazer (1997) impliziert, dass die Betroffenen bereits über eigene Lösungen und über das Potenzial, diese umzusetzen, verfügen.

Dieser Ansatz bietet damit die Möglichkeit, vorhandene Ressourcen des Kindes und seiner Familie zu stärken.

Von besonderem Vorteil ist, dass die Betroffenen das Vorgehen mitbestimmen und mitsteuern dürfen, was zu einer maßgeblichen Motivation zur Kooperation und Umsetzung im Alltag beiträgt.

In Bezug auf die Betroffenen wird versucht, Vertrauen in ihre eigene Lösungskompetenz und Lösungsverantwortung zu entwickeln.

Besonders betont werden die eigenen Ressourcen und Lösungen der Betroffenen. Droht Konkurrenzverhalten zwischen Eltern und Therapeutin, ist ein besonderes Einfühlungsvermögen in Form eines einfühlsamen Stärkens der Eltern kombiniert mit der Förderung ihrer Kompetenz in Bezug auf das Stottern ihres Kindes nötig.

#### Wie kommt es zu diesem Konkurrenzverhalten?

Erleben Mütter beispielsweise, dass ihr Kind in der Therapie weniger stottert als zuhause, fühlen sich Mütter gekränkt, weil sie glauben, in ihrer erzieherischen Aufgabe versagt zu haben. Gelingt es der Therapeutin zu vermitteln, dass es ihr darum geht, unterstützend zu wirken, so kann dies die anfängliche Kränkung ins Positive wenden und konstruktiv werden.

### V.3 Umgang mit dem Stottern in der Therapie

Für eine erfolgreiche Therapie ist die Akzeptanz des Stotterns durch die Therapeutin unabdingbare Grundvoraussetzung. Diese Akzeptanz drückt sich in nonverbalen Verhaltensweisen und in der Art des Thematisierens des Stotterns aus.

#### V.3.1 Akzeptanz des Stotterns durch die Therapeutin

Damit das stotternde Kind und seine Bezugspersonen eine Akzeptanz gegenüber dem Stottern lernen und entwickeln können, ist es von maßgeblicher Bedeutung, dass die Therapeutin eine eigene Haltung gegenüber dem Stottern einnimmt.

Akzeptanz drückt sich in vielfältiger Weise aus, beispielsweise darin, dass Stottern in der Therapiestunde erlaubt ist und deshalb nicht vermieden werden soll.

Aber auch natürlicher und spielerischer Umgang mit dem Stottern fördert die Akzeptanz bei den Betroffenen. Akzeptanz kommt in nonverbalen Signalen und in Gesprächen zum Ausdruck, wobei den nonverbalen Signalen eine größere Bedeutung zuteil wird.

Den größten Einfluss auf die Kommunikation übt demzufolge die Körpersprache mit 55 Prozent aus, gefolgt von der Stimmqualität mit 38 Prozent als weitere Basis der Eindrucksbildung und der Information, die in Text und Inhalt transportiert wird.

Die Körpersprache vermittelt stets die Informationen, die den Eindruck und das Empfinden bestimmen. Demzufolge wird sich bei widersprüchlichen Aussagen und Signalen stets an der Körpersprache orientiert. Die Schwierigkeit die Körpersprache zu kontrollieren, zeigt, wie eng sie an die eigenen Gefühle gekoppelt ist und damit die innere Haltung in Bewegungen zum Ausdruck bringt. Die Akzeptanz des Stotterns durch die Therapeutin beeinflusst die körpersprachlichen Signale der Therapeutin, wobei Kind und Bezugspersonen diese körpersprachlichen Signale direkt registrieren.

### **V.3.2 Flüssigere Perioden**

Die Akzeptanz der Therapeutin gegenüber dem kindlichen Stottern gilt als notwendige Voraussetzung für den Erfolg der Therapie.

Überhöhte Anforderungen sollten in der Therapiestunde vermieden werden, um keine größeren Unflüssigkeiten am Ende der Stunde hervorzurufen.

Die Therapeutin sollte bei Bedarf die Sprechanforderungen senken, um die Therapiestunde ruhig und mit Hilfe eines Spiels ohne zwingende Sprechanlässe und mit wenigen kindlichen Sprechanteilen ausklingen zu lassen.

An unflüssigen Tagen wird die Therapeutin eher Aktivitäten anbieten, bei denen die nonverbale Kommunikation und das gemeinsame Erleben sowie die Freude am Spiel im Vordergrund stehen. An flüssigen Tagen hingegen ist die Therapeutin um ausreichende Sprachanlässe bemüht, damit das Kind flüssige Phasen intensiv erleben kann.

## **V.4 Förderung mit Therapiebausteinen**

### **V.4.1 Die Therapiebausteine**

Verschiedene Bausteine kommen in der Therapie mit dem Kind zum Einsatz, wobei die Kombination und die Reihenfolge der Bausteine abhängig sind von der individuellen Diagnose und dem Bedingungsgefüge des jeweiligen Kindes. Sie müssen während der Therapie ständig aktualisiert werden.

Die Bausteine können jedoch für sich genommen in beliebiger Reihenfolge zusammengestellt und indirekte mit direkten Methoden kombiniert werden.

### **V.4.2 Atemtherapie und Tonusregulation**

Nach Fiedler und Standop (1994) sind Auffälligkeiten der Atmung und des Tonus so genannte Folgen des Stotterns.

Der Atmung und des Tonus sollte in der Therapie ein angemessener, geringer Stellenwert zuerkannt werden, um Fehlhaltung-

gen zu verhindern, das Körpergefühl und die Körperwahrnehmung zu verbessern.

Warum spielen Atemtherapie und Tonusregulation nur eine untergeordnete Rolle? In den meisten Fällen kindlichen Stotterns treten entweder keine oder nur geringfügige Auffälligkeiten im Bereich der Sprache auf, wobei sich meist das Atemmuster nur während der Blockierung ändert. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines unphysiologischen Atemmusters und körperlicher Verspannungen steigt hingegen, wenn die Ausprägung der Symptomatik und des Störungsbewusstseins zunehmen, was eine Behandlung dieser Auffälligkeiten notwendig werden lässt. Die Umsetzung von Übungen zu Atmung und Tonusregulation sollte nach Ochsenkühn und Thiel (2005) immer beiläufig, indirekt und spielerisch durchgeführt werden, wobei konkrete Atemübungen einer gewissen Reife und der Fähigkeit zur Selbstreflexion bedürfen.

