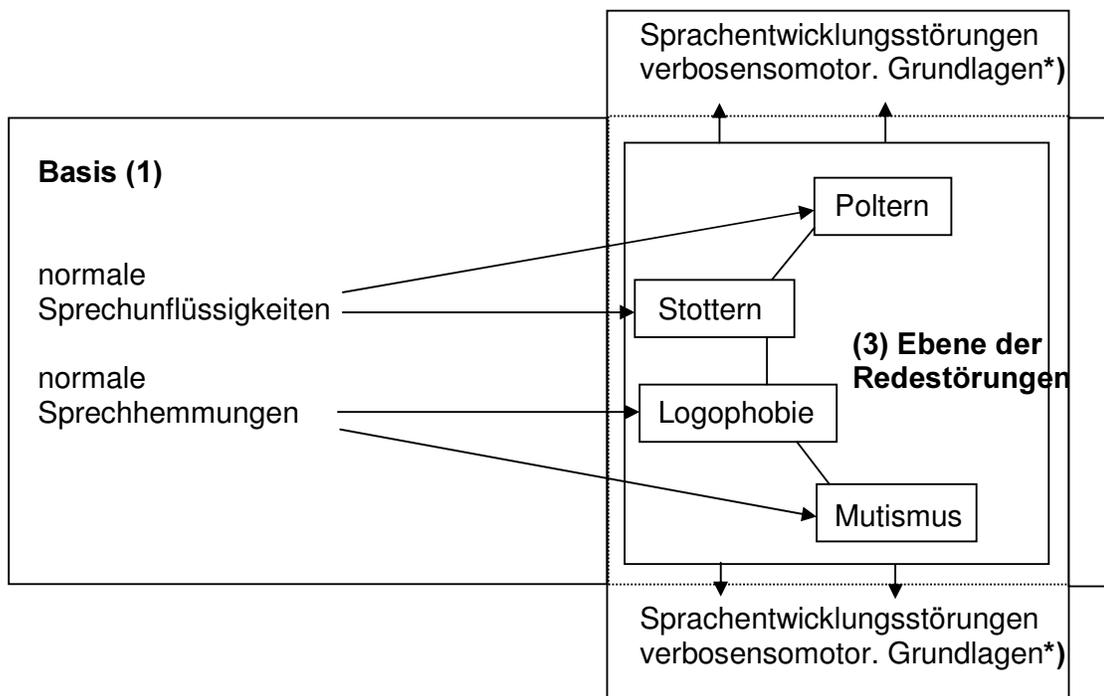


REDESTÖRUNGEN

STOTTERN, POLTERN, MUTISMUS UND LOGOPHOBIE: KENNZEICHEN, ENTWICKLUNG, THERAPIE

Unter Redestörungen verstehen wir einen Sammelbegriff für ein inhomogenes Erscheinungsbild an Störungsphänomenen wie Stottern, Poltern, Sprechangst (Logophobie) und Mutismus. Grohnfeldt (1992) sieht eine mehrdimensionale Vernetzung der Redestörungen, wie es in der folgenden Darstellung ersichtlich ist.



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

Wie die Grafik unschwer erkennen lässt, sind zwischen den normalen (1) und den pathologischen (3) Erscheinungen und auch zwischen den Risikofaktoren (2) Querverbindungen möglich. Generell handelt es sich also bei den Redestörungen um interaktionale Phänomene. Das bedeutet, es sind das familiäre Umfeld als auch der Freundes- und Bekanntenkreis, der Bezugsraum (z.B. Stadt / Land) und der gesellschaftliche Rahmen zu berücksichtigen, wenn man die individuelle Ausprägung einer Sprechstörung betrachten will, da Umweltereignisse auf das Individuum einwirken, das wiederum einen Einfluss auf den Gesamtkontext hat.

In den folgenden Kapiteln soll kurz auf die einzelnen Redestörungen eingegangen werden, wobei Fallbeispiele die Problematik erläutern sollen.

