

SPRACHSTÖRUNGEN IM ÜBERBLICK

LITERATUR

- Bahr, R.** (2002): Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung beim selektiven Mutismus. Edition „S“ C. Winter, Heidelberg
- Braun, O.** (1994): Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik, Therapie, Förderung. Kohlhammer, Stuttgart
- Rieder, K.** (2000): Die Sprachfehler des Kindes. Wege und Methoden der Behandlung. ÖBV&HPT, Wien
- Fiedler, P., Standop, R.** (1994): Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. Beltz, Weinheim
- Franke, U.** (1994): Logopädisches Handlexikon. E. Reinhardt, München
- Gräven, M., Gräven, G.** (1996): Elektiver Mutismus: Falldarstellung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Der Sprachheilpädagoge, Heft 2
- Grohnfeldt, M.** (Hrsg.) (1992): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Band 5. Ed. Marhold, Berlin
- Hartmann, B.** (1995): Mutismus. Ed. Marhold, Berlin
- Hayden, T.L.** (1991): Jadie. Das Mädchen, das nicht sprechen wollte. Goldmann, München

A) Sprachstörungen – entwicklungsbedingt

- + Dyslalie (Stammeln) – Artikulationsstörung
- + Dysgrammatismus – Sprachliche Kompetenz gestört
- + Lexikalische Erwerbsstörung – Speicherung und / oder Abrufen von verbalen Informationen gestört
- + Sprachentwicklungsverzögerung: Dyslalie, Dysgrammatismus und / oder lexikalische Erwerbsstörung treten in Kombination oder in schwer wiegender Form isoliert auf

B) Sprechablaufstörungen, Redestörungen – kommunikativ, reaktiv

- + Stottern (Balbuties, Dysphemie) – Redeflussstörung
- + Poltern (Tachyphemie) – Redeflussstörung
- + Mutismus – unwillkürliches „Schweigen“
- + Logophobie – Sprechangst (keine Sprachstörung im engeren Sinn)

C) Sprechklangstörung

- + Rhinophonie – Näseln, siehe auch D)

D) Sprachstörungen – organisch bedingt

- + Dyspnoe – falsche Atmungstechnik
- + Dysphonie – Stimmstörungen
- + Dysglossie – organische Artikulationsstörungen (auf Grund von Zahnfehlstellungen, LKG-Spalten etc.)
- + Orofaciale Dysfunktionen
- + Dysarthrie – zentral-organische Sprechmotorikstörungen
- + Sprechapraxie – neurologische Störung der Sprechbewegungen
- + Aphasie – Sprachverlust
- + Rhinophonie – Näseln, siehe auch C)

ENTWICKLUNGSBEDINGTE SPRACHSTÖRUNGEN

HINWEIS: Dieses Handout basiert auf meinem Vortrag, gehalten am 16. Oktober 2002 vor interessierten APS-LehrerInnen in Oberpullendorf, Haus St. Stefan. Die Veranstaltung wurde durch das PIB für Burgenland organisiert.

DYSLALIE

Definition: Unter Dyslalie versteht man eine Artikulationsstörung. Davon können einzelne oder mehrere Laute und auch Lautverbindungen betroffen sein. Sie werden ausgelassen, durch andere ersetzt oder falsch gebildet. Sind die peripheren Sprechorgane als Ursache für die Dyslalie anzusehen, spricht man von einer Sprechstörung. Wenn der Lauterwerb oder Lautgebrauch beeinträchtigt ist, spricht man von einer Sprachstörung. Sie kann sich aus dem Entwicklungsstammeln heraus entwickeln. Als Sprachentwicklungsstörung kann sie isoliert auftreten, wenn sie schwer wiegend ist oder mit einem Dysgrammatismus und / oder einer lexikalischen Erwerbsstörung. Unter Umständen kann es zu sekundären Lese-Rechtschreibschwierigkeiten kommen.

Symptomatik: Einteilung nach Quantität (Umfang und Konsistenz) und Qualität (Art, Prozess, Kontext).

Quantität: Einteilung nach **Umfang:** *Partielle* Dyslalie: Ein einzelner Laut (isolierte D.) oder wenige Laute sind betroffen. *Multiple* Dyslalie: Mehrere laute sind betroffen, die Verständlichkeit des Gesprochenen wird eingeschränkt. *Universelle* Dyslalie: (Fast) alle Laute sind betroffen, das Gesprochene ist meist unverständlich.

Quantität: Einteilung nach **Konsistenz:** *Konstante* Dyslalie: Die betroffenen Laute werden immer nach dem gleichen Muster abweichend gebildet. *Inkonstante* Dyslalie: Die betroffenen Laute werden manchmal richtig, manchmal abweichend gebildet. *Inkonsequente* Dyslalie: Die betroffenen Laute werden auf unterschiedliche Weise abweichend gebildet.

Qualität: Einteilung nach der **Art:** *Mogilalie:* Der betroffene Laut wird ausgelassen. *Paralalie:* Der betroffene Laut wird durch einen anderen Laut, der richtig oder falsch gebildet wird, ersetzt. Meist ersetzen frühe (leichtere) die späteren (schwierigeren) Laute. *Dyslalie im engeren Sinn:* Der verwendete Ersatzlaut kommt in der Sprache nicht vor (z.B.: Interdentalität von Lauten).

Qualität: Einteilung nach dem **Prozess:** *Autosegmentale* Prozesse: Insertion und Addition: Ein Laut oder eine Lautverbindung wird hinzugefügt (Krokoldil). Tilgungen: Häufig bei Konsonantenverbindungen (Knopf → nof). Metathesen und Migrationen: Segmente werden umgestellt (Nest → Nets, Farbe → Bafa). *Assimilationsprozesse* sind lautliche Angleichungen (Katze → datsa, Banane → Bamana). *Verstärkungs- und Abschwächungsprozesse* sind Dehnungen oder Kürzungen von Vokalen, Vokalreduktionen, (Ent)Rundungen von Vokalen, Nasalisierung etc. (Würfel → weaf). *Positionsprozesse:* Der Artikulationsort wird gewechselt (Schlüssel → süfe).

Qualität: Einteilung nach dem **Kontext:** *Lautdyslalie:* Einzellaute bei isolierter Bildung ist betroffen. *Kontextdyslalie:* : Laut im Zusammenhang mit anderen betroffen. *Silbendyslalie* (Laut isoliert richtig), *Wortdyslalie* (Laut nur im Wort abweichend), *Satzdyslalie* (Wort isoliert richtig).

Ätiologie: Periphere und zentrale Anteile können auch in Kombination auftreten.

Funktionelle Dyslalie: Am ehesten kann durch diesen Begriff eine erbliche Disposition beschrieben werden; eher wird dieser Begriff nicht mehr verwendet, da die Diagnosemethoden verfeinert wurden.

Sensorische Dyslalie: Dyslalie als Folge von zentralen Hörstörungen: Regelmäßige Vertauschung von Lauten, die ähnlich sind. Lautdifferenzierung erst nach Therapie möglich. Eigene Artikulationsfehler werden nicht wahrgenommen. Räumliche Hörleistungen (Richtung, Entfernung) sind beeinträchtigt. Serielle und sequenzielle Integration und auch Intermodalitätsleistungen sind eingeschränkt. Kombination mit Unmusikalität, LRS, Dysgrammatismus, Wortfindungsschwierigkeiten. Lern- und Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt. Hierher gehört die *partielle Lautagnosie* (feine akustische Unterschiede werden nicht wahrgenommen: t/k ...) und die *phonematische Differenzierungsschwäche* (so wie partielle Lautagnosie mit geringerer Ausprägung).

Motorische Dyslalie: Ursache ist die ungeschickte oder eingeschränkte Zungen-Mund-Motorik auf Grund einer motorischen Entwicklungsstörung. Meist betrifft diese Störung den gesamten Körper (allgem. motor. Ungeschicklichkeit, motor. Entwicklungsrückstand, Grobmotorik und/oder Feinmotorik sind eingeschränkt, Kinästhetik, Sensibilität gestört).

Mechanische Dyslalie (Dysglossie): Ursache sind organische Veränderungen der Artikulationswerkzeuge (Erkrankungen, Anomalien, Veränderungen an Lippen, Zähnen, Kiefer, Gaumen, Zunge).

Audiogene Dyslalie: Ist die Folge einer Hörbeeinträchtigung ab 30dB.

Psychogene Dyslalie: Regressive Verhaltensweisen begünstigen diese Sprachstörung, eventuell in Kombination mit Bettnässen und Daumenlutschen.

Zentrale Dyslalie: Als Teilsymptom einer geistigen Behinderung zu sehen, mit Störungen der Speicherfunktion, der motor. Sequenzbildung, der Antizipationsvorgänge, der zeitl. Koordination, des Musterabrufes, Perseverationen.

Einteilung nach Auftrittshäufigkeit im Regelschulbereich:

1. Dyslalie im engeren Sinn (Sigmatismus interdentalis bei S,X,Z; Sigmatismus lateralis bei S,X,Z), Parasigmatismus (S = D)
2. Paraschetismus (SCH = S), Schetismus lateralis, Schetismus interdentalis, Paraschetismus (SCH = D)
3. Arhotazismus, Pararhotazismus (R = L, R = H)
4. Parakappazismus, Paragammazismus (K = T, G = D), Paratauzismus, Paradeltazismus (T = K, D = G)
5. Paratauzismus oder Paradeltazismus in Lautverbindung mit R₂ (trinken = krinken)
6. Parakappazismus oder Paragammazismus in Lautverbindung mit R₁ (graben = draben)

Diagnose: Eine möglichst exakte Diagnose muss durchgeführt werden, um das „beherrschte Phoneminventar“ mit dem geforderten Sprachstand vergleichen zu können. Dabei muss auf regionale Besonderheiten Rücksicht genommen werden. Standardisierte Diagnosematerialien gibt es nicht, jedoch eine Vielfalt informeller. Ein neues Manual, das aus phonetischer und phonologischer Sicht fehlerfrei ist liegt nun vor (Gräven, M., Gräven, G., Willner, W.: Wiener Lauttest. Rimpar: Edition von Freisleben, 2001). Zur Diagnose gehören anamnestiche Daten (Geburtsverlauf, Saug-, Trink-, Essgewohnheiten, frühe motorische und sprachliche Entwicklung, Sprachstörungen in der Familie). Bei der Phonemanalyse wird der Lautbestand

überprüft, wobei die entsprechenden Laute im An-, In- und Auslaut vorkommen sollten, mit den entsprechenden Phonemverbindungen. Dabei ist nicht das Schriftbild, sondern die Aussprache eines Wortes ausschlaggebend (vgl. Hemd – [hempt]).