Warum ist eine indirekte Umsetzung der Atemtherapie so wesentlich? Bei Kindern und Jugendlichen besteht die Gefahr einer vermehrten Anspannung und verschlechternden Atemfunktion, wenn den Atemübungen direkte Aufmerksamkeit zukommt. Indirekt wird die Atemtechnik durch Bewegungsspiele gefördert, um die Atemtechnik anzuregen und zu vertiefen. Beispielsweise lassen sich mit Lautmalereien (*Wind, Geister, Wasser, Tierstimmen*) der stimmliche Ausdruck und die orale Luftstromlenkung fördern und mit Puste- und Hauchspielen die Zwerchfelltätigkeit verbessern. Diese Übungen fördern auf die Atemtechnik, da Atmung, Bewegung und Tonus einander gegenseitig beeinflussen. Entsprechende Übungen zeigt die Therapeutin als alternative Verhaltensweisen, die vom Kind ausprobiert werden können. Auch bei der Atemwahrnehmung dient die Therapeutin dem Kind als Vorbild, wobei sie das Kind zum Strecken, Seufzen und zur entspannten Stimmgebung anregt.

Verschieden schwere Gegenstände wie ein Luftballon oder ein Reissäckchen werden in der Ruhephase auf den Bauch des Kindes gelegt, damit es die Bewegung seines Bauches aufmerksam verfolgen und seinen Atem fühlen lernt.

Körperhaltung, Tonus und Gleichgewicht werden geschult, indem beispielsweise auf Seilen und Balancetellern balanciert wird.

Ergänzt werden diese Übungen durch isolierte An- und Entspannungsübungen der Muskeln mithilfe der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen. Hervorragend eignet sich hierfür die Vorstellung des Auspressens einer imaginären Zitrone.

#### **V.4.3 Körpersprache und rhythmisch-melodischer Ausdruck**

Wesentliche nonverbale Elemente des Gefühlsausdrucks können dem Kind durch erhöhte psychische und physische Anspannung genommen sein, so dass der mimische, gestische und stimmliche Ausdruck oft reduziert ist und die Kommunikationsfähigkeit des Kindes enorm eingeschränkt wird.

Neben diesen nonverbalen Kommunikationstechniken können zudem Blickkontakt und Sprechtempo verändert sein. Spiele und Übungen aus der Psychomotorik, Gestalttherapie und Stimmtherapie arbeiten an der Verbesserung von Blickkontakt, stimmlichem Ausdruck, Mimik, Gestik und Sprechtempo.

##### **V.4.3.1 Blickkontakt und Turn-Talking**

Blickkontakt verbessert sich nicht immer parallel zum verbesserten Selbstbewusstsein, sondern sollte durch Zuwendung und eine erhöhte Aufmerksamkeit positiv verstärkt werden.

Mit Hilfe von Spielregeln können Turn-Talking-Regeln erfahrbar gemacht werden. Nach Ochsenkühn und Thiel entsteht durch ein abwechselndes Gestalten ein gemeinsames Ganzes, beispielsweise durch das abwechselnde Bauen an einem gemeinsamen Turm. Anhand von Videoaufnahmen können zusammen mit größeren Kindern auffälliges Gesprächsverhalten und eingeschränkter Blickkontakt zunächst an fremden Ausschnitten geübt werden, um die Wahrnehmung dafür zu schulen und später am eigenen Kommunikationsverhalten anzuwenden.

Nützlich sind hierbei besonders Fragen wie beispielsweise »*Wer spricht am meisten?*« und »*Wer hat guten Blickkontakt,*

wer nicht?«. Auch mögliche Emotionen der einzelnen Teilnehmer können besprochen und analysiert werden.

#### V.4.3.2 Rhythmisch-melodischer Ausdruck

Hilfreich sind Nonsens-Dialoge wie beispielsweise beim Sprechen einer Fantasiegeschichte, bei der das Kind nicht mehr an den Inhalt gebunden ist und sich alleine auf Stimmführung, Lautstärke und Sprechtempo konzentrieren, damit Gefühle zum Ausdruck bringen und auf Äußerungen des Kommunikationspartners reagieren kann.

Auch können Klatsch- und Kinderreime beim Hüpfen auf einem Trampolin oder rhythmisch zu Trommelschlägen gesprochen werden. Ein Gefühl für die Stimmlage entwickelt das Kind im Spiel »*Stimmacherbahn*«, bei dem das Kind mit einem Stift auf einem Blatt Papier der Stimmführung der Therapeutin folgt.

Die Linie führt nach oben, wenn der Therapeutin nach oben steigt und umgekehrt, wobei ein Rollentausch erwünscht ist.

Beim Sprechen durch ein Instrument wie beispielsweise der Mundharmonika müssen die Artikulationsbewegungen übertrieben ausgeführt werden, um die Verständlichkeit der Wörter zu erhöhen. Bei dieser Übung konzentriert sich das Kind auf den Rhythmus und die Betonung der Wörter.

Mit der Stimme in der Indifferenzlage und der Artikulation wird beim kauen experimentiert, indem auf die Silben »*mnjam*« und »*mnjom*« spielerisch mit lebhaften Bewegungen von Zunge, Wangen und Lippen gekaut wird.

#### V.4.3.3 Körpersprache

Der nonverbale Ausdruck, die Kreativität des Kindes und der kindliche Wortschatz werden durch Pantomimespiele gefördert. Zuvor müssen Kinder vorsichtig und behutsam an diese Spiele herangeführt werden, um ihre Angst zu überwinden.

Ist die eigene Hemmschwelle überwunden, können Kinder sich auf ein Experimentieren mit dem Ausdruck einlassen. Bei Ratespielen werden Begriffe auf unterschiedliche Weise dargeboten und gesammelt. Sie werden entweder schriftlich oder mündlich

gemeinsam gesammelt oder von der Therapeutin in Form von Bild- und Schriftkarten vorbereitet.

In der Förderung der Körpersprache kommen zudem Übungen und Spielideen wie »Tiererraten« und »Beruferraten« zum Einsatz.

Auch Äußerungen können von Kindern erraten werden, indem kindgemäße Redewendungen wie »eine Suppe auslöffeln« und »sich wie ein Elefant im Porzellanladen benehmen« auf ein Kärtchen geschrieben, verdeckt gezogen und dargestellt werden. Ganze Phrasen oder Sätze sollten pantomimisch konkret darzustellen sein wie beispielsweise »ich fürchte mich vor großen Hunden«.

#### V.4.3.4 Sprechtempo

Während der Rede stotternder Kinder kommt es häufig zu unregelmäßigen Reduzierungen und Beschleunigungen des Sprechtempos. Bei Übungen zum Sprechtempo werden taktil-kinästhetische Wahrnehmungsabläufe von grob- und artikulationsmotorischen Abläufen gefördert.