STOTTERN

Die Redeflussstörung Stottern ist gekennzeichnet von situativ variierenden Wort- und Silbenwiederholungen, Pressen, Muskelverkrampfungen, Atemfehlformen oder Mitbewegungen. Sowohl der Stotternde als auch Umwelt beobachten dies bewusst. Da das Problemfeld verwirrend komplex ist, gilt folgender Grundsatz: *Jedes Stottern ist anders.*

Franz, 13 Jahre alt, leidet unter tonischem Stottern, das teilweise mit klonischen Silbenwiederholungen einhergeht. Mitbewegungen wie das mehrfache Vorschnellen der Zunge oder ein ruckweises Vorschieben des Kopfes sind ihm peinlich und für den Beobachter irritierend. Teilweise sind die tonischen Krämpfe so stark, dass es Franz nur unter Veränderung der Lautstruktur eines Wortes gelingt dieses auch auszusprechen, wodurch es natürlich unverständlich wird. In der Schule arbeitet er trotzdem gerne mit, da er sich in der Klassengemeinschaft geborgen fühlt. Außerhalb der Klasse spricht er nur so lange, als er das Gefühl hat, flüssig zu bleiben. Merkt er, dass er zu stottern beginnt, flüchtet er sich auf die Toilette. Innerhalb der Familie ist er ebenfalls geborgen und spricht ausgesprochen gerne. Sprechtechnische Maßnahmen erlernt er rasch, setzt sie aber nicht gerne ein, weil er dann langsamer sprechen muss. Stottern ist nur in wenigen Situationen (z.B. Gespräch mit Schülern anderer Klassen oder im Beisein von ihnen) durch eine Logophobie begleitet. In geborgenen Situationen (Klasse, Familie, Pfadfinder, ...) sprudeln er seine Worte regelrecht – auch gestottert – hervor.

Anders ist dies bei Rudolf. Er ist 21 Jahre alt und stottert sehr schwer. Nur weiß dies niemand anderer, als sein engster Familienkreis. Der Beweggrund in Therapie zu gehen war, bei der Matura nicht stottern zu müssen, da er es nicht zeigen will bzw. kann und daher von enormen Blockaden geplagt wird. Seine Strategie Stottern zu vermeiden während der Schulzeit war, lieber eine negative Note auf eine mündliche Prüfung zu bekommen, als zu zeigen, dass er stottert. Die einzigen Symptome, die er sich erlaubt sind ebenfalls das Vorschnellen der Zunge oder das Zucken des Unterkiefers. Ein Laie würde eher an einen Tick glauben als an eine Stottersymptomatik. In normalen Gesprächen, auf die er sich einlässt – auch jetzt in seinem neuen Job nach bestandener Matura – spricht er sehr langsam, was den Eindruck eines bedächtigen, überlegten Redens vermittelt. Hat er Angst, er würde ein Wort stottern, so bricht er ab oder ersetzt das Wort durch ein anderes, was teilweise den Sinn des Gesagten sehr stark verändert. Locker und gelöst spricht er nur nachdem er sich beim Tennis oder Boxen ausgepowert hat. Rudolfs gesamtes Sprechen ist logophobisch durchsetzt, Sozialkontakte werden daher weitgehend gemieden.

Patrick, 7 Jahre fällt in der Schule auf, weil er in der Sprachentwicklung verzögert ist. In der Überprüfungsphase der sprachlichen Fertigkeiten stottert er so extrem tonisch, dass der gesamte Körper verkrampft wird und der Arm wie von einem Tennisspieler beim Schlag weggeschleudert wird, um die Aussprache eines schwierigen Wortes zu ermöglichen. Dies passiert mehrmals hintereinander. Der Junge spricht nicht viel und ist nach den Krämpfen sichtlich erschöpft. In der darauf folgenden Sitzung, einige Tage später, sollte seine Problematik angesprochen werden. Er spricht unter Zuhilfenahme guter Mitbewegungen und eines rhythmischen Sprechens fast flüssig,

und behauptet: „Ich stotter‘ nie wieder!“ Dieses „Versprechen“ hat er bereits ein volles Jahr gehalten und die Symptomatik ist in jeder Situation völlig verschwunden, obwohl der Bub bezüglich des Stotterns nie therapiert wurde und dies auch nicht wollte. Auch er spricht sehr gerne und litt – so weit feststellbar – nie unter einer Logophobie.

Markus, 12 Jahre alt, besuchte eine Sprachheilklasse wegen Sprachentwicklungsverzögerung und Stottern. Als er in die Hauptschule wechselt, stellt ihn mir der Direktor vor, da der Junge sehr stark stottert. Zahlreiche Flickwörter und das Klopfen auf den Oberschenkel sollten ihm helfen, das Stottern zu reduzieren. Er lernt in 2 Sitzungen flüssig zu sprechen und setzt die neue Sprechweise bei Referaten oder Prüfungen ein. Im Klassenverband stottert er weiter. Um bei Mädchen anzukommen, kokettiert er mit der Sprechstörung und setzt seinen Charme – ein gewinnendes Lächeln – als Starter ein, was sich nun seit einigen Jahren bewährt.