Zur Diagnose gehören – je nach Schweregrad der Sprachstörung – folgende Punkte beachtet:

- Lautdifferenzierung
- Audiometrie
- Grob- und Feinmotorik
- Zungen-Mund-Motorik
- visuelle Differenzierungsfähigkeit
- kognitive Entwicklung
- neurologische, psychologische, kinderpsychiatrische Begutachtung
- Fertigkeiten beim Lesen und (Recht)Schreiben

Behandlung: Grundsätzlich sollte die Artikulation an die jeweils gültige Norm angeglichen werden und nicht eine reine Hochlautung angestrebt werden. Dabei geht es einerseits um eine „Tiefenkorrektur“ (es wird versucht, die Ursachen der Störung zu berücksichtigen) und andererseits um eine „Oberflächenkorrektur“. Die in der Diagnose berücksichtigten Punkte, gehen in die Therapie ein.

Jede Übungsbehandlung sollte folgenden Grundsätzen unterliegen:

- + öfter wiederholte kurze Übungen
- + eigene Hörkontrolle
- + anwenden von Hilfslauten durch „Ableitungsmethoden“
- + minimale Aktion
- + eigene Aktivität (möglichst Verzicht auf passive Therapien)

Bei *sensorischen Dyslalien* gestaltet sich die Therapie schwieriger, da die Betroffenen ihre Artikulationsfehler nicht selbst wahrnehmen. Als zusätzliche Therapieschritte werden daher phonematische Hörübungen, auditive Differenzierungsübungen, eventuell Lautgebärden eingesetzt.

Motorische Dyslalien werden u.a. durch Elemente der myofunktionellen Therapie in der Sprachtherapie behandelt, die normales Schluckverhalten und normale Muskelreflexe und Muskelkräfte wiederherstellen sollen. Gebissanomalien (Progenie, Prognathie, offener Biss) müssen aber durch den Zahnarzt korrigiert werden.

Zusammenhang von Dyslalien und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Das Auftreten von Mogilalien und / oder Paralalien begünstigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von (sekundären) LRS. Dem betroffenen Kind fehlen die korrekten sprechsprachlichen Grundlagen für die entsprechende Verschriftlichung und Abspeicherung von Wörtern, die den gestörten Sprachlaut als Buchstaben repräsentieren. Es kann aber auch durch das Erlernen des Lesens und Schreibens zu einer Besserung der verbalen Defizite kommen, was Therapie unterstützend wirkt. Eine „Dyslalie im engeren Sinn“ alleine führt nicht zu LRS.

DYSGRAMMATISMUS

Definition: Unter Dysgrammatismus versteht man die Störung des grammatischen Sprachgebrauchs und des Spracherwerbs. Grund dafür ist die Beeinträchtigung der Fähigkeit, das morphologisch-syntaktische Regelsystem der Muttersprache normgerecht aufzubauen und/oder anzuwenden.

Seit ca. 100 Jahren wird versucht, diese Sprachstörung zu verstehen und zu beschreiben. Früher hatte man angenommen, das so genannte Sprachgefühl wäre gestört oder verloren gegangen. In neuerer Zeit ging man dazu über, die grammatischen, morphologischen (Deklinationen, Wortarten, etc.) und syntaktischen (Wortfindung, Wortfolge, Satzgefüge, Satzfolge) Komponenten der Sprache bei dieser Störung zu beschreiben.

Dysgrammatismus tritt selten isoliert auf. Meist kann man beim Betroffenen zusätzlich eine Dyslalie und/oder eine lexikalische Entwicklungsstörung diagnostizieren. Daher wird Dysgrammatismus auch als sprachliche Entwicklungsstörung bezeichnet, bei der bestimmte Lernprozesse verspätet einsetzen, verlangsamt sind, auch stocken können, undifferenziert oder nicht konstant ablaufen. Dabei kommen Primärprobleme wie Hörschäden, geistige Retardierung, motorische und sozioemotionale Beeinträchtigungen als Verursacher nicht in Frage.

Beschreibt man Dysgrammatismus, werden sprachliche Retardierungen, wie etwa das Fehlen oder die verspätete Verwendung grammatischer Strukturen, oder auch Fehlentwicklungen in einzelnen morphologischen und syntaktischen Bereichen betrachtet. Ebenso werden Entwicklungsverzögerungen in diesem Bereich betrachtet. Bestimmte grammatische Elemente oder Formen werden signifikant weniger verwendet, wobei die Regeln aber beherrscht werden. Die meisten Autoren sehen dabei Dysgrammatismus als Teil einer Entwicklungsdysphasie.

Dabei gibt es drei Diskrepanzen:

- + normale Intelligenz bei schwer wiegend gestörter Sprachfähigkeit
- + gutes Sprachverständnis bei schlechter Sprachproduktionsfähigkeit
- + gute Semantik und Pragmatik (Sachbezogenheit) bei großen Problemen im Bereich der Morphologie und Syntax.

Das bedeutet, dass dysgrammatisch sprechende Kinder Schwierigkeiten in der Aneignung grammatischer Strukturprinzipien haben, wobei sie auf die falschen Wortfolgen und Satzstrukturen fixiert bleiben.

Symptomatik: Früher wurde Dysgrammatismus als Sprachproduktionsstörung bei intaktem Sprachverständnis gesehen. Dabei wurden Fehler bei Deklinationen und Konjugationen und syntaktische Verstöße bei Wortfolge und –fügung, Satzfolge und –fügung beschrieben.

Nach Schweregraden wird Dysgrammatismus wie folgt eingeteilt (nach Remmler, siehe in Rieder, 2000):

A4 – schwerster Grad: Einzelne Wörter ohne grammatische Strukturen werden gesprochen, Mimik und Gestik ersetzen vielfach Gesprochenes. Auftreten von stereotypen Redewendungen, Satzlänge maximal 3-4 Worte.

A3 – schwerer Grad: Stereotype einfache Sätze oder Redewendungen, Infinitivsprache, keine oder falsche Artikel, 4-5 Worte.

A2 – mittlerer Grad: einfache Sätze mit wenigen oder keinen grammatischen Fehlern. Artikel, Präpositionen, Pronomen, Konjunktionen werden nicht oder falsch angewendet, 6-7 Worte.

A1 – leichter Grad: erweiterte Sätze mit wenigen grammatikalischen Fehlleistungen, kurze Sätze fehlerfrei, 7-8 Worte.

0 – normale Sprache mit alters- und umgangssprachlich bedingten geringen Fehlern

+1 – vorbildliche Sprache

Vorsicht: Das Störungsbild ist von Kind zu Kind derart unterschiedlich, dass es nicht sinnvoll ist, nach Schweregraden zu diagnostizieren. Qualitative sind quantitativen Analysen vorzuziehen. Unter anderem können nach Braun (1994) folgende Punkte in eine Symptomliste Eingang finden:

- Auslassungen von Wörtern, wie Artikel, Präpositionen und Konjugationen
- falsche Flexionen von Substantiven, Verben, Adjektiven, Pronomen, Numeralen, Artikeln
- falsche Deklinationen und Konjugationen
- falsche Pluralbildungen
- Wortstellungsfehler
- unvollständige Sätze
- Schwierigkeiten in der Anwendung von Präpositionalphrasen
- Fehler bei Konjunktionen
- fehlende Kongruenz von Substantiv und Verb
- Verbendstellung im Satz (S-O-V).

Ätiologie: Es besteht keine einheitliche Meinung darüber, was Dysgrammatismus verursacht. Im Wesentlichen werden 3 Ansätze diskutiert, nämlich neurophysiologische und neuropsychologische, entwicklungspsycholinguistische und entwicklungslinguistische. Innerhalb dieser Ansätze wird die Frage aufgeworfen, ob Dysgrammatismus die Folge eines kognitiven Entwicklungsrückstandes sei, die Folge eines spezifischen Lernrückstandes, eines verzögerten Regelerwerbs oder eines pathologischen Spracherwerbs.

Bei einigen primären Störungsbildern wird Dysgrammatismus als Sekundärstörung mit großer Wahrscheinlichkeit auftreten. Dazu gehören frühkindliche Hirnschädigungen, „Teilleistungsschwächen“ mit gestörter Sprachverarbeitung (Hörmerkspanne) oder gestörter Sprachproduktion. Dysgrammatismus kann Folge von Schädel-Hirn-Traumen sein oder von Durchblutungsstörungen, Folge von Demenz, Folge von peripheren oder zentralen Hörstörungen, Folge von Autismus, von psychogenen Faktoren als regressives Symptom oder als Folge von exogenen Faktoren (Milieu, Vernachlässigung, Hospitalismus).