Beim Lippenlesen als weitere Übungseinheit muss der Sprecher Artikulationsbewegungen präzise und langsam ausführen, was einer Verlangsamung des Sprechtempos, aber auch einer Verbesserung der Propriozeption (*Tiefensensibilität*) dient.

Zu einer Verbesserung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung und zu einer deutlichen Verringerung des Sprechtempos kommt es durch die Konzentration auf Bewegungsabläufe und auf Lautübergänge. Beides, die taktil-kinästhetische Wahrnehmung und die Verringerung des Sprechtempos, wirken sich positiv auf den Sprechfluss aus.

Das »Fingersprechen« (*während des Sprechens wird der Zeigefinger zwischen die Schneidezähne gelegt*) ermöglicht das Spüren von Artikulationsvorgängen. Mit Hilfe des Daumens und Zeigefingers (*während des Sprechens liegen sie zwischen den Schneidezähnen*) werden Lippenschluss und Lippenöffnung dargestellt.

Da hierbei der Lippenschluss und die Lippenöffnung wahrgenommen werden soll, sollten entsprechend die zu analysieren-

den Wörter bilabiale Laute enthalten wie Baum, Pumpe, Film, Helm.

#### V.4.4 Modifikation des Stotterns und Modeling

In der Vergangenheit wurde bei jüngeren Kindern die direkte Arbeit an den Symptomen vermieden, aus Angst vor negativen Entwicklungen.

Heutzutage wird dem Kind hingegen ermöglicht, durch individuell angepasste Hilfestellungen sein Stottern schrittweise zu kontrollieren. Es wird sich dabei gestützt auf Erfahrungen, die belegen, dass eine Zunahme des Kontrollgefühls zu einer wesentlichen Stärkung des Selbstwertgefühls und der Sprechflüssigkeit führt.

Abhängig von Alter und Störungsbewusstsein werden die angestrebten Veränderungen über verschiedene Methoden und Übungssettings verwirklicht. Jüngere Kinder lernen hierbei über die Erfahrung, dass Blockaden variierbar und kontrollierbar sind. Diesen Kindern gelingt es, spontane Veränderungen im Redefluss hervorzurufen.

Durch das modellierende Sprechverhalten der Therapeutin wird dem Kind die angestrebte Sprechweise näher gebracht. Reichen diese Methoden nicht aus, wird behutsam zur direkten Therapie gewechselt.

Modifikation und Modeling setzen an der Veränderung der kindlichen Sprechweise an, um ein entspannteres Stottern zu erreichen.

In der Phase der Modifikation können klonische Wiederholungen, die Dauer von Dehnungen, Mitbewegungen und negative Einstellungen bearbeitet werden.

Das Modeling ist besonders für kleine Kinder geeignet und unterliegt dem Prinzip des *corrective feedback* nach Wyatt (1973).

##### V.4.4.1 Modifikation

Bei Kindern genügt oft die alleinige Veränderung der Sprechweise. Gegebenenfalls müssen auch eingefahrene Verhaltens- und Denkmuster bearbeitet werden, je länger die Störung be-



reits besteht und je mehr sich das Kind mit unangemessenen Einstellungen selbst blockiert.

Zu den möglichen Arbeitsbereichen in der Modifikationstherapie zählen das Erlernen der Nachbesserung und das Erlernen des Pullout, die Reduzierung der Länge der Wiederholungen und die Veränderung von Dehnungen, der Abbau von Mitbewegungen sowie die Bearbeitung negativer Einstellungen.

Eng verknüpft ist die Modifikation mit den Therapiebausteinen *Emotionaler Ausdruck* und *Kreatives Gestalten*.

Abhängig von der individuellen Schwerpunktsetzung werden die Inhalte der Übungen zum Training der sprachlichen Kompetenz und der Verbesserung des nichtsprachlichen Ausdrucks kombiniert. Alle Aufgaben zur Modifikation werden möglichst schnell in den Kontext natürlicher Gesprächssituationen eingebaut, was einen Transfer erfolgreich macht.

Sinnvolle Copingstrategien werden positiv verstärkt und es kommt zum Einsatz erfolgreicher Strategien (*wie der Einsatz von Füllwörtern und von Mitbewegungen*).

#### Was wird unter dem Erlernen der Nachbesserung verstanden?

Mit der Methode der Nachbesserung lernt das Kind, das eigene Stottern in eine leichtere Form zu übertragen. Nach Beendigung der Blockade soll das Kind nach einer kleinen Pause den produzierten Block in einer leichter gestotterten Form wiederholen.

Diese Auszeit unterbindet nach van Ripers Ansicht (1986, S.127f.) die positive Verstärkung des Stotterns. Der Sprecher muss sich nach van Ripers Meinung weiterhin mit seiner Blockade beschäftigen, bevor es sich dem Inhalt des Gesagten widmen darf.

Kind: *Wwwwwenn – (Pause) wewewenn ich raus gehe, kann – Kkkkkann ich mit meinen Freunden spielen.*

Das entspanntere, flüssigere Sprechmuster wird dem ursprünglichen Stottern gegenüber erfahrbar gemacht. Dieses Sprechmuster als Alternative flüssigen Stotterns wird unmittelbar erfahrbar, indem die zuletzt geäußerte, flüssigere Form des Wor-

tes gespeichert wird. Ziel dieser Methode ist ein möglichst anstrengungsfreies Stottern.

Damit das Kind seine eigenen Wiederholungen als Nachbesserungen überhaupt erfahren kann, sollte es bereits dazu in der Lage sein, unterschiedliche Formen des Stotterns zu identifizieren und verschiedene Schweregrade zu differenzieren. Das Einhalten der Pause vor dem Weitersprechen ist die größte Anforderung bei der Anwendung der Methode des Nachsprechens.

### Was bedeutet das Erlernen des Pullout?

Die Methode der Nachbesserung gilt als Voraussetzung für die Pullout-Methode (*Befreiungstechnik*). Mit Hilfe der Nachbesserung hat das Kind gelernt, sein Stottern in eine leichtere Form zu verwandeln.

Mit Hilfe der Methode des Pullouts soll das Kind nun versuchen, sein Stottern während des Stottervorgangs zu verändern. Die Methode eignet sich zur Anwendung bei schweren Blockaden. Dell (1996, S.71f.) veranschaulicht anhand eines Spiels die Funktionsweise des Pullouts. Während die Therapeutin schwer stottert, ballt das Kind eine Hand zur Faust und löst die Spannung langsam wieder.