Clemens, 7 Jahre alt, kommt mit seinen Eltern. In den Sitzungen spricht er mit einer geringen Stotterfrequenz und leidet offensichtlich nicht unter seiner Sprechstörung, weil er seinen verschiedenen sozialen Gemeinschaften noch nie sein Sprechen als negativ erlebt hat. Die wirklich Leidende ist seine Mutter, die sich mit seiner Sprechweise nicht versöhnen kann. Die Therapie muss beendet werden, weil es der Junge so will, mit dem Angebot zu einem späteren Zeitpunkt die Sprechstörung zu behandeln.

Wie die Beispiele erahnen lassen, ist der Verlauf bei dieser Sprechstörung dynamisch. Sie beginnt im Kindesalter mit ca. 3;6 – 5 Jahren als normales Entwicklungsstottern, verschwindet von selbst oder durch Therapie. Oder sie nimmt einen progressiven Verlauf und endet in chronischer Form. Im Schulalter wird versucht zu kaschieren oder zu vermeiden, was zu Symptomverbesserungen oder – verschlechterungen führen kann. Ab dem Jugendalter kann Stottern chronisch werden, was sich auf verbale und nonverbale Auffälligkeiten und besonders auf das Selbstwertgefühl auswirken kann, welches meist niedrig ist und zu sozialem Rückzug führt.

Das Besondere an den oben dargestellten Symptomen ist, dass sie auch bei normal Sprechenden zu beobachten sind, jedoch wiederholen Stotternde zehn Mal so oft Wortteile, drei Mal so oft Wörter oder Satzteile, und vier Mal häufiger bleiben Sätze unvollständig. Flickwörter („äh“) sind gleich oft zu beobachten.

Die Mitbewegungen von Gesichts- und Halsmuskulatur, der Extremitäten und auch des gesamten Körpers werden gleichzeitig mit dem Sprechen ausgeführt und ähneln oft den 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 nicht-verbale Ausdrucksmittel Mimik und Gestik. 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. 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 muss. Daher darf man diese – manchmal geringen und leicht übersehbaren – Auffälligkeiten nicht außer Acht lassen.

Stottern wird vom normalen Sprechen durch den Begriff Sprechunflüssigkeit abgegrenzt. Zur Beurteilung ob diese vorliegt, wird die Sprechgeschwindigkeit herangezogen mit folgenden Variablen: natürliche Pausen, Verzögerungen, artikulatorische und coartikulatorische (Gestik ...) Geschicklichkeit, Betonung des Gesagten. Normale Sprechunflüssigkeiten, die bei jedem Menschen abhängig von dessen Stimmungslage vorkommen, werden unterschieden von Unterbrechungen des Sprechens, die nicht in diesem Normbereich liegen und damit auffällig sind. Manche Fachleute meinen, Stottern unterscheidet sich von normalem Sprechen lediglich durch das Übermaß an Sprechunflüssigkeiten und entwickle sich daraus. Mit neueren Messmethoden wird versucht, hier Klarheit zu schaffen. Dabei werden physiologische (Muskelverspannungen), akustische (Silbendehnungen) und aerodynamische (Atemtechnik) Parameter herangezogen. Andere Wissenschaftler führen Eindrucks- und Wahrnehmungsstudien (Unterscheidung von flüssigen und nicht flüssigen Redepassagen) durch.

Symptommhäufigkeit und –schwere variieren unter verschiedenen Bedingungen, wobei sich gewisse Regelmäßigkeiten ergeben, die für die Kennzeichnung des Stotterns von Bedeutung sind. Dazu zählen der Konstistenzeffekt (bei mehrmaligem Lesen eines Textes wird häufig an ein und der selben Stelle gestottert, möglicherweise auf Grund einer bestimmten Erwartungshaltung), der Adaptionseffekt (bei wiederholtem Lesen eines Textes nimmt die Stotterrate ab, weil die Angst vor dem Versagen wegfällt) und die Variabilität des Stotterns. Auf Sprechhilfen, die das flüssige Sprechen unterstützen sollen, muss man sich zunächst konzentrieren, wodurch man von eigenen Sprechakt abgelenkt ist. Diese büßen aber mit zunehmender Routine ihre Wirksamkeit ein und werden zu den so genannten Parakinesen.