Phase	Äußerungsart	mittlere Äußerungslänge	Alter
Phase I	Vorläufer zur Syntax; Gebrauch v. Einwortäußerungen u. Satzbedeutungen; 2 aufeinander folgende Einwortäußerungen; Nomen u. deiktische Strukturen; Verbpräfix; Reduplikationen v. Einwortäußerungen; Negation durch „nein“; paraverbale Elemente, Intonation	~ 1	bis 1;6
Phase II	Erwerb des syntaktischen Prinzips; Fähigkeit, Elemente zu kombinieren; Ein-, Zwei- und Mehrwortäußerungen; überwiegend Inhaltswörter: Nomen, Verben, Adjektive und Adverbien; Funktionswörter werden ausgelassen; Informationsfragen durch Fragewörter; Entscheidungsfragen durch Intonation; Verben meist im Infinitiv oder in der Stammform; gelegentliche Markierung mit –t; variable Verbstellung; Subjekt-Verb-Sätze; verblose Sätze; subjektlose Sätze u. Sätze ohne Subjekt u. ohne Verb	1 – 2	1;6 bis 2;0
Phase III	Vorläufer der einzelsprachlichen Grammatik; Mehrwortäußerungen dominant; erweiterte Satzstrukturen; einfache Verben in Zweitstellung oder am Satzende; zusammengesetzte Verben am Satzende; Verbflexion: Formativ –e; Kasusmarkierung: s-Suffix für Genitiv; Hilfs- u. Modalverb; Kopula	2 – 3	2;0 bis 2;6
Phase IV	Erwerb einzelsprachlicher syntaktischer Besonderheiten; Wortstellung meist korrekt; finite verbale Elemente in Zweitstellung; Fragen durch Inversion von Subjekt u. Verb; Verbflexion: Flexiv f. 2. Pers. Singular –st; Kasusmarkierung: Nominativform in Kontexten, die Akkusativ- oder Dativmarkierung verlangen	3 – 4	~ 3;0
Phase V	Komplexe Sätze; Ausformungen aus mehreren Teilsätzen; koordinierende u. subordinierende Konjunktionen f. semantische Relationen: additiv, adversativ, temporal und kausal; Akkusativformen werden übergeneralisiert; Fragen mit „ob“	> 4	3;6

Clahsen (Normale und gestörte Kindersprache. Amsterdam 1988) geht davon aus, dass die Erlernbarkeit der Grammatik von der Verfügbarkeit des lexikalischen Wissens abhängt. Das bedeutet, dass ein Kind erst dann grammatische Regeln erwerben kann, wenn lexikalische und morphologische Einheiten identifiziert und kategorisiert werden können. Und da grammatisches Lernen auf autonomen Lernmechanismen beruhen soll, würde ein Kind mit Entwicklungsdysgrammatismus ein spezifisches selektives sprachstrukturelles Defizit haben. Kommt es zu Entwicklungsverzögerungen, so ist meist nur ein Teilbereich der Grammatik betroffen, wodurch es zu Phasenverschiebungen kommt und zu einer asynchron verlaufenden Grammatikentwicklung. Nach dieser Theorie gibt Clahsen (Die Profilanalyse. Berlin 1986) folgendes Entwicklungsmodell des qualitativen und quantitativen Grammatikerwerbs vor:

Diagnose: Da es sich also beim Dysgrammatismus um eine mehrdimensionale Sprachstörung handelt, deren Verursachungen als inhomogen gelten, muss die Diagnose auch mehrere protokollierte Dimensionen umfassen: Freies Sprechen, Nacherzählen, Nachsprechen, Diagnosegespräch anhand von Bildern.

Behandlung: Ein wichtiger Grundsatz lautet, so früh wie möglich mit der Betreuung zu beginnen, wobei diese komplex angelegt sein muss, womit die Gesamtpersönlichkeit gemeint ist, die in die Therapie einbezogen wird. Analogiebildungen, wie bei der Dyslalietherapie üblich, funktionieren beim Dysgrammatismus eher nicht. In der Behandlung geht man vom Einfachen zum Komplexen. Es werden Formen der gelenkten Imitation, der Instruktion, der Veranschaulichung, des Modellings, des Rollenspiels oder z.B. Frage-Antwort-

Gräven: E-Mail: michael.graeven@teling.at
 SPRACHSTÖRUNGEN - Ein Überblick

Sequenzen dazu herangezogen. Als Problem ungeübter Praktiker wird vielfach gesehen, dass es keine „Kochrezepte“ geben darf und kann.

Zusammenhang von Dysgrammatismus und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Da betroffene Kinder fast immer auch eine sprachliche Gestaltungsschwäche aufweisen, ist der Zusammenhang von Dysgrammatismus und LRS überaus groß (Aufsatzschreiben, Sinn erfassendes Lesen). Daher sollten in der Sprachtherapie auch schriftliche Aufgabenstellungen vorgesehen werden.

LEXIKALISCHE ERWERBSSTÖRUNG

Definition: Unter lexikalischen Erwerbsstörungen versteht man einerseits Spracherwerbsstörungen im *lexikalisch-semantischen Bereich*, wie Wortschatzdefizite, semantische Defizite, Wortbildungsmängel oder Wortbildungsfehler, zum anderen versteht man darunter *Wortfindungsstörungen* oder Wortabrufstörungen. Dabei können zwei Ebenen betroffen sein: die Ebene des konzeptuellen und grammatischen Bedeutungswissens und die Ebene der Wortformen mit ihren bedeutungstragenden Einzelelementen der Sprache.

Wortschatzdefizite: eingeschränkter, verminderter, retardierter, fehlerhafter Wortschatz in Folge eines Mangels oder einer Störung im Aufbau und der Organisation des inneren Lexikons (auch subjektives, mentales L.). Das Sprachgedächtnis ist mangelhaft, die Wortformen werden nicht ausreichend beherrscht. Worte können nicht oder nur mangelhaft verwendet werden.
Semantische Defizite: fehlende oder falsche Wortbedeutungen.

Bei *Wortfindungsstörungen* gelingt der Abruf von Worten nicht oder nur mangelhaft. Hierbei kann es sein, dass *im engeren Sinn* die Benennung nicht gelingt, weil die Wortwahl blockiert ist (die Verbindung zwischen Wortbedeutung und Wortform ist unterbrochen). Es liegt also eine lexikalische Zugriffsstörung vor, die auf eine gestörte Wortverarbeitung zurückgeht. Worterkennung, Wortsuche, Wortfindung, Wortreproduktion sind betroffen. *Im weiteren Sinn* zeigt sich ein gestörter Benennungsvorgang durch Paraphasien, Neophasien, Neologismen und Perseverationen.

Bei der lexikalischen Erwerbsstörung ist der aktive und rezeptive Wortschatzerwerb verzögert und daher nicht altersentsprechend entwickelt. Das innere oder mentale Lexikon kann in 3 Teilbereichen gestört sein:

- Organisation des Wortschatzes (Inventarstörung)
- Semantisches Lexikon mit Bedeutungsaufbau und Bedeutungsbeziehungen
- Lexikon der Wortformen (phonologische Repräsentation).

Die *Inventarstörung* zeigt sich durch einen zu engen oder zu weiten Wortgebrauch, zu dichte Situationsgebundenheit der Worte, fehlerhafte Kategorisierungen und mangelhaftes Fehlerbewusstsein. Die Störung des *semantischen Lexikons* erkennt man auf Grund von Schwierigkeiten im Wortverständnis und Wortgebrauch. Sind die *Wortformen* gestört, kommt es zu einem deutlich erkennbaren Suchverhalten mit Para- oder Neophasien. Dazu können Verzögerungen, Pausen, Umformulierungen,

Embolophasien und Embolophrasien, Gesten, Umschreibungen, artikulatorische Suchbewegungen, phonologische oder semantische Paraphrasien kommen.

Lexikalische Entwicklung: Entwicklungspsycho- und entwicklungslinguistischen Theorien beschreiben die lexikalische Entwicklung als Worterwerb. Worte haben aber nicht nur semantische (Wortbedeutung) und phonologische (Klangbild) Funktionen, sondern auch lexikalische (Wortart) und morphologische (Grundmorpheme oder komplexe Worte) Funktionen. Diese Funktionen stehen zueinander in Beziehung und das Kind erwirbt entsprechende lexikalische Teileinträge, die in der Schulzeit z.B. um die (Recht)Schreibung und das „Wortbild“ ergänzt werden. Dieser lexikalische Erwerbsprozess wird in drei Phasen gegliedert.

Der *frühe Worterwerb* als 1. Phase geschieht zwischen 0;10 und 1;6 Jahren. Zuerst werden phonologisch einfache Worte erlernt. Im Laufe der Monate entsteht ein Wortschatz von etwa 30 Worten durch assoziative Verknüpfungen. Pro Woche werden also etwa 2 bis 3 neue Worte gelernt.

Der *Wortschatzspurt* als 2. Phase geschieht zwischen 1;6 und 2;6 Jahren. Es kommt zu einem schnellen Erwerb für Worte (Wortschatz etwa 100 bis 400), die Objekte und Eigenschaften bezeichnen. Es werden semantische Prinzipien beim Lernen wirksam; unbekannte Wörter werden durch den sprachlichen Kontext in ihrer Bedeutung gedeutet, was eine rasche Übernahme ins mentale Lexikon gestattet. Dabei werden Wortbedeutungen aber auch übergeneralisiert (z.B.: Hund für alle Vierbeiner) oder überdiskriminiert (z.B.: Möbel nur für Tische und Sessel). Hört das Kind also ein Wort, nimmt es zunächst an, es stehe für etwas Ganzes und nicht nur für Teile eines Objektes.

Der *prädikative Wortschatz* als 3. Phase entwickelt sich ab 2;6 Jahre. Jetzt werden die vorhandenen Worte nach Wortarten ausdifferenziert. Zu den Nomina kommen mehr Verben und Adverbien hinzu. Ab dem 3. Lebensjahr kommt es zu einer Syntaxentwicklung mit einer weiteren Entwicklung der Semantik und einer Erweiterung des Wortschatzes. Ab dem 4. oder 5. Lebensjahr kommen täglich 5 bis 10 neue Worte hinzu. Der Schulanfänger hat somit einen Wortschatz von 10.000 bis 15.000 passiven und 3000 bis 5000 aktiven Worten.