Währenddessen nimmt die Therapeutin parallel ebenfalls die Spannung synchron zur Bewegung des Kindes zurück. Sie nimmt die Spannung solange zurück bis sie das Wort entspannt stotternd aussprechen kann. Diese Befreiungstechnik wird über die verschiedenen sprachlichen Anforderungsebenen eingeübt und in das reale Sprechen übertragen. Die Technik verfolgt das Ziel, dass die betroffenen Kinder die Kontrollierbarkeit der Symptome erfahren. Aus diesem Grund wird die Befreiungstechnik solange wiederholt, bis das Kind die Kontrolle über sein Stottern gewinnt.

Die Einführung in die Übung des Pullouts erfolgt über das Pseudostottern, da hierdurch eine bessere Kontrollierbarkeit ermöglicht wird. Die Technik wird zunächst am Pseudostottern geübt und später an echten Blockaden angewandt.

Schwierigkeiten beim Erlernen des Pullouts zeigen sich in automatisch einsetzenden Mitbewegungen beispielsweise des Kopfes, um den Pullout leichter anzuwenden. Mitbewegungen erleichtern zwar die Umsetzung des Pullouts, lassen sich jedoch relativ schwer wieder abbauen.

### Wie erfolgt die Umsetzung der Pullout-Technik in die spontane Sprache?

Die Technik wird über die Sprechleistungsstufen Lesen, gelenkte Rede und in einem gemeinsamen Gespräch mit der Therapeutin eingeübt. Hilfestellungen werden systematisch reduziert und Selbstkontrollstrategien wie die Kontrolle über Audioaufnahmen erlernt. Die Anwendung des Pullouts wird an bestimmte Routinen wie bestimmte Personen oder Situationen im Tagesablauf gekoppelt.

Die Technik wird ebenfalls unter der Wirkung von Stressoren angewendet und im Rollenspiel beispielsweise mit der Therapeutin oder den Eltern eingesetzt. In der Gruppentherapie werden alltagsnahe Situationen erzeugt und die Eltern miteinbezogen. Bei jüngeren Kindern gelingt der Transfer des Pullouts in das spontane Sprechen meist ohne Schwierigkeiten.

### Was ist mit der Reduzierung der Länge der Wiederholungen gemeint?

Bei ausgeprägten klonischen Wiederholungen wird schrittweise versucht, die Zahl der Wiederholungen zu verringern.

Zunächst wird die Wahrnehmung des Kindes für klonische Wahrnehmungen geschult. Das Kind wird ermutigt, klonische Pseudoblocks zu produzieren und zu zählen. Anschließend soll das Kind die Zahl der Wiederholungen variieren, nachdem die Therapeutin die veränderte Anzahl, Geschwindigkeit oder Lautstärke vorgegeben hat.

Die Anforderung an das Kind wird gesteigert, indem es nach echten klonischen Blockaden gestoppt wird, um die Blockierungen mit einer geringeren Anzahl an Wiederholungen erneut zu produzieren.

Wesentlich ist hierbei, dass der Schritt mit jüngeren Kindern nur selten durchgeführt wird, um ein Störungsbewusstsein beim Kind nicht unnötig zu erzeugen oder zu verstärken.

#### Wie sieht die Veränderung von Dehnungen aus?

Dell (1996, S.58f.) schlägt vor, die Dauer der Dehnungen in der folgenden Vorgehensweise zu reduzieren. Die Therapeutin nähert ihre Zeigefinger zur Veranschaulichung während der von ihr produzierten Dehnung einander an.

Treffen sich die Finger, wird die Prolongation beendet und das Wort zu Ende gesprochen. Sinnvoll ist diese Form der Dehnungsveränderung, weil das Kind nun in der Lage ist, die Dauer seiner Dehnungen selbst zu steuern, indem die Annäherung seiner Zeigefinger die Funktion des Zeitgebers übernehmen. Werden die Rollen getauscht, steuert die Therapeutin die Dauer der kindlichen Dehnungen.

#### Wie werden Mitbewegungen abgebaut?

Mit zunehmendem Kontrollgefühl bilden sich Mitbewegungen (*Parakinesen*) zurück.

Bei Jugendlichen werden auffällige Mitbewegungen durch die Schulung der Eigenwahrnehmung, durch die Besprechung von Videoaufzeichnungen und mithilfe von Feedbacks der Therapeutin und des Umfeldes bearbeitet und reduziert. Auf die direkte Arbeit an den Mitbewegungen sollte bei Vorschulkindern aufgrund des konfrontativen Vorgehens verzichtet werden.

#### Wie werden negative Einstellungen bearbeitet?

Bei den Kindern ist es meist notwendig, neben der Modifizierung der Sprechweise auch innere Einstellungen und Haltungen mit dem Kind zu überdenken und zu bearbeiten.

Bei älteren Kindern entstehen durch die Veränderung des Selbstkonzepts viele Einstellungsänderungen. Die Veränderung des Selbstkonzepts wird bedingt aus Folgen vielfältiger Erfahrungen in der Therapie. Ein Überdenken innerer Einstellungen und Haltungen geschieht kontinuierlich, indem sich Kinder mit

Hilfe von Reflexionen mit ihren eigenen Erwartungen auseinanderzusetzen und darüber hinaus prüfen, wie realistisch diese Erwartungen eigentlich sind.

Mögliche Ansätze zu Gesprächen über innere Einstellungen bieten Fragen und Aufgaben der folgenden Art: *Was wäre anders, wenn du nicht stottern würdest? Wie würdest du die Situation bewältigen, wenn du nicht stottern würdest? Jemand der stottert ist... Jemand der nicht stottert ist... .*

#### V.4.4.2 Modeling – Modifikation für kleine Kinder

Modeling entspricht dem Prinzip des *corrective Feedback* nach Wyatt (1973), bei dem die Therapeutin durch ihr Sprechverhalten das Kind zur Imitation anregt. Durch die Therapeutin werden während der Therapie des frühen kindlichen Stotterns im Vergleich zum Kind anstrengungsfreiere Blockaden produziert. Diese anstrengungsfreieren Blockaden stellen ein alternatives Sprechmodell dar, welches die Therapeutin dem Kind anbietet, ohne dieses Modell explizit als hilfreichere Sprechweise einzuführen.

Dem Kind ermöglicht das modellierende Sprechverhalten der Therapeutin, seine Sprechweise Schritt für Schritt zu verändern, die Symptomatik zu reduzieren und in flüssiges Sprechen zu übertragen.

Ochsenkühn und Thiel (2005) führen für das modellierende Sprechverhalten ein anschauliches Beispiel an.