Lukas, 8 Jahre alt, stottert sehr stark und kann auch Lesetexte nur stotternd bewältigen. Bei ihm entwickelt sich eine entsprechende Erwartungshaltung, die es ihm nicht ermöglicht, bekannte Texte symptomfrei wiederzugeben. Zu Beginn der Therapie sind Gespräche mit hoher Kommunikationsverantwortlichkeit (das sind Situationen, die für ihn bedeutend waren) richtige Hürden und er vermeidet sie weitgehend. In der Schule leidet er unter Prestigeverlust und hat mit Ablehnung zu kämpfen und gegen Isolierung. Seine nicht-stotternden Gesprächspartner versuchen ihn zu beruhigen und es folgten „Hilfeleistungen“ (Lukas wird ins Wort gefallen).

Stotternde können überraschend gut Situationen einschätzen und vorhersagen, wie stark die Symptomatik in Erscheinung treten werde. Sie haben allmählich das Selbstkonzept einer Person, die nicht in der Lage ist, neue Sozialkontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten. Diese Tendenzen sind beim Fallbeispiel Rudolf bereits zu beobachten. Es kann aber auch das Gegenteil eintreten und der Stotternde experimentiert herum, weil er unsicher ist, was Franz gerne macht. 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.

Bei der Forschung nach den Ursachen für die Entstehung von Stottern ist interessant, dass es ein diagnostisch hervorgerufen Symptom darstellen kann: 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. Hirnorganische Ursachen sind sehr vorsichtig zu betrachten, da sie keineswegs dem einzelnen Betroffenen zugeschrieben werden dürfen, wenn nicht eindeutige medizinische Diagnosen dies bestätigen. Die Lerntheorie sieht operante Anteile am Stotterverhalten. Es gibt verschiedene Verstärkerpläne für das Entstehen, die Entwicklung und das 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: Unser Fallbeispiel Franz erspart es sich, in Englisch mitzuarbeiten, da er einen absoluten Schonraum bei seiner Lehrerin eingeräumt bekommen hat. Er ist zwar in dieser Fremdsprache ein schlechter Schüler, erspart sich aber Lernzeit, weil seine Fertigkeiten auf Grund seiner Sprechstörung nicht überprüft werden. Freilich ist dieser Krankheitsgewinn nur relativ, weil ein Versagen bei den schriftlichen Arbeiten droht. Umso wichtiger ist es, bei logophobischen Sprechstörungen einen eventuellen Krankheitsgewinn zu erkennen und ihn nicht zuzulassen.

So wie es zahlreiche Entstehungstheorien gibt, ist auch die Vielzahl an Therapiemethoden hier kaum ausführbar. Wichtig ist es jedoch zu beachten, dass immer Gewöhnungseffekte eintreten können, die eine vermeintliche Besserung oder Heilung zunichte machen. Zu den Methoden, die sich gut bewähren, gehört u.a. das akzentuierende Sprechen: Die Sprechflüssigkeit wird durch Veränderungen in den Bereichen Sprechgeschwindigkeit, Pausen, Verzögerungen, Geschicklichkeit, Betonung etc. gewährleistet. Die Sprechhilfen die unter diesen Begriff fallen, sind dem natürlichen Sprechen sehr nahe, bringen aber deutliche Symptomreduktion. Dementsprechend wird die Sprechgeschwindigkeit reduziert, besonders betont, dynamisch und daher entspannend artikuliert. Die Veränderung des Sprechrhythmus mit metrischem Sprechen oder Rhythmusprechen zählt zu den monotonisierenden Sprechübungsverfahren und ist in der Verhaltenstherapie beliebt. Unterstützt wird das Sprechen durch ein taktgebendes Metronom oder durch ein Mikronom, das hinter dem Ohr getragen werden kann. Der Sprechrhythmus und die Sprechgeschwindigkeit werden möglichst bald dem natürlichen Sprechen angepasst, dabei wird die Taktfrequenz erhöht. Mit der Zeit werden die technischen Hilfsmittel weggelassen. Dann werden soziale Situationen eingeübt und nicht mehr vermieden, zuerst in der Therapiesitzung, dann in-vivo durchgeführt. Eine dritte wesentliche Sprechtechnik beruht auf dem prolongierten Sprechen: Prolongierungseffekte sind u.a. mit Metronomen erzeugbar. So wird eine Neukoordinierung der Sprechatmung und der Artikulation angeregt. Wenn man den Klienten auffordert langsam und gedehnt zu sprechen, kann man die gleichen Effekte erzielen. Prolongiertes Sprechen wird auch durch eine bessere Legato-Technik erzeugt: ein sanfter, weicher Stimmeinsatz mit Anlauthilfen, kontinuierliche Silbenbindung bei kontinuierlich ruhiger Ausatmung werden genauso geübt, wie die Verlangsamung und