Früher meinte man, die entwicklungskritische Zahl des Wortschatzes von 50 Worten sollte mit 24 Monaten erreicht sein. Andernfalls würde man von einem verspäteten Spracherwerb oder einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung sprechen. Neuere Untersuchungen belegen allerdings nur Unterschiede in der lexikalischen Langzeitspeicherung. Gründe für das Speicherdefizit können in Schwierigkeiten im assoziativen Wortlernen, der phonologischen Verarbeitung bzw. Speicherung oder in der unzureichenden Aufnahme oder Vernetzung semantischer Informationen zu sehen sein.

Kognitive sprachentwicklungspsychologische und entwicklungslinguistische Ansätze sehen Störungen auf der lexikalisch-semantischen Ebene in einem Zusammenhang mit kognitiven Schwächen im Bereich der Wahrnehmung. Aus pragmatischer Sicht sind Störungen der Wortbedeutungsentwicklung als Störungen des semantischen Lernens in Interaktionszusammenhängen zu sehen, da man die Entwicklung semantischer Fähigkeiten nicht isoliert von sprachlichen und nichtsprachlichen

Fertigkeiten betrachten darf, wenn man bedenkt, dass gerade die ersten Worte immer in konkreten Handlungen und Interaktionen gelernt werden.

Sieht man semantisches Lernen als Interaktionslernen, so kann man die Zeigegeesten des Kleinkindes (sind vorsprachliche Verständigungsmittel) mit semantischen Schwierigkeiten gut hier einordnen. Die semantische Entwicklung vollzieht sich im Rahmen der praktisch-gnostischen (Umgang mit Spielgegenständen), der symbolischen (Nachahmung, Symbolspiel), der kommunikativen (Auseinandersetzung mit Personen), der sprachlichen und der Ich-Entwicklung.

Dysgrammatismus und lexikalische Erwerbsstörung gehören zum Komplex der Entwicklungsdysphasie (Sprachentwicklungsverzögerung), die zusammenfassend als syndromatische Sprachentwicklungs- oder Spracherwerbsstörung zu sehen sind, die sich durch phonologische, grammatische und lexikalisch-semantische Störungen bemerkbar machen. Die Ursachen liegen nicht oder nicht allein im auditiven, motorischen, kognitiven und/oder sozialem Bereich.

Die oben dargestellte Tabelle nach Braun (1994) fasst den Spracherwerb auf der lexikalisch-semantischen Ebene zusammen.

Zusammenhang von lexikalischen Erwerbsstörungen und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Lexikalische Erwerbsstörungen sind mit sprachlichen Gestaltungsschwächen gleichzusetzen. Damit ist der Zusammenhang von dieser beiden Störungen nahezu zwingend, was in der Sprachtherapie auch berücksichtigt werden muss.

SPRACHENTWICKLUNGSVERZÖGERUNG

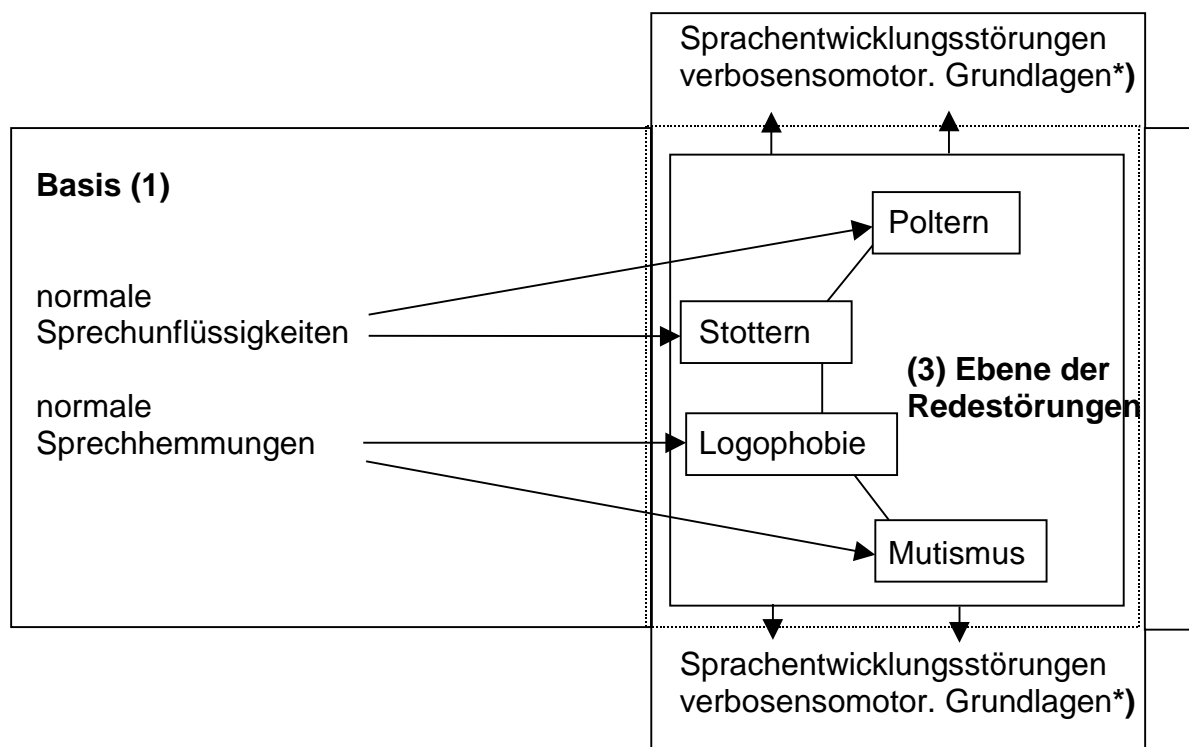
Dysgrammatismus und lexikalische Erwerbsstörung gehören zum Komplex der Entwicklungsdysphasie (Sprachentwicklungsverzögerung), die zusammenfassend als syndromatische Sprachentwicklungs- oder Spracherwerbsstörung zu sehen sind, die sich durch phonologische, grammatische und lexikalisch-semantische Störungen bemerkbar machen. Die Ursachen liegen nicht oder nicht allein im auditiven, motorischen, kognitiven und/oder sozialem Bereich.

Die im Folgenden dargestellte Tabelle nach Braun (1994) fasst den Spracherwerb auf der lexikalisch-semantischen Ebene zusammen.

Zusammenhang von Sprachentwicklungsverzögerungen und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Da betroffene Kinder immer auch eine sprachliche Gestaltungsschwäche aufweisen, ist der Zusammenhang von Sprachentwicklungsverzögerungen und LRS überaus groß (Aufsatzschreiben, Sinn erfassendes Lesen). Daher sollten in der Sprachtherapie auch schriftliche Aufgabenstellungen vorgesehen werden.

1. Phase	In den ersten Monaten ist d. Mutter-Kind-Interaktion auf d. direkten Austausch v. Bedürfnissen u. Gefühlen beschränkt, hauptsächlich über nonverb. Kanäle wie Berührungen etc.
0;4	K. sucht mit Blick d. Mutter u. folgt ihrer Blickrichtung, auch mit stimmlicher Begleitung
0;5	Kind greift nach Gegenständen, zeigt Interesse dafür
2. Phase	Ca. mit 6. Lebensmonat erhalten Gegenstände Bedeutung, ohne dass sie in d. direkte Mutter-Kind-Interaktion eingebunden werden; K. beschäftigt sich mit M. oder mit Gegenst.
0;6	Kind vokalisiert im direkten Austausch mit der Mutter oder mit dem Gegenstand
0;7	K. verbindet mit Blick Mutter u. Gegenstand, wenn M. mit dem Gegenstand beschäftigt ist
0;8	Kind greift nach Gegenstand bei gleichzeitigem Blick zur Mutter, es blickt zu Mutter und Gegenstand, wenn es selbst mit dem Gegenstand spielt
ab 0;9	Triangulärer Blickkontakt: Kind vergewissert sich durch Blick auf die Mutter, dass sie auch auf den selben Gegenstand schaut
3. Phase	Dreiecksbeziehung Mutter-Kind-Gegenstand, Kind bezieht die Mutter in die Interaktion mit dem Gegenstand ein
0;10	K. beginnt Vokalisation an die Mutter zu richten, um ihr mitzuteilen, was es mit dem Gegenstand erlebt
0;11	Erste Protoworte
1;0 – 1;3	Erste Interaktionsspiele („Guck-guck-da“)
1;6	50 wortähnliche Äußerungen
~ 6;0	Kinder kennen ca. 20.000 Worte, sprechen ca. 5.000, lernen in 4 ½ Jahren tägl. 14-15 neue Worte rezeptiv und 3-4 Worte aktiv-produktiv

SPRECHABLAUFSTÖRUNGEN KOMMUNIKATIVE UND REAKTIVE REDESTÖRUNGEN



*) **Überbau (2)** mit akustischen, optischen, melodischen, kinästhetischen, rhythmischen Differenzierungen und Auswirkungen auf Sprachentwicklung

Der Begriff „Redestörung“ ist ein Sammelbegriff für ein inhomogenes Erscheinungsbild an Störungsphänomenen wie Stottern, Poltern, Sprechangst (Logophobie) und Mutismus. Grohnfeldt (1992) sieht mehrdimensionale Vernetzung der Redestörungen:

Querverbindungen sind möglich zwischen normalen (1) und pathologischen (3) Erscheinungen und auch zwischen Risikofaktoren (2) und pathologischer Sprachentwicklung (3). Generell handelt es sich um interaktionale Phänomene, d.h. es sind das familiäre Umfeld als auch der Freundes- und Bekanntenkreis, der Bezugsraum (Stadt / Land) und der gesellschaftliche Rahmen dabei zu berücksichtigen. Umweltereignisse wirken auf das Individuum ein, das wiederum einen Einfluss auf den Gesamtkontext hat.