Kind: *Mein Aaaaauto ist das allerschnellste!*

Therapeutin: *Ja, dein Au au auto ist ein richtiger Flitzer.*

Die Häufigkeit des Modelings ist abhängig von den Reaktionen des Kindes. Für die Häufigkeit des Modelings wird das Kind sensibilisiert, indem ein behutsamer Einstieg des Modelings mit einer langsamen Steigerung in der Häufigkeit erfolgt.

Imitiert das Kind mit Hilfe leichterer Blockaden die Intervention der Therapeutin, sollte das Kind sofort nonverbal positiv verstärkt werden.

Bleibt die Wirkung auf das Sprechverhalten trotz Modeling aus und bringen auch andere indirekte Interventionen keine Verbesserung, so gelingt eine direktere Gestaltung der Therapie mithilfe der Übung *Ups*.

Therapeutin: *Ich habe gestern ein Illeckeres Eis gegessen. Ups! Jetzt bin ich aber hängen geblieben, hast du das eben bemerkt?*

Ziel dieser Übung ist es, dass das Kind durch die Intervention der Therapeutin zu einem entspannteren Umgang mit den eigenen Blockierungen findet. Die Therapeutin versucht, das Interesse des Kindes an den Vorgängen beim Stottern zu wecken. Die Therapeutin als gelassenes und entspanntes Vorbild verhilft dem Kind zu einem entspannteren Umgang mit dem Stottern und dabei, Berührungängste zu reduzieren. Zunächst produziert die Therapeutin sporadisch Blockaden, welche qualitativ leichter und spannungsärmer sind als die des Kindes.

Sie lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes auf diese sporadischen Blockaden. Kindliche Reaktionen auf diese Unflüssigkeiten variieren von Erstaunen, Ärger, Belustigung zu Desinteresse. Ein vorsichtiger Einstieg in ein Gespräch über das Stottern gelingt mit Hilfe der positiven beziehungsweise negativen Äußerungen des Kindes über die ungewohnte Sprechweise der Therapeutin.

Bereits im Vorschulalter kann diese Übung zu einer direkten Behandlung eingesetzt werden. Kindliche Reaktionen müssen jedoch sorgfältig beobachtet werden, um bei einer eventuellen Überforderung eingreifen zu können.

## V.5 (Sprachheil-)pädagogisch-therapeutische Beratung

### V.5.1 Beratungsaspekte

Die therapeutische Beratung umfasst drei Ebenen: die eigentliche Beratung, die Information über das Stottern und das Training mit den Eltern.

Beratende Elemente bemühen sich um eine Entlastung von Schuldgefühlen, um eine Akzeptanz des Stotterns und eine positivere Einstellung gegenüber dem stotternden Kind. Ergänzt wird die eingehende Beratung durch spezifische Informationen über Stottersymptomatiken und entsprechende beeinflussende Faktoren. In einem nächsten Schritt, bei dem es um die Arbeit mit den Eltern geht, werden Eltern in einem pragmatischen Training zum praktischen Umgang mit dem Stottern angeleitet. Ziel dieses Trainings ist eine allgemeine Entspannung der Alltagskommunikation und der Förderung des flüssigen Sprechens.

Alle drei formalen Ebenen sollten idealerweise in der praktischen Arbeit ineinander greifen. Nach Ochsenkühn und Thiel (2005, S.180) sollten Ziele und Hierarchien mit den Eltern gemeinsam festgelegt werden. Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen der Eltern und der Therapeutin sollten in einem offenen Dialog dargelegt werden, der die Basis für ein konstruktives Erarbeiten eines gemeinsam getragenen Therapieplanes darstellt.

#### **V.5.2 Information zum Stottern und zu beeinflussenden Faktoren**

Diese Informationen beziehen sich in erster Linie auf basale Kriterien bei der Unterscheidung von Entwicklungs-unflüssigkeiten und dem Stottern. Die Frage nach den Ursachen interessiert die Bezugspersonen neben der eigentlichen Prognose.

Die Therapeutin sollte anhand der gegebenen Informationen Aufschluss über das weitere Vorgehen geben.

##### **V.5.2.1 Auseinandersetzung mit Diagnose und Prognose**

Trotz der hohen Spontanremissionsrate sollte den Eltern eines stotternden Vorschulkindes zu einer fachkompetenten Untersuchung und nicht wie früher zum Abwarten geraten werden. Über die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission sollten Eltern aufgeklärt werden.

Bei der Auseinandersetzung von Diagnose und Prognose sollte der individuelle Befund mit der Prognose anhand einer allge-

meinen Unterscheidung von physiologischen Unflüssigkeiten und Stottern eingeordnet werden. Gegenüber Bezugspersonen sollten die deutlichsten Unterscheidungskriterien im Mittelpunkt stehen und daher auf Hinweise eines teilweise fließenden Übergangs verzichtet werden.

#### V.5.2.2 Über das Stottern sprechen

Wesentlich ist für das stotternde Kind, dass sein Stottern nicht negativ kommentiert wird und Eltern vermehrt darauf achten, was ihr Kind äußert. Das *Wie* des Sprechens beziehungsweise wie dem Kind das Sprechen gelingt, ist hierbei nur sekundär.

Ziel der gemeinsamen Arbeit mit Eltern, Kind und Therapeutin ist ein Erreichen günstiger Alternativen in der besonderen Situation des Kindes. Eltern sind nur dann in der Lage, mit ihrem Kind in natürlicher und unbefangener Weise über das Stottern zu sprechen, wenn sie das Stottern ihres Kindes selbst akzeptieren lernen. Gemeinsam mit der Therapeutin arbeiten Eltern daran, wie sie mit dem Kind am geeignetsten über sein Stottern sprechen können.

Was sollte zudem unbedingt beachtet werden, wenn mit dem betroffenen Kind über sein Stottern gesprochen wird? Es bedarf zunächst eines gewissen Feingefühls der Therapeutin, mit dem Kind über sein Stottern zu sprechen. Zu Beginn sollte dieses Thema gegenüber dem Kind eher nur beiläufig Erwähnung finden, wobei von Therapeutenseite darauf zu achten ist, falls das Kind Abwehrreaktionen zeigt, das Thema zurückzuziehen und es in späteren Therapiestunden nachmals zu probieren.

Für den Begriff Stottern sollte gegenüber dem Kind keine Ersatzbezeichnung mit der Begründung eingeführt werden, es schonen zu wollen.