Verlängerung von Vokalen. Die Sprechtechnik wird mit einer Sprechangst-Desensibilisierung gekoppelt. Dazu kommt ein Entspannungstraining nach Jacobson und eine in-sensu-Desensibilisierung.

Sprechtechniken alleine sind nicht so Erfolg versprechend wie komplexere Behandlungsmethoden, die nicht die Begleitsymptome aussparen und die soziale Beeinträchtigung berücksichtigen. Dazu gehört die Selbstbeobachtung als wichtige Voraussetzung für die Behandlung um eine neue und sachliche Einstellung zum Stottern zu gewinnen, wodurch ängstliche Erwartungen abgebaut werden können. Ferner soll sich der Betroffene seiner Symptomatik stellen und sich damit auseinander setzen. So lernt er, dieser nicht machtlos ausgeliefert zu sein.

Durch die oben dargestellten Methoden kann man Stotternden sehr rasch zu flüssigem Sprechen verhelfen. Doch erst nach mindestens einem halben Jahr ist abschätzbar, ob das in der Therapie Gelernte auch auf alle Lebensbereiche und Situationen generalisiert werden kann und die sprachlichen Verbesserungen permanent sind. Sinnvoll ist es, folgende Punkte in der Behandlung Stotternder zu beachten:

- + Erklärung der Entstehungs- und Veränderungsbedingungen (besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen)
- + Sachliche Aufklärung über das Stottern
- + Therapeutische Intervention mit immer größer werdenden Möglichkeiten der Selbstkontrolle
- + Möglichkeit das Gelernte in externen Situationen auszuprobieren

Stottertherapien sind als länger dauernde Prozesse zu sehen. Rückfälle sind wahrscheinlich und sollten eingeplant werden. Kinder sollten auf ihrem jeweiligen intellektuellen Niveau darüber aufgeklärt werden (Beispiel nach Fiedler, 1994: Ein Auto stirbt ab oder fährt nur stotternd los, wenn nicht genug Gas gegeben wird). Schlussendlich wird die Enttabuisierung des Stotterns verlangt, da man nur über etwas reden kann, das man beim Namen nennt. Was man verändern will, muss man kennen. Was man willentlich verändern kann, ist nicht bedrohlich und die Angst kann verschwinden. Schließlich darf nicht vergessen werden, die das Stottern begleitenden Sozialstörungen zu behandeln, weil soziale Ängste zu den wichtigsten Determinanten des Stotterns zählen. Sie sind nicht Ursache, aber ein Faktor für die Aufrechterhaltung der Sprechstörung. Daher ist die Sprechangstbehandlung einer der zentralen Punkte in der Therapie.

Wie jede Therapie endet auch die Behandlung des Stotternden, sobald er dies wünscht, wobei nicht unbedingt Symptomfreiheit gegeben sein muss. Bei Rückfällen muss meist nicht mehr eine Sprechtechnik geübt werden, sondern es genügt, die psychische Komponente zu besprechen.

Die 9-jährige Verena ist wegen tonisch-klonischem Stottern in Therapie. Nach einigen Sitzungen ist sie zufrieden mit den nun stark verbesserten verbalen Möglichkeiten. Etwa ein Jahr später kommt sie nochmals mit ihrer Mutter. Die Symptomatik ist wieder so ausgeprägt vorhanden wie vor Therapiebeginn. Ein ausführliches Gespräch bringt Licht in das aktuelle familiäre Geschehen, das den Rückfall bedingt: Ihr Vater heiratet nun seine Lebensgefährtin, weil sie ein Kind bekommen. Obwohl das Mädchen jahrelang liebevoll in diese Beziehung eingebettet

war, hat sie nun doch Angst, ihren Vater zu verlieren. Nachdem sie durch das klärende Therapiegespräch erkannt hat, sie würde weiterhin vom Vater geliebt und von seiner zukünftigen Frau anerkannt, schwindet die stressbedingte Stottersymptomatik und Verena spricht wieder flüssig. Die Sprechtechniken werden also beherrscht. Durch den Psychostress bedingt war eine Wunde aufgerissen, die ein adäquates Umgehen mit dem Stottern kurzfristig nicht ermöglicht hatte. Hier wäre es sinnlos gewesen, ein Sprechtechniktraining anzubieten, da die seelische Not im Vordergrund gestanden war.