STOTTERN

Stottern ist von situativ variierenden Wort- und Silbenwiederholungen, Pressen, Muskelverkrampfungen, Atemfehlformen, Mitbewegungen gekennzeichnet. Sowohl der Stotternde als auch Umwelt beobachtet dies bewusst. Jedoch gilt der Grundsatz: *Jedes Stottern ist anders*. Der Verlauf ist dynamisch, beginnt im Kindesalter, verschwindet von selbst oder durch Therapie oder nimmt einen progressiven Verlauf und endet in chronischer Form. Die große Mehrzahl zeigt im Alter von ca. 3;6 – 5 Jahren (normales Entwicklungsstottern) die ersten Symptome. Dabei kann es zu einer individuellen Verunsicherung und damit Manifestierung des Symptoms kommen, was oft von familiärer Interaktion abhängt. Im Schulalter wird versucht zu kaschieren oder zu vermeiden, was zu Symptomverbesserungen oder Symptomverschlechterungen führen kann. Im Jugendalter kann Stottern chronisch werden, was sich auf verbale und nonverbale Auffälligkeiten und das Selbstwertgefühl auswirken kann. Vom Stottern ist differenzialdiagnostisch Poltern, Logophobie, Mutismus abzugrenzen, wobei es aber Überschneidungen geben kann.

Kennzeichnung: Bei Erwachsenen ist Stottern durch auffallend häufige Unterbrechungen des Sprechablaufs gekennzeichnet. Das plötzliche Stocken vor einem Wort, einer Silbe oder einem Laut sind charakteristisch. Verzögerungen, Dehnungen und Verkürzungen bei der Aussprache von einzelnen Lauten und Wiederholungen von Wort- und Satzteilen kommen ebenfalls vor. Auch werden Zwischenschiebungen inadäquater Laute beobachtet. Häufig geht mit dem Stottern eine unübliche Atemtechnik und eine Fehlkoordination der am Sprechakt beteiligten Muskelgruppen einher: länger andauerndes verkrampftes Offenhalten des Mundes oder Zusammenpressen der Lippen, Aufeinanderschlagen der Zähne, gut hörbare Glottisanschläge, ruckartige Zungenbewegungen in den Sprechpausen, schnappendes Einatmen im Stotterrhythmus während des Sprechens.

Grundsymptomatik: Es wird unterschieden zwischen klonischem und tonischem Stottern und Mischformen. *Klonisches Stottern:* Kürzere, rasch aufeinander folgende Kontraktionen der Sprechmuskulatur. Hämmernde Wiederholungen von Lauten, Silben, Wörtern, Wortdehnungen („Hand-t-t-t-tuuuuch“). *Tonisches Stottern:* Lang andauernde Verkrampfungen der Sprechmuskulatur. Pressversuche gehen dem Beginn oder Weitersprechen eines Wortes voraus („---Pause“ , „Poli-----tik“). *Mischformen* werden je nach Häufigkeit der beobachteten Symptome benannt. In mancher Literatur wird ein phasenhafter Ablauf von klonischem über klonisch-tonischem oder tonisch-klonischem zu tonischen Stottern beschrieben (immer schwer wiegender werdender Verlauf). Die oben dargestellten Symptome sind auch bei normal Sprechenden zu beobachten, jedoch wiederholen Stotternde 10x so oft Wortteile, 3x so oft Wörter oder Satzteile, 4x häufiger bleiben Sätze unvollständig. Flickwörter („äh“) sind gleich oft zu beobachten.

Begleitende Auffälligkeiten: *Unübliche Mitbewegungen* (Parakinesen) von Gesichts- und Halsmuskulatur, der Extremitäten und auch des gesamten Körpers fallen darunter und werden gleichzeitig mit dem Sprechen ausgeführt. Sie ähneln verschiedenen Ticks. Ursprünglich sollten diese Mitbewegungen dem Stotternden helfen, Sprechunflüssigkeiten zu vermeiden. Im Laufe der Zeit werden sie zu wirkungslosen Begleitsymptomen des Stotterns und beeinträchtigen nun die

nichtverbalen Ausdrucksmittel Mimik und Gestik. Besonders beim tonischen Stottern sind krampfähnliche Mitbewegungen der Lippen, Zunge, Augenpartie zu beobachten. Oft wird der direkte Blickkontakt vermieden. Eine sprachbegleitende, natürliche Gestik fehlt. Dafür kommt es zu Fingerschnippen, Oberschenkelklopfen etc. Der Stotternde kann aber erstarrt erscheinen, weil er sich z.B. am Stuhl festkrallt. Diese dargestellten Punkte sind nicht unbedingt bei Kindern zu beobachten. *Flicklaute*, *-wörter*, *-satzteile* sollen ebenfalls flüssiges Sprechen ermöglichen. Gefürchtete, weil störanfällige Laute werden vermieden, indem andere Wörter verwendet werden, was den Sinn eines Satzes mitunter verändern kann. Im Extremfall werden bestimmte Kommunikationssituationen vermieden oder der Gesprächspartner wird veranlasst, scheinbar gesuchte Wörter für den Stotternden fertig zu sprechen. *Starter* sind Wortteile, Wörter oder Redewendungen, die vom Stotternden leicht und eher fehlerfrei ausgesprochen werden können. Sie werden vor schwierigen Wörtern eingesetzt oder in Stress machenden Situationen („ich bin der Meinung...“). *Stop-Go-Mechanismen* haben ähnliche Funktion. Nach einer Blockierung wird abgebrochen und mit einem völlig anderen Wort erneut begonnen. Das kann mehrmals hintereinander und sehr schnell erfolgen („Im Saal herrscht T-t-totenst-t-t ... absolute Ruhe...“ „Handt-t-t... äh ... Handtuch-Handtuch ...“). Stotternde wissen um diese Coping-Strategien Bescheid. Auch durch die Atmung wird versucht möglichst flüssig zu sprechen. Dazu werden unübliche Atem- und Sprechtechniken wie *inspiratorisches Sprechen* mit hoher Sprechgeschwindigkeit und auffällig veränderter Stimmlage gezählt. Auch das *Sprechen mit Residualluft* geschieht mit großer Geschwindigkeit. Umgekehrte Bauchbewegungen (Einatmen und Einziehen der Bauchdecke, Ausatmen und Vorwölben der Bauchdecke) werden dem *paradoxen Atemtyp* zugerechnet. Diese Begleitsymptome treten mehr oder weniger automatisiert auf. Sie machen das Störungsbild komplizierter, da die äußere Wirkung (spricht fast flüssig) nicht dem inneren Zustandsbild entsprechen müssen. Daher darf man diese – manchmal geringen und leicht übersehbaren – Auffälligkeiten nicht außer Acht lassen (z.B.: Er redet sehr langsam, sodass man meinen kann, er spricht besonders überlegt. Jedoch versucht der Stotternde durch die langsame Sprechweise im Vorhinein schwierige Wörter zu umgehen).

Regelhaftigkeit: *Symptommhäufigkeit und –schwere* variieren unter verschiedenen Bedingungen. Dabei ergeben sich gewisse Regelhaftigkeiten, die für die Kennzeichnung des Stotterns von Bedeutung sind. Dazu zählen Konstistenzeffekte (Stotterrate bleibt bei bekannten Lesetexten gleich), Adaptionseffekte (Stottern wird bei bekannten Lesetexten besser) und die Variabilität des Stotterns (der Wortanfang, Satzanfang, längere Wörter, eher bedeutungsstarke Wörter wie Substantive, Adjektive, Verben, Adverbien werden gestottert, Konsonanten eher als Vokale und vor allem Konsonanten am Wortanfang).

Kommunikationsverantwortlichkeit: Meistens bereitet das *Lesen* von Texten dem Stotternden weit weniger Schwierigkeiten als freies Sprechen. Ist das Lesen mit Angstausslösern (Fehler zu machen, bei fremdsprachigen Texten Aussprache) verbunden, nimmt die Stotterhäufigkeit aber zu. Beim Sprechen von Nonsense-Material, bei Selbstgesprächen, Zählen, Buchstabieren, Singen oder das Sprechen mit Tieren, Puppen etc. ist das Fehlen von Symptomen zu beobachten. Das Nachsprechen gelingt ebenfalls meist symptomfrei. In den erwähnten Situationen tritt Sprechen und die Sprache als Kommunikationsmittel in den Hintergrund, was

scheinbar entlastend wirkt. Vor Autoritäten oder größerem Auditorium zu sprechen verstärkt hingegen die Symptomatik. Dasselbe ist zu beobachten, wenn der Stotternde in fremden Situationen agieren muss. In diesem Zusammenhang wird von *kommunikativer Verantwortlichkeit* als wesentliche Einflussgröße auf die Symptomatik gesprochen. Es spielt eine Rolle, wie der Stotternde eine Situation einstuft, ob sie für ihn bedeutend oder unbedeutend, bekannt oder unbekannt, leicht oder schwierig ist. Die Erwartung, wie der Sozialpartner reagieren wird ist ebenfalls von Bedeutung für das Auftreten der Stottersymptomatik.