Das betroffene Kind wurde bereits in der Vergangenheit mit dem Begriff und seiner Bedeutung konfrontiert. Konkretere und geeignetere Begriffe sind beispielsweise Hängenbleiben, Stolpern, Steckenbleiben, weil sie als sachliche Beschreibungen keine abwertenden Konnotationen enthalten.



### V.5.3 Allgemeine Förderung des flüssigen Sprechens

Aufgezeigt werden sollen konkrete Einflussmöglichkeiten und Handlungsalternativen. Faktoren für flüssiges Sprechen lassen sich in verschiedenen Bereichen finden (*Abb. 8.2 in: Ochsenkühn und Thiel 2005, S.187*).

Zu diesen Bereichen zählen das soziale Umfeld, das Leistungsverhalten, die Wahrnehmung und Bewegung, die Sprechfertigkeiten des Kindes, seine Persönlichkeit und Identität sowie das Kommunikationsverhalten.

Flüssiges Sprechen kann auf diesen Ebenen unterstützt werden. Die Förderung der Sprache und des Sprechens ist eingebettet in die Förderung der sozialen, emotionalen und motorischen Kompetenz, sowie in die Wahrnehmungsentwicklung des Kindes. Positiv wirken sich im sozialen Umfeld fördernde und annehmende Bezugspersonen, der Umgang mit Gefühlen und Konflikten wie auch hilfreiche Grenzen aus. Grenzen, die verlässlich sind, jedoch mit den Fähigkeiten des Kindes wachsen.

Um flüssiges Sprechen zu fördern, sollte die Leistungsbereitschaft dem Entwicklungsalter und den Fertigkeiten angemessen sein. Auch die vom Kind selbst gestellten sowie die von außen kommenden Anforderungen sollen angemessen sein, um das Kind nicht zu überfordern.

Für flüssiges Sprechen sind eine gute Wahrnehmung und die Verarbeitung aller Sinneseindrücke unabdingbar.

Des Weiteren sollte das Kind über ein sicheres Gleichgewicht, über eine gute Koordination von Bewegungen, einen ausgewogenen Körpertonus und über eine gut entwickelte Grob- und Feinmotorik verfügen. Ein ausreichender Wortschatz, eine weitgehend korrekte Artikulation der Laute und eine korrekte Anwendung der Grammatik, eine Anpassung des Sprechtempos und der Sprechmelodie, eine regelmäßige Atmung und Stimmgebung, sowie die Regulierung der eigenen Lautstärke sind für ein flüssiges Sprechen notwendige Voraussetzung.

Auch die Persönlichkeit ist ein wesentlicher Faktor, denn das Kind sollte über eine stabile Persönlichkeit und über ein eigenes Identitätsbewusstsein verfügen.

Diese Entwicklungsschritte zeigen sich in einer gelungenen Ablösung von den Eltern, damit sich das als selbstständig begreifen kann.

Nützlich sind ein ausreichendes Durchsetzungsvermögen, altersentsprechende Selbstständigkeit und Selbstvertrauen, emotionale und soziale Kompetenz. Ein günstiges Kommunikationsverhalten zeichnet sich durch einen regelmäßigen Blickkontakt und durch einen guten körpersprachlichen Ausdruck in Form von Mimik und Gestik aus.

Flüssiges Sprechen kann nur erzielt werden, wenn bei dem Kind eine entsprechende Sprech- und Kontaktfreude vorhanden ist und das Kind im Umgang mit Sprache und Sprechen gerne experimentiert.

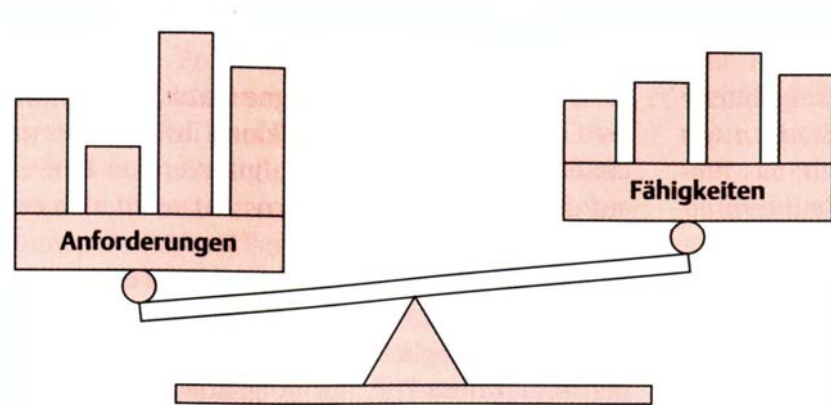
Bezugnehmend auf das Anforderungs- und Kapazitätenmodell basiert sozialer Stress auf zu hohen Anforderungen durch die Umwelt und zu geringen Kapazitäten des Kindes. Soziale Anforderungen können demnach zu einer Überforderung des Kindes beitragen, wenn es diesen noch nicht gewachsen ist.

Beeinflussende Stressoren im Alltag können flüssige Sprechunflüssigkeiten reduzieren und sich somit auf die Kommunikation erschwerend auswirken (*näheres hierzu unter »Psychologische Perspektive und psychosoziale Entwicklung«*).

#### **V.5.4 Sprachliches Kommunikationsverhalten**

Bezugspersonen sind in der Lage, durch die Art ihrer sprachlichen Kommunikation, das flüssige Sprechen ihres Kindes zu fördern und ihm den Druck zu nehmen.

Werden die Anforderungen an das Kind gesenkt, lassen sich indirekt die Fähigkeiten des Kindes im Sinne des Anforderungs- und Kapazitätenmodells stärken.



(Abb. 12: „Modell von Anforderungen und Fähigkeiten“ (aus: Sandrieser/Schneider 2004, S.55), zit. nach Starkweather and Gottwald (1990).)

Probleme können entstehen, wenn das Niveau des elterlichen Sprachangebotes nicht dem des Kindes entspricht, ebenso können Anforderungen der Eltern das kindliche Sprachniveau und sein Sprechausmaß eigener Fähigkeiten übersteigen.

Nach Adams (1990, S.136) bricht die Sprechflüssigkeit zusammen, wenn die Anforderungen aus der Umgebung oder die Anforderungen, die das Kind an sich selbst stellt, die Fähigkeiten des Sprechers übersteigen, auf der kognitiven, linguistischen, motorischen und/oder emotionalen Ebene zu reagieren.

An unflüssigen Tagen des Kindes sollten Eltern besonders dazu fähig sein, ihrem Kind das Sprechen zu erleichtern, indem sie ihr Sprachniveau absenken und die Komplexität ihrer Äußerungen reduzieren.