POLTERN

Die Redeflussstörung 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.

Erfahrungsgemäß ist es oft sehr schwierig, Poltern von Stottern abzugrenzen. Julia, 8 Jahre alt, ist seit etwa drei Jahren immer wieder in Behandlung, weil ihre Eltern meinen, sie stottere. Eine Logopädin und zwei Psychotherapeuten bestätigen diese Diagnose der Mutter, die auch bezüglich des Themas „Stottern“ sehr belesen ist. Eine genaue, einige Sitzungen dauernde, Anamnese und Differenzialdiagnose lassen Zweifel an der ursprünglichen Diagnose aufkommen. Die Mehrzahl der unten angeführten differenzialdiagnostischen Merkmale deuten darauf hin, dass Julia nach einer Phase des Entwicklungsstotterns begonnen hatte, polternd zu sprechen.

Merkmal	Stottern	Poltern
Sprechrate	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 verzögerter akustischer Rückkoppelung (VAR)	verbessert	verschlechtert
Furcht vor bestimmten Lauten	ja	nein
Störungsbewusstsein	stark	fehlt meist
Gestik	eingeschränkt	großzügig

Differenzialdiagnose von Poltern und Stottern (nach Fiedler, 1994)

Wie entwickelt sich nun diese Redestörung? Bei Kleinkindern soll nach Meinung mehrerer Autoren die Symptomatik anderer Sprachstörungen (Dyslalie, Dysgrammatismus) im Vordergrund stehen. Die frühe Tachylalie (Poltern), als unreifes Sprechmuster, wird deutlicher, wenn die anderen sprachlichen Entwicklungsverzögerungen überwunden werden. Zunächst erwerben die

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

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 und anderes ausgelassen. Beim Lesen werden vor allem kurze Wörter und im Extremfall ganze Zeilen übersprungen. Trotz mathematischer Begabung können Schwierigkeiten wie Zahlenverwechslungen und –umstellungen, Richtungswechsel bei Rechenoperationen (Divisionen, Subtraktionen) etc. auftreten. Konzentrationsstörungen werden infolge der Unfähigkeit sich gegen Außenreize abzuschirmen beobachtet. Die angeführten Auffälligkeiten sprechen – nebenbei erwähnt – dafür, Kinder mit „Dyskalkulie“ oder „Legasthenie“ (besser Lese-Rechtschreibschwäche) einer eingehenden Überprüfung durch Sprachheilpädagogen oder Logopäden zu unterziehen.

Die Ursachen der Redestörung sind nicht geklärt. Die beiden wichtigsten Theorien seien hier angeführt. Meixner (1992) erwähnt Graichens Ansatz der Programmgestaltungsschwäche als Ursache für das Entstehen von Poltern: Die Sprachentwicklung läuft auf der Basis von bestimmten Grundfunktionen ab. Die Erklärung für Störungen dabei liefert die Neuropsychologie, die von motorischen Ablaufprogrammen spricht, bei denen die koordinierten Handlungen durch Regelprogramme gesteuert werden. Die 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.

Andere Forscher sehen als Ursache Entwicklungsstörungen der Wahrnehmung zeitlicher Abfolgen (Meixner 1992). 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.

Zur Diagnose könnte man sinnlose Silben produzieren lassen, wobei Interferenzen, Reihenabfolgen und Segmentierungen bezüglich ihrer Beständigkeit überprüft werden. 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. Das Sprachprotokoll soll eine Übersicht über morphologisch-syntaktische Mängel liefern. Die Lese- und Schreibfertigkeiten sind ebenfalls zu überprüfen, da dabei ähnliche Symptome zu erkennen sind, wie beim

Sprechen. Wie schon oben erwähnt, ist es unerlässlich differenzialdiagnostisch Poltern von Stottern abzugrenzen oder auch um Mischformen feststellen zu können.