Stottern als soziales Verhalten: Es gibt gewisse Regeln im sozialen Umgang in der Gesellschaft. Der Stotternde verstößt permanent gegen diese Konventionen. Er erleidet dadurch einen Prestigeverlust, hat mit Ablehnung zu kämpfen und gegen Isolierung. Die nicht-stotternden Gesprächspartner sind oft der Meinung, es wird auf Grund von Nervosität gestottert. Sie versuchen deshalb den Betroffenen zu beruhigen es folgen „Hilfeleistungen“ (dem Stotternden wird ins Wort gefallen ...). Oder der Stotternde wird spaßig genommen, geneckt, was Kinder gerne tun. Witze tun ihr übriges, um Stotternde zu verletzen. In Comics oder Geschichten übernehmen stotternde Figuren den Part des Unsympathischen. Stotternde können überraschend gut Situationen einschätzen und vorhersagen, wie stark die Symptomatik in Erscheinung treten werde. Bestimmte Situationen werden vermieden (Telefonate, Video- oder Tonbandaufzeichnungen machen zu lassen). Der Stotternde hat allmählich das Selbstkonzept einer Person, die nicht in der Lage ist, neue Sozialkontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten. Es kann aber auch das Gegenteil eintreten, der Stotternde experimentiert viel herum, weil er unsicher ist. Andererseits wird ihm aber auch aus „Mitgefühl“ das soziale Feed-back vorenthalten. So wird der Stotternde in eine soziale Rolle gedrängt, die andere für ihn vorsehen. Das kann dazu führen, dass Stotternde, die sich fließend sprechen hören meinen, das seien nicht sie selbst und es vorziehen, stotternd zu sprechen.

Häufigkeit: Stottern tritt bei Kindern wesentlich häufiger auf als bei Erwachsenen. Es wird geschätzt, dass 2-4% der Gesamtbevölkerung stottern, wobei bei Vorschulkindern die Häufigkeit am größten ist. Bei 70-80% der Stotternden treten die ersten Symptome vor dem 8. Lebensjahr auf. Die Zahl der *Spontanremissionen* muss also sehr groß sein. Diese äußern sich allerdings nicht plötzlich, sondern allmählich. Klonisches Stottern hat eine bessere Prognose als das tonische. Je weniger sich der Stotternde seines „Leidens“ bewusst ist, desto besser sind die Heilungschancen.

Spracherwerb und Beziehung zum Stottern: Das *erste Auftreten* von Stottern findet erst statt, wenn die Sprachentwicklung schon weiter fortgeschritten ist. Ob Besonderheiten während des Spracherwerbs zum Stottern führen können, ist unklar. Bei vielen Stotternden wurde aber eine *verzögerte Sprachentwicklung* festgestellt, wobei sich aber vorliegende Untersuchungen widersprechen. Außerdem ist es immer schwierig durch Interviews subjektiv Erlebtes und Vergangenes objektiv darzustellen. Fälle, die den Beginn des Stotterns mit traumatischen Ereignissen in Verbindung bringen, sind nicht belegt. Nachahmendes Stottern, also durch Modelllernen, gibt es eher nicht. Ganz selten beginnen Erwachsene zu stottern (wird mit Traumata in Verbindung gebracht).

Elternverhalten: Da die meisten Betroffenen im Vorschulalter zu stottern beginnen, suchen Forscher im engen Kontakt der Eltern zu den Kindern Ursachen für die Sprechstörung. Klare Ergebnisse kann man aber nicht berichten, das Elternverhalten als einen der Auslöser für Stottern zu bezeichnen ist eher eine Mutmaßung. Es wird berichtet, Eltern stotternder Kinder diagnostizieren häufiger Stottern aus Tonbandaufnahmen, sind also empfindsamer. Oder die Erziehungsdominanz wird berichtet. Mütter sollen eher überbesorgt gegenüber den stotternden Kindern sein (wurde aber generell festgestellt). Weniger elterliche Konsequenz wird beobachtet. Insgesamt muss festgestellt werden, dass Untersuchungen im Nachhinein – also nach Auftreten einer Störung – nicht als objektiv, sondern als tendenziell zu bezeichnen sind: Es gibt die Tendenz zur sozial erwünschten Antwort.

Genetische Erklärungsversuche über das Entstehung des Stotterns: Es wird von deutlich mehr männlichen als weiblichen Betroffenen (ca. 3:1) berichtet. Mit zunehmendem Alter vergrößert sich das Verhältnis. Die Ursachen für Verteilung sind unbekannt, es wird vermutet, dass es mit Erwartungen, Erziehungsstilen, Verhaltenssanktionen zu tun haben könnte. Oder dass Mädchen früher zu sprechen beginnen und bessere verbale Fähigkeiten aufweisen. Angehörige eines Stotternden stottern häufiger. Trotzdem ist Zurückhaltung geboten über die Vermutung einer Vererbbarkeit des Stotterns, da es erziehungsmäßige und andere Wechselwirkungen geben kann. Eine Tendenz zu genetischen Faktoren dürfte es aber geben.

Psychologische Erklärungsversuche über Entwicklung und Aufrechterhaltung des Stotterns: Es gibt den Ansatz, dass Stottern ein *diagnostisch hervorgerufenes Symptom* darstellt. Erst durch die – meist von den Eltern – gestellte Diagnose „Stottern“ und die daraus folgenden Reaktionen wird das Kind verunsichert, weil es den Ansprüchen fließend zu sprechen nicht mehr gewachsen ist. Die stotternde Sprechweise des Entwicklungsstottern manifestiert sich. Die Eltern stehen somit im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen. Eine andere Theorie besagt, dass der Stotternde aus *Angst vor dem Stottern* stottert. Aus der Bestrafung von Sprechunflüssigkeiten durch die Eltern bilden sich im Kind Ängste aus, die über Assoziationslernen mit bestimmten Wörtern oder Situationen verknüpft werden. Diese bilden Hinweisreize für die Erwartung, dass nun gestottert wird. Die *Lerntheorie* sieht *operante Anteile* am Stotterverhalten. Es gibt verschiedene Verstärkerpläne für das Entstehen, Entwicklung und Aufrechterhalten des Stotterns. Zeigt ein Kind stotternde Elemente, so erfolgt eine Reaktion der Bezugspersonen. Diese Reaktion wirkt als Verstärker, was das wiederholte Auftreten fördert. Erfolgt die Zuwendung intermittierend, so wird das Stotterverhalten gefestigt. Zur Aufrechterhaltung der Sprechstörung gibt es die Hypothese des Krankheitsgewinns. Zusammenfassend muss man sagen, dass in jeder Stotterreaktion sowohl physiologisch-motorische wie sozial-kognitive Bedingungs Momente zu sehen sind.

Die Behandlung des Stotterns: Heute werden sprachheilpädagogische und psychologische Therapieverfahren mit medizinischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Methoden kombiniert. Klar ist auch, dass Stottern nicht unbedingt heilbar ist. In der Therapie geht es darum, dem Betroffenen einen adäquaten Umgang mit seinem Problem zu vermitteln. Bei Kindern ist zu beachten, dass deren Eltern mit behandelt werden sollten. Dabei sind folgende Punkte Interventionsbereiche sichtbar:

Gräven: E-Mail: michael.graeven@teling.at
SPRACHSTÖRUNGEN - Ein Überblick

- Behandlung der Sprechstörung
- Begleitende Maßnahmen dazu
- Selbstkontrolle zum flüssigen Sprechen / Stottern
- Behandlung der Sozialstörung
- Selbsthilfe(gruppen)
- Therapeutische Nachsorge

Mit diesen Punkten ist gleichzeitig eine mögliche Reihenfolge in der Stottertherapie gegeben.

Zusammenhang von Stottern und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Stottern an sich führt nicht zu LRS. Betroffene Kinder sind jedoch in ihrer schulischen Mitarbeit beeinträchtigt, was zu schlechteren Leistungen führen kann (auch im Zusammenhang mit einem „Krankheitsgewinn“). Sekundäre schlechtere Lese- und/oder Rechtschreibleistungen können also aus geringerer Mitarbeit oder Unterstützung seitens der Lehrer auf Grund des Stottern entstehen.

POLTERN (Überarbeitet von Regina Wegerth)

Symptome: Poltern ist gekennzeichnet durch überhastetes Sprechen, das den Eindruck vermittelt, die Wörter die gesprochen werden sollten werden durch Wörter, die sich gedanklich vordrängen, ersetzt, was das Gesagte oft unverständlich macht. Die Sprechatmung ist dysrhythmisch und durch fehlende Pausen gekennzeichnet. Die Stimme ist resonanzarm und monoton.

Entwicklung: Bei Kleinkindern soll die Symptomatik anderer Sprachstörungen (Dyslalie, Dysgrammatismus) im Vordergrund stehen. Die frühe Tachylalie, als unreifes Sprechmuster, wird deutlicher, wenn die anderen sprachlichen Entwicklungsverzögerungen überwunden werden.

Die im Folgenden dargestellten Symptome sind auf bestimmten Altersstufen normal. Zunächst erwerben Kinder phonetisch-phonologische und morphologisch-syntaktische Merkmale der Sprache verzögert. Dabei werden Laute und Silben zwar beherrscht, aber umgestellt, verkürzt, verschmolzen, ausgelassen. Das ist bei längeren Wörtern und vor allem bei Konsonantenhäufungen zu beobachten. Auf der phonologischen Ebene reduzieren sich diese Schwierigkeiten im Lauf der Sprachentwicklung, treten aber als Poltersymptomatik wieder auf. Auch im Satzbau treten Symptome wie Wortumstellungen, -auslassungen, -verschmelzungen, -wiederholungen etc. auf. Die Sätze sind kurz oder unvollständig.