Unterstützend wirken Eltern, wenn sie an unflüssigen Tagen des Kindes ihre eigenen Handlungen und die des Kindes versprachlichen, statt sprachliche Äußerungen vom Kind zu erwarten und einzufordern.

Ochsenkühn und Thiel bezeichnen diese Formen sprachlicher Handlungen der Bezugspersonen als Selftalking und Paralleltalking. Dahinter verstecken sich Aktivitäten der Eltern, welche wenig sprachliche Anforderungen beinhalten und wenig sprachliche Äußerungen vom Kind verlangen.

Zudem wirkt sich ein langsames, einfaches und natürliches Sprachangebot günstig aus.

- Verzicht auf Sprechanforderungen und Sprechdruck

Sprechanforderungen stellen einen zwingenden Aspekt dar, der vom Kind indirekt verlangt, spontan und natürlich sein Inneres zum Ausdruck zu bringen. Dieser Zwang kann dazu führen, dass es sein Vertrauen verliert und sich zurückzieht.

Sprechen zeigt sich für Kinder als etwas Schwieriges und es sollte daher beachtet werden, dass Kinder noch früh genug lernen, auf Fragen zu antworten und ausreichend zu sprechen.

Starkweather (1997, S.56) vertritt die These, wenn Sprechen vom Kind nicht gefordert würde, würde dies seine flüssige Rede begünstigen.

Wodurch wird Sprechdruck erzeugt? Sprechdruck ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt, wie hohes Sprechtempo, schnelle Gesprächsabläufe und die Angewohnheit der Bezugspersonen, sofort mit ihrem Sprechen zu beginnen, wenn das Kind eine Pause macht oder zu sprechen aufhört.

Nach Gregory (1999, S.38) sind jedoch gerade Pausen notwendig, damit sprachliche Kommunikation gelingt.

Starkweather (1997) betont die Rolle der Eltern als Modell für Gesprächs- und Sprechverhalten. Das Festlegen von bestimmten Regeln, wie den Turn-talking-Regeln, kann zur Entspannung und zum Abbau des Sprechdrucks beitragen, wenn die Regeln für alle Familienmitglieder gelten.

Versuchen Eltern, unvollständige Sätze ihres Kindes zu vervollständigen, oder sprechen sie anstelle des Kindes, indem sie raten, was es sagen wollte, so erzeugen sie genauso Sprechdruck wie bei häufigen Unterbrechungen kindlicher Äußerungen. Gleiches gilt für das negative Kommentieren des Stotterns. Geduldiges Zuhören vermag die Sprechflüssigkeit des Kindes zu fördern. Nach Gordon (1996) profitiert das Kind von Reformulierungen und erweiternden Wiederholungen des elterlichen aktiven Zuhörens.

Die Gesprächstechnik des aktiven Zuhörens und Reformulierens zeigt sich in Paraphrasieren (*sinngemäßem Wiederholen*) der Äußerung des jeweiligen Gesprächspartners. Auf diese Weise wird dem Gesprächspartner Interesse, Akzeptanz und Wertschätzung entgegengebracht (*positive Verstärkung*). Das genaue

Zuhören erfordert viel Aufmerksamkeit und das Reformulieren verbessert die Qualität und Atmosphäre des Gesprächs.

Auch profitiert das Kind von einem gemeinsamen Blickkontakt während des Sprechens und Zuhörens. Eltern sollten sich ebenfalls in Geduld üben und wenn das Kind stottert, möglichst entspannt warten, bis es ausgesprochen hat. Auf diese Weise sind Eltern im weiteren Gesprächsverlauf in der Lage, Raum für Sprechgelegenheiten zu schaffen und anzubieten.

#### V.6. Ende der (sprachheil-)pädagogisch-therapeutischen Beratung und Behandlung

Die Beendigung einer therapeutischen Behandlung sollte frühzeitig durch den Therapeuten bekannt gegeben und eingeleitet werden, um das Kind und die Eltern nicht zu verunsichern, plötzlich mit ihrem Problem alleine dastehen zu müssen.

Aus diesem Grund sollten rechtzeitig Gespräche über erreichte Therapieziele mit Betrachtung der gemeinsamen Entwicklung im Laufe der Therapiephase besonders betont werden (*beispielsweise nach jeder Therapie*). Indem die Therapeutin auf eine mögliche Umsetzung der therapeutischen Inhalte im Alltag verweist, stärkt sie das Kind und die Eigenverantwortlichkeit der Eltern.

Aus dieser gewonnenen Eigenverantwortlichkeit sollte es für die Eltern möglich werden, das Kind weiter zu fördern und für alle Beteiligten, mit der Störung im Alltag umgehen zu lernen. Gleichzeitig dient sie dazu, die therapeutische Beziehung zu einem nahen Zeitpunkt leichter beenden zu können.

Beruhigend ist zu wissen, dass die Therapeutin, ob per Telefon oder persönlich, weiterhin für die Betroffenen erreichbar bleibt. Des Weiteren wird durch ein baldiges Beenden der Therapie erreicht, dass ein Kind nicht therapiemüde wird, sondern die Freude an möglichen späteren Weiterbehandlungen behält und nicht mit Belastungen gleichsetzt.

Was ist mit therapiemüde gemeint? Therapiemüde werden ein Kind und seine Eltern, wenn die Therapie an Bedeutung verloren hat. Das passiert dann, wenn der richtige Zeitpunkt zur Beendigung der Behandlung überschritten wurde und damit einhergehend die Motivation des Kindes und der Eltern bezüglich Veränderungen und Erfolge nicht mehr vorhanden ist. Dieser Motivationsmangel zeigt sich beispielsweise in einem häufigen Absagen von Terminen und einem oberflächlichen Erledigen häuslicher Aufgaben und Übungen.

Sobald ein mit den Eltern vereinbartes Therapieziel nach einer bestimmten Anzahl von Sitzungen erreicht ist, wird die Therapie vorzeitig beendet. Es muss klar sein, dass nicht sämtliche individuelle Störungssymptome des Kindes behandelt werden können. Was wahrscheinlich auch nicht möglich wäre, da sich bei dem betroffenen Kind irgendwann keine weitere Besserung einstellen würde.

Zu Therapiebeginn wird der ungefähre Zeitrahmen abgesteckt, beispielsweise nach zehn Wochen eine Therapiepause von drei Monaten einzulegen. Die Therapie wird dann fortgeführt, falls bei dem Patienten und den Eltern weiterhin Bedarf besteht. Die Länge der Therapiephase ist selbstverständlich abhängig vom Schweregrad der Störung und die angegebene Wochenanzahl sollte aus diesem Grund nicht als Richtmaß verwendet werden.