In die Therapie ist eine gesamtpersonelle Förderung mit behinderungsspezifischem und sprachaussagendem Bezug durchzuführen. Dabei ist von den individuellen sprachlichen Fertigkeiten als Basis auszugehen. Heute ist davon auszugehen, dass der polternde Klient sozial beeinträchtigt ist. Er soll daher lernen, seine Gedanken konzentriert sprachlich auszudrücken. Das wird trainiert durch Leseübungen, Rollenspielen, Trainings in-vivo etc. Die besondere Schwierigkeit in der Behandlung polternder Kinder liegt darin, dass sie oft keinen Leidensdruck verspüren und daher kaum mitarbeiten. Es ist daher immer wieder zu überprüfen, ob das Kind behandelt werden will. Es ist aus dem theoretischen Bezug Person – Sprechstörung gut ersichtlich, dass gerade in diesem Bereich die Freiwilligkeit Therapie zu machen gegeben sein muss.

Sicherlich ist es auch so, dass nur ein geringer Bruchteil polternder Menschen eine Therapie frequentieren. Dies mag einerseits darin begründet sein, dass kein oder kaum ein Leidensdruck verspürt wird. Andererseits ist es auch so, dass im Gegensatz zum Stottern, Poltern gesellschaftlich auch eher akzeptiert wird. Schlussendlich muss man feststellen, dass auch kaum Forschung über diese Redestörung betrieben wird (mangels Polternder, die sich zur Verfügung stellen?) , daher findet man kaum neue und auch brauchbare Literatur.

MUTISMUS

Mutismus bezeichnet eine Kommunikationsstörung, die immer von Logophobie begleitet wird. Früher meinte man, der betroffene schweige absichtlich. Das Schweigen geschieht aber nicht freiwillig, sondern ist Ausdruck und Symptom einer reaktiven Sprechhemmung, also einer psychischen Störung und damit auch nicht einer einfachen Trotzreaktion. Mutismus ist also das vollständige oder partielle Nichtsprechen von Menschen, deren Sprachentwicklung weitgehend abgeschlossen ist und die über eine physiologische Funktion der Sprechwerkzeuge verfügen. Sprachverlust ist immer auszuschließen, organische Ursachen können bei frühkindlichem Mutismus gegeben sein. Der elektive Mutismus bezeichnet das teilweise Schweigen gegenüber einem fest umschriebenen Personenkreis und tritt vor allem gegenüber fremden und eher vor erwachsenen Personen auf und in bestimmten Situationen. Meist kommt es zur Auslösung der Sprechstörung durch einen Wechsel des Kindes in größere soziale Gemeinschaften wie Kindergarten oder Schule. Mit anderen Personen, vor allem mit gleichaltrigen Freunden wird (altersadäquat) gesprochen.

Beim elektiven Mutismus dürfte es sich um ein Symptom mit tiefer liegender psychischer Problematik handeln. Meist sind 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.

Der Fall „Peter“ (Gräven et al. 1996) macht das oben Gesagte deutlich. Wahrscheinlich auf Grund einer geringen Sprachentwicklungsverzögerung und eines zerrütteten Elternhauses entwickelte er ein zu geringes Selbstwertgefühl, um sich im Kindergarten oder in der Schule altersgemäß verhalten zu können. Daher flüchtete er in die Rolle des Schweigenden (eine Rolle, die er bei seinem Vater immer wieder beobachten konnte). Zunächst schwieg er auch gegenüber anderen Kindern, erst nach genauem Check der Situationen begann er aus der Beobachterrolle in die aktive eines Gesprächspartners zu schlüpfen. In Anwesenheit fremder Erwachsener schwieg er aber über Jahre, da er erst in der Schule sprachlich und psychologisch betreut wurde. Nach insgesamt drei Jahren Verhaltenstherapie gelang es, sein Selbstwertgefühl so weit zu stärken, dass er die mutistische Rolle aufgeben konnte. In diese Zeit spielte ein schizophrener Schub der Mutter mit Verfolgungswahn hinein. Einen notwendigen Heimaufenthalt, auf den Peter vorbereitet wurde, verlebte er mit Bravour und reifte auch daran. Was nicht gelang war, Peters ausgeprägtes Anstrengungsvermeidungsverhalten erfolgreich zu behandeln, eine Rolle, die ihm ebenfalls sein Vater vorlebte und die ihm offensichtlich einen Schonraum in der Integrationsklasse der Schule verschaffte.