Wie oben schon erwähnt, muss *Stottern vom Poltern differenzialdiagnostisch* abgegrenzt werden, wobei folgende Aufstellung (nach Fiedler, 1994) hilft:

Merkmal	Stottern	Poltern
Sprechrates	meist langsam	meist schnell
Sprechen bei geringer Kommunikationsverantwortlichkeit	besser	schlechter
Sprechcharakteristik	klonische / tonische Symptome	„polternde“ Wiederholungen von Wörtern und Satzteilen
Aufmerksamkeit für Belastungssituationen	verschlechtert	verbessert
lautes Lesen eines bekannten Textes	besser	schlechter
lautes Lesen eines unbekanntes Textes	schlechter	besser
leises (flüsterndes) Sprechen	besser	schlechter
Sprechen unter VAR	verbessert	verschlechtert
Furcht vor bestimmten Lauten	ja	nein
Störungsbewusstsein	stark	fehlt meist
Gestik	eingeschränkt	großzügig

Zusammenhang von Poltern mit Schriftspracherwerb (LRS) und Schulleistungen:

Die genannten Symptome treten auch beim Erlernen oder Anwenden des Schreibens (Abschreiben, Diktate, freies Schreiben) und Lesens auf. Dabei werden z.B. nicht nur Buchstaben, sondern Wortteile, Satzzeichen, i-Punkte etc. ausgelassen. Beim Lesen werden vor allem kurze Wörter und manchmal ganze Zeilen übersprungen. Trotz mathematischer Begabung können Schwierigkeiten wie Zahlenverwechslungen und –umstellungen, Richtungswechsel bei Rechenoperationen (Divisionen, Subtraktionen) etc. vorkommen. Konzentrationsstörungen werden infolge der Unfähigkeit sich gegen Außenreize abzuschirmen beobachtet.

Erklärungsansätze für das Entstehen von Poltern: Was die Sprechablaufstörung Poltern hervorruft ist noch nicht erforscht, es gibt jedoch einige Theorien darüber.

Programmgestaltungsstörung nach Graichen (Meixner in Grohnfeldt 1992):

Die Sprachentwicklung läuft auf der Basis von bestimmten Grundfunktionen ab. Eine Erklärung für Störungen liefert die Neuropsychologie, die von motorischen Ablaufprogrammen spricht, bei denen die koordinierten Handlungen durch Regelprogramme gesteuert werden. Eine verminderte Fähigkeit ein Handlungsprogramm aufzubauen, es durchzuführen und störungsfrei zu halten führt zu einer Störung der Programmgestaltung. Die Beeinträchtigung liegt im taktil-kinästhetischen, visuellen und auditiven Bereich. Daher kommt es zu Auslassungen, Umstellungen, Verwechslungen von Lauten im Wort oder von Wörtern im Satz.

Serialitätsstörung nach Affolter (Meixner in Grohnfeldt 1992): Bei serialen Leistungen werden modale und intermodale Reize in einer zeitlichen Abfolge wahrgenommen und verarbeitet (gespeichert / wiedergegeben). Bei einer Störung ist es nicht (ausreichend) möglich Geräusche, Laute, Sprache, Bewegungen zu reproduzieren.

Gräven: E-Mail: michael.graeven@teling.at

SPRACHSTÖRUNGEN - Ein Überblick

Entwicklungsstörung der Wahrnehmung zeitlicher Abfolgen (Temporal Order Perception): Bei sprachauffälligen Kindern kann die Zeitverarbeitung auf Ordnungs- oder Integrationsebene beeinträchtigt sein. Dabei dürfte der Erwerb der Zeit- und Sprachverarbeitung in Wechselwirkung stehen. Es könnte sein, dass die zeitlichen Impulsfolgen während der Sprachentwicklung falsch gespeichert und programmiert werden.

Diagnose: Graichen (Meixner in Grohnfeldt 1992) lässt zur Diagnose sinnlose Silben produzieren, wobei er Interferenzen, Reihenabfolgen und Segmentierungen bezüglich ihrer Beständigkeit überprüft. Die Betroffenen werden auch auf das Vorhandensein anderer Sprach- bzw. Sprechstörungen hin untersucht. In einem Anamnesegespräch muss die kindliche Entwicklung abgehandelt werden (körperliche, sprachliche, motorische, psychische, soziale Entwicklung). Auf phonologischer Ebene müssen die Auffälligkeiten quantitativ erfasst werden (siehe Vorgehensweise beim Stottern). Das Sprachprotokoll soll eine Übersicht über morphologisch-syntaktische Mängel liefern (Video, Tonband und Übertragung in schriftliche Form). Die Lese- und Schreibfertigkeiten (Abschreiben, Ansage schreiben, freies Schreiben) sind ebenfalls zu überprüfen, da dabei ähnliche Symptome zu erkennen sind, wie beim Sprechen. Da Meixner (in Grohnfeldt 1992) davon ausgeht, dass Poltern aus Teilleistungsstörungen hervorgeht, überprüft sie auch diese. Sie bezieht sich aber auf zu alte Literatur und daher ist die Richtigkeit ihrer Ausführungen anzuzweifeln. Besser ist es, sich an Fiedler (1994) zu halten (siehe Differenzialdiagnose Stottern-Poltern). Beim Poltern mag es auch unerlässlich sein, so wie bei der Diagnose von Stottern vorzugehen, da eine Unterscheidung der beiden Sprechstörungen oft schwer ist.

Therapie: Eine gesamtpersonelle Förderung mit behinderungsspezifischem und sprachausagendem Bezug ist durchzuführen. Dabei ist von den individuellen sprachlichen Fertigkeiten als Basis auszugehen. In der Therapie wird – je nach theoretischer Grundlage – vorgegangen. Meixner (in Grohnfeldt 1992) sieht Teilleistungsschwierigkeiten als Ursache und trainiert diese daher. Heute ist eher davon auszugehen, dass der polternde Klient sozial beeinträchtigt ist. Er sollte daher lernen, seine Gedanken konzentriert sprachlich auszudrücken. Das wird durch Leseübungen, Rollenspiele, Trainings in-vivo etc. trainiert.

Abschließende Bemerkung: Über Poltern findet man kaum neue und auch brauchbare Literatur. Meixner (in Grohnfeldt 1992) drückt sich vage und unwissenschaftlich aus. Vor allem scheint ihr Grohnfeldt Raum gegeben zu haben, ihre Lernbücher zu bewerben, die eher nur vorsichtig in Therapien angewendet werden können, da vor allem Kinder gute sprachliche Fertigkeiten brauchen um Bildgeschichten etc. formulieren zu können. Beim Poltern handelt es sich um eine Störung ohne Störungsbewusstsein, das macht eine adäquate Therapie sehr schwierig.

MUTISMUS **(Überarbeitet von Regina Wegerth)**

Definitionen: Mutismus bezeichnet eine Kommunikationsstörung. Früher meinte man, der Betroffene schweige absichtlich und aus freien Stücken (freiwillige Stummheit). Das Schweigen ist aber nicht freiwillig, sondern Ausdruck und Symptom einer reaktiven Sprechhemmung (=psychische Störung), also auch nicht einer einfachen Trotzreaktion. Mutismus ist also das vollständige (totaler M.) oder partielle (elektiver M.) Nichtsprechen von Menschen, die die Sprachentwicklung weit gehend abgeschlossen haben und über eine physiologische Funktion der Sprechwerkzeuge verfügen. Sprachverlust (Aphasie etc.) ist auszuschließen. Hartmann (1995) meint jedoch, organische Ursachen dürfe man bei frühkindlichem Mutismus nicht ausschließen.

Der elektive Mutismus bezeichnet das teilweise Schweigen gegenüber einem fest umschriebenen Personenkreis und tritt vor allem gegenüber fremden (und abgelehnten) und eher erwachsenen Personen auf und in bestimmten Situationen. Oft kommt aktiver Trotz als unterstützender Faktor oder Abwehrreflex hinzu. Meist kommt es zur Auslösung der Sprechstörung durch einen Wechsel des Kindes in größere Gemeinschaften (Kindergarten, Schule). Mit anderen Personen, vor allem mit gleichaltrigen Freunden wird altersadäquat gesprochen.

Symptomatologie: Beim elektiven Mutismus dürfte es sich um ein Symptom mit tiefer liegender psychischer Problematik handeln. Meist ist nicht nur Schweigen, sondern auch andere / abweichende Verhaltensmuster zu beobachten. Wir sprechen also von einem Symptomkomplex. Beim totalen Mutismus fehlen sämtliche phonische Leistungen, wie Weinen, Husten, Lachen etc. Man muss beachten, dass nach Ansicht der Verhaltenstheorie Schweigen auch eine Form der Kommunikation oder des Verhaltens ist. Und damit hat es Mitteilungscharakter, wodurch Mitmenschen beeinflusst werden. Als Ersatz werden generell Kompensationsmöglichkeiten wie Gestik, Mimik und schriftliche Kontaktaufnahme gebraucht. Jeder Versuch, das Kind zum Sprechen zu bringen kann die innere Blockade verstärken. Es kann auch zu nachahmendem Verhalten (bei Geschwistern, Zwillingen) kommen. Bei einem Unverständnis gegenüber der Sprechstörung, entsteht ein Circulus vitiosus. Durch falsche Reaktionen der Erwachsenen kann es auch zu einem Krankheitsgewinn kommen. Eine soziale Isolation droht in den meisten Fällen, wo nicht therapeutisch adäquat reagiert wird. Im Hintergrund der Sprechstörung können auch Sprachstörungen wie Dysgrammatismus, Dyslalien oder Stottern stehen. Diese Störungen können auch Auslöser des Mutismus bei geringem Selbstwertgefühl des Kindes sein. Muchitsch (Hartmann 1995) gibt die Rate des Auftretens von Mutismus mit 7% an, Buben sind bedeutend öfter betroffen als Mädchen. Zur Intelligenz muss man feststellen, dass Mutisten eigentlich nicht testbar sind, wodurch man auch keine stichhaltigen Aussagen treffen kann.