Ochsenkühn und Thiel (2005) verweisen darauf, dass Gespräche darüber, welche Schwierigkeiten das Kind nun bewältigt, was es mit der anstehenden freien Zeit tun wird und dass es jederzeit wieder kommen kann, wenn es Unterstützung braucht, das Therapieende vorbereiten.

Eine Nachsorge hilft, die sprachheiltherapeutische Behandlung langsam zu beenden und gilt damit als der letzte Abschnitt der Therapie.

In einem Gespräch wird geklärt, ob das betroffene Kind und seine Eltern mit dem erreichten Therapieziel zufrieden sind, welche Lernschritte sie als gut zu bewältigen empfanden und welche noch nach einer längeren Therapiepause in Angriff zu nehmen sind.

Ochsenkühn und Thiel (2005, S.203) schlagen zwei bis maximal drei Besprechungstermine nach Beendigung der Therapiephase vor, um den weiteren Verlauf zu besprechen und um eventuell Erlerntes aufzufrischen.

Ungefähr sechs Monate nach Therapieende erfolgt ein abschließendes Telefonat mit der Therapeutin, um sich der Qualität der vorangegangenen Behandlung zu versichern, um sich über den bisherigen Verlauf der Entwicklung zu erkundigen und gegebenenfalls bei Bedarf weitere therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

## VI. Schlusswort

Meine Magisterarbeit habe ich auf die idiographische Sichtweise therapeutischer Settings aufgebaut. Zu diesem Zweck möchte ich an dieser Stelle zusammenfassend auf wesentliche Aspekte dieser Sichtweise eingehen.

Was ist unter der idiographischen Sichtweise in therapeutischen Settings zu verstehen?

Dieses therapeutische Menschenbild versteht das Individuum als reflexives Subjekt, das in der Lage ist, autonom und eigenverantwortlich zu handeln (vgl. Mutzeck 1988 und 1991). Diese Sichtweise orientiert sich an der systemischen Theorie und Therapie sowie an der kooperativen Beratung.

Systemische Theorien betrachten die Person als Subjekt, das sich seine Wirklichkeit konstruiert und konzentrieren sich zudem auf entsprechende Bedingungen dieser Konstruktion innerhalb sozialer Gefüge.

Nach Pallasch et al. (1993) bildet jede an einer Interaktion beteiligte Person ein eigenständiges „*soziales System, welches eine eigene, für sich selbst subjektiv ‚richtige‘ Sicht der Wirklichkeit entwickelt*“ und als Organisationsrahmen aufrechterhält.

Individuen treten mit anderen Individuen in dynamische Wechselbeziehungen, die sich nach Pallasch et al. (1995) gegenseitig beeinflussen, Reaktionen auslösen und Anpassungsleistungen sowie den kommunikativen Austausch über gemeinsame, übergreifende Strukturen erforderlich und möglich machen. Der Mensch als sich selbst organisierendes System steht in kommunikativen Bezügen zu anderen autonomen Systemen und bildet mit anderen Individuen gemeinsame soziale Systeme wie beispielsweise die Familie.

Der Mensch wird als autonome und verantwortliche Person verstanden, die durch ihr zielgerichtetes Tun ihren Handlungsraum aktiv-kognitiv strukturiert, wobei sie auf ein differenziertes Wissen zurückgreift. Personen werden nach diesem Menschenbild nicht als Objekte betrachtet, denen erst Wege zur Lösung ihrer Probleme aufgezeigt werden müssen, sondern sie sind als reflexive Subjekte in der Lage, an Interaktionsprozessen aktiv teilzunehmen und nach Hansen (1996) über Zielorientierung,



Planung, Entscheidung und Sinnhaftigkeit ihre Handlungen zu steuern können.

Die Umsetzung dieser Theorien bezogen auf das (sprach-)therapeutische Selbstverständnis und auf therapeutische Settings erfolgt in der Weise, dass sprachliche Auffälligkeiten nicht primär durch Häufigkeit, Symptomausprägungen und Symptomschwere definiert werden, sondern nach Iven (1995) vorrangig individuelle Entstehungs- und Wirkungsbedingungen, die Lebensbedeutsamkeit des Problems, subjektiv empfundene Belastungen und die Bewältigungsstrategien der Betroffenen und ihrer Angehörigen Berücksichtigung finden.

Der therapeutische Rahmen ist geprägt durch Wertschätzung und Akzeptanz. Er ermöglicht durch Reflexion, Anstöße zur Umbewertung, Rekonstruktion und Umstrukturierung der eigenen subjektiven Vorstellungen. Hansen (1996) betont die persönlichen Ressourcen des betroffenen Individuums zur Bewältigung. Selbstwirksamkeitserwartung, Reflexionsfähigkeit und Verantwortung werden nach Hansen bewusst gemacht, verstärkt und bei Bedarf erweitert.

Therapie und Beratung erfolgen demzufolge durch einen gemeinsamen Prozess auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Menschen. Dieses Setting bietet Unterstützung, Hilfen zur persönlichen Entwicklung, Perspektiven für Veränderungen und Lernprozesse an.

Diese Therapieform wird zur pädagogischen Therapie, indem die betroffenen Individuen in eigener Verantwortung diesen von der Therapeutin angebotenen Prozess annehmen oder ablehnen können. Die Therapeutin wird in diesem Prozess zu Begleiterin und Unterstützerin von eigenaktiven, eigenverantwortlichen und selbstkompetenten Individuen. Therapeutin und betroffenes Individuum vereint die gemeinsame Zielsetzung einer Erweiterung von sprachlich-kommunikativen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten.

Dieses therapeutische Selbstverständnis orientiert sich an einer umfangreichen Kompetenzerweiterung. Bei dieser Kompetenzerweiterung sind Kinder und Eltern in der Lage, Probleme ei-

genständig und in Eigenverantwortung zu lösen, erhalten jedoch dabei von der Therapeutin soviel Unterstützung wie sie benötigen.

Die idiographische Sichtweise erweitert die bisherigen Ausführungen dadurch, indem sie davon ausgeht, dass jede sprachliche Auffälligkeit ihre eigene biographische Vorgeschichte und ihre eigene Problematik vorweist.

Das entsprechende diagnostisch-therapeutische Konzept berücksichtigt vorhandene Ressourcen und Kompetenzen betroffener Personen. Nach Iven (1995) besteht die Aufgabe der Therapeutin darin, eine therapeutische Beziehung zu schaffen, in der Selbstreflexion und eigengesteuerte Handlungs-alternative möglich werden.