Verhalten: Neben der mutistischen Störung treten Verhaltensabweichungen wie Angst, Verschlossenheit, Trotz, Hemmungen, depressive Verstimmungen, neurotische Merkmale, Minderwertigkeitsgefühle (Verletzbarkeit, Verlegenheit, Schüchternheit) auf. Aber auch Hartnäckigkeit, Eigensinn, Beharrungsvermögen, Rückzugsverhalten, Durchsetzungsfähigkeit sind zu beobachten. Andere Autoren

Gräven: E-Mail: michael.graeven@teling.at
SPRACHSTÖRUNGEN - Ein Überblick

weisen auf Hypermotorik, Wildheit und lärmenden Verhaltensweisen in gewohnter Umgebung hin. Pavor nocturnus, Enoresis, Enkopresis, Phobien, Pedanterie, Zwänge können ebenfalls Begleitsymptome sein. Alle beschriebenen Punkte gehen mit einer verlangsamten psychischen Entwicklung einher. In der Therapie geht es darum, das Vermeidungsverhalten zu reduzieren und Anreize zu erzeugen (Anhand von Verstärkern), dass das schweigende Verhalten (=Vermeidungsverhalten) durch adäquates Verhalten ersetzt wird, welches dann systematisch (durch Verstärker) aufzubauen ist. Einfacher: Je größer die Zweifel des Kindes, ob nicht das Sprechen mehr bringt als das Schweigen, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass es zu lautlichen Äußerungen kommt.

Weitere Merkmale: Körperliche Retardierungserscheinungen wurden nicht festgestellt. Nur in manchen Fällen lagen frühkindliche Hirnschädigungen vor, wobei es dafür keine eindeutigen Zahlen gibt. Häufungen des Auftretens von Mutismus werden im 3. - 4. Lebensjahr (Frühmutismus) berichtet und im 5. - 7. Lebensjahr (Spät-, Schulmutismus). Im ersteren Fall kann das Auftreten mit der kindlichen Trotzphase gekoppelt sein, mit dem Vorhandensein von anderen Sprachstörungen und einem damit verbundenen Überforderungsgefühl. Beim Spätmutismus liegt eine Loslösung von den ersten wichtigen Bezugspersonen vor, mit einem Übertritt in eine größere soziale Gemeinschaft. Leistungsschwächen können dabei eine traumatisierende Wirkung haben. Mutismus bei Erwachsenen ist ein psychotisches Phänomen.

Ätiologie: Für die Auslösung von Mutismus gibt es konstitutionelle Faktoren, die Auswirkung körperlicher Krankheiten, Verletzungen und Umweltfaktoren. Verschiedene Theorien versuchen die Entstehungsbedingungen zu beleuchten.

Psychoanalytischer Ansatz: Mutismus ist nach Freud Ausdruck einer neurotischen Symptomatik. Konflikte zwischen dem Ich und Sexualstreben, die sich mit dem Ich nicht vertragen. So kommt es zum Kompromiss des Ich mit dem verdrängten Sexualtrieb mit der betreffenden Symptomatik. Nach Freud wäre das Konflikterlebnis also in früher Kindheit zu suchen. Traumatisierende Erlebnisse wie Geiselnahmen, elterliche Auseinandersetzungen oder auch der Schuleintritt wären als solche konfliktfördernde Ereignisse einzustufen.

Lerntheoretischer Ansatz: Dieser Ansatz geht davon aus, dass jedes Verhalten ein Ergebnis von (unbewussten) Lernprozessen ist. Dabei gibt es wiederum zwei Ansätze: Die *operante Konditionierung* und das *Lernen am Modell*.

Das Modell der operanten Konditionierung geht davon aus, dass ein Stimulus (Reiz) und eventuell eine Organismusvariable zu einer Reaktion führen. Durch positive oder wegfallende negative Konsequenzen wird diese Reaktion verstärkt und zu einem dauernden Verhalten aufgebaut, da das Verhalten als positiv erlebt wird. Kommt es zu negativen Konsequenzen können diese deshalb das Verhalten verstärken, weil sie möglicherweise die einzigen Konsequenzen sind („Besser eine negative als gar keine Konsequenz“).

Moderner ist die Theorie des Lernens am Modell. Dabei wird vor allem das vorbildgebende Verhalten von Familienangehörigen oder wichtigen Bezugspersonen als so bedeutend angesehen, dass es vom Schützling angenommen wird. Im Falle des Mutismus wird ein einsilbiges, menschen scheues, zurückhaltendes Verhalten der Eltern oder Geschwister als prägend angesehen.

Positive Konsequenz:

S (Anforderungen wie Fragen etc.) → O (Sprachstörung) → R (Schweigen) →
→ C+ (vermehrte Zuwendung)
→ C~~/~~ (Verzicht auf Anforderung)

Negative Konsequenz:

S (Anforderungen wie Fragen etc.) → O (Sprachstörung) → R (Schweigen) →
→ C- (Abwendung, Isolierung des Schweigenden)

Milieu**theoretischer Ansatz:** Bei den ersten beiden Ansätzen werden die Umwelteinflüsse zu wenig beachtet. Milieustudien zeigen, dass mutistische Kinder eher aus sozial benachteiligten Schichten kommen, eher in ländlichen Gebieten oder im Kleinstadtmilieu zu finden sind. Diese Kinder leiden oft zunächst unter der Kontaktarmut ihrer Eltern. Diese leben eher zurückgezogen, Väter sind weich, ablehnend. Mütter stimmungslabil, ängstlich, overprotecting. Eltern sind überbesorgt, mit Kindererziehung überfordert, leben in ehelichen Konflikten. Gefühle werden in diesen Familien nicht ausgesprochen.

Somatische Faktoren: Es werden gesamtpersönliche Entwicklungsstörungen berichtet (Intelligenzdefizite, sprachliche, motorische Defizite, Sprachstörungen, etc.) Mutismus in Zusammenhang mit Psychosen (Depressionen, Schizophrenen) wird eher bei Erwachsenen beobachtet.

Differenzialdiagnostische Abgrenzung zu: Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, „Idiotie“, sensorischer Hörstummheit (auditive Agnosie: Schallereignisse werden wahrgenommen, können nicht gedeutet werden), motorischer Hörstummheit (verbale Apraxie: Sprache wird verstanden, es kann aber nicht gesprochen werden). Surdomutismus auf Grund der psychogen bedingten Einschränkung des Hörvermögens, Autismus (Beziehungsstörung), Aphasie (Sprachverlust).

Therapie: Der Klient muss in seiner Ganzheit erfasst werden (medizinische Untersuchungen, Verhaltensbeobachtung, Anamnese). Das Schweigen sollte nicht direkt angegangen werden, sondern im Einflussnehmen auf die Umwelt. Früher wurden Milieuwechsel vorgeschlagen. Rhythmische Übungen wie Singen und Chorsprechen und Zeichnen eignen sich ebenso als therapeutische Maßnahmen. Erzieherische Einflussnahmen in Richtung Ermutigung und Angstfreiheit müssen gesetzt werden. Man kann auch versuchen den Klienten auszutricksen (absichtlich Fehler machen, die den Klienten reizen sollen, den Therapeuten auszubessern). Mitsprechen, nachsprechen, lesen etc. sind ebenso empfohlene Therapiemaßnahmen. Verhaltenstherapeutische Interventionen (Abbau unerwünschten und Aufbau erwünschten Verhaltens) werden als besonders gut wirkend empfohlen. Auch Sceno-Kasten oder Handpuppen kommen zum Einsatz. Die Änderung des Verhaltens der Bezugspersonen ist auch oft nicht zu vernachlässigen. Einen eventuellen Krankheitsgewinn muss man ausschalten, hingegen jedes noch so kleine positive Verhalten verstärken, Elemente des Modelllernens einsetzen, das Selbstvertrauen stärken, Affekte zeigen lernen,

Gräven: E-Mail: michael.graeven@teling.at
SPRACHSTÖRUNGEN - Ein Überblick

systematische Desensibilisierung durchführen. Vorsicht bei Lob: Es kann dem Kind peinlich sein und daher versuchen, es zu vermeiden!

Prognose: Mutismus kann von einigen Tagen zu mehreren Jahren dauern.

Zusammenhang zwischen Mutismus und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten:

Ein direkter Zusammenhang von LRS und Mutismus wird nicht berichtet, jedoch kommt es auf Grund des Schweigeverhaltens unweigerlich zu Schulschwierigkeiten, wenn die Störung über Monate anhält, da es dem Betroffenen nicht möglich ist, in der Schule mitzuarbeiten. Ein zu starker Leistungsdruck kann überdies zu Leistungsverweigerung führen.

LOGOPHOBIE

Kriebel (in Grohnfeldt 1992) schildert sehr gut, wie die meisten Menschen mehr oder weniger von Sprechangst betroffen sind, die uns auch unter dem Begriff „Lampenfieber“ geläufig ist: Bühnenangst, Redeangst oder Redehemmungen, Hemmungen kritische Äußerungen in einer Gruppe zu tätigen usw. werden aber allgemein akzeptiert. Schwieriger wird es, wenn ein Individuum versucht, solche Situationen zu meiden. Das führt dazu, dass es oft unmöglich wird, seine Anliegen und Bedürfnisse entsprechend zur Geltung zu bringen. Wie bei den oben abgehandelten Redestörungen ist auch die Sprechangst aus verhaltenstheoretischer Sicht erlernt. Als Begleitsymptome der Logophobie sind z.B. Zittern, Sprechunflüssigkeiten, Schwitzen und auch Schweigen zu nennen.

Da eine Sprechstörung nicht unbedingt von einer Sprachstörung begleitet sein muss, rückt die Angst ins Zentrum der wissenschaftlichen Betrachtungen. Damit wird diese psychische Redestörung – die ja die Angst des potenziellen Sprechers, im Mittelpunkt von Be(ob)achtung zu stehen, ausdrückt – mit Recht aus den Bereich der Sprachheilpädagogik gerückt: ein Rhetorikseminar alleine hilft im Falle einer Sprechangststörung nicht. Wo aber Stottern oder Mutismus zu beobachten sind, muss diese Angst mitbehandelt werden.