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 für Sprechen werden generell Kompensationsmöglichkeiten wie Gestik, Mimik und schriftliche Kontaktaufnahme gebraucht. Jeder unbedachte Versuch, das Kind zum Sprechen zu bringen kann die innere Blockade verstärken. Kommt es zu einem Unverständnis gegenüber der Sprechstörung, entsteht ein Circulus vitiosus. Durch falsche Reaktionen der Erwachsenen kann es auch zu einem Krankheitsgewinn kommen. So gering das Selbstwertgefühl dieser Kinder ist, so stark sind sie auf der anderen Seite, da das konsequente Schweigen des Mutisten nicht einfach sein kann. Auf keinen Fall darf man das mutistische Kind in seinem Schweigen belassen, weil es darunter leidet und stark in seinen sozialen Möglichkeiten beeinträchtigt ist. Die soziale Isolation droht eben in den meisten Fällen, wo nicht therapeutisch adäquat reagiert wird. Zur Intelligenz muss man feststellen, dass Mutisten eigentlich nicht testbar sind, daher kann man darüber auch keine stichhaltigen Aussagen treffen.

Wie teilweise bei Peter beobachtbar, treten neben der mutistischen Störung Verhaltensabweichungen wie Angst, Verschlossenheit, Trotz, Hemmungen, depressive Verstimmungen, neurotische Merkmale und Minderwertigkeitsgefühle (Verletzbarkeit, Verlegenheit, Schüchternheit) auf. Aber auch Hartnäckigkeit, Eigensinn, Beharrungsvermögen, Rückzugsverhalten und Durchsetzungsfähigkeit sind zu beobachten. Andere Autoren beobachten Hypermotorik, Wildheit und lärmende Verhaltensweisen in gewohnter Umgebung. Pavor nocturnus, Enoresis, Enkopresis, Phobien, Pedanterie und Zwänge können ebenfalls Begleitsymptome des Mutismus sein. Alle beschriebenen Punkte gehen mit einer verlangsamten psychischen Entwicklung einher.

Konkret geht es in der Therapie darum, das Vermeidungsverhalten anhand von Verstärkern zu reduzieren und Anreize zu erzeugen, dass das schweigende (Vermeidungs-)Verhalten durch ein adäquates ersetzt wird, welches dann systematisch verstärkend 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.

Einige wertvolle Tipps, können vielleicht helfen, die Therapie gelingen zu lassen: Das Schweigen nicht direkt angehen, sondern im Einflussnehmen auf die Umwelt. Rhythmische Übungen, zeichnen, singen und im Chor sprechen sind, wenn gezielt eingesetzt, dabei gute Therapieinstrumente. Vielleicht gelingen Maßnahmen wie mitsprechen, nachsprechen, lesen o.ä. Erzieherische Einflussnahmen in Richtung Ermutigung und Angstfreiheit müssen zu jeder Therapie gehören. Man kann auch versuchen, den Klienten „auszutricksen“, also absichtlich Fehler zu machen, die ihn reizen sollen, den Therapeuten auszubessern. Die Verhaltenstherapie oder Elemente davon (Abbau unerwünschten und Aufbau erwünschten Verhaltens) werden als wirksame Methode ebenso empfohlen, wie die Verwendung des Szeno-Kastens oder von Handpuppen. Auch muss oft eine Änderung des Verhaltens der Bezugspersonen versucht werden. Das Hauptaugenmerk muss, wie bei allen Sprechstörungen auf einen möglichen Krankheitsgewinn gelegt werden; dieser muss ausgeschaltet werden. Sehr sinnvoll ist es, jedes noch so kleine positive Verhalten zu verstärken, Methoden des Modelllernens einzusetzen, das Selbstvertrauen des Klienten zu stärken, Affekte zeigen zu lernen und ihn gegen seine Ängste systematisch zu desensibilisieren. Vorsicht bei Lob: Es kann dem Kind peinlich sein gelobt zu werden. Folglich kann es zu vermeiden versuchen, Lob zu erhalten!

Vom lerntheoretischen Ansatz der Verursachung ausgehend, ergibt sich ein brauchbares Modell der Therapie: Die Lerntheorie geht davon aus, dass jedes Verhalten ein Ergebnis von (unbewussten) Lernprozessen ist. Dabei gibt es 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 (z.B. Sprachstörung) zu einer Reaktion führen. Durch positive oder wegfallende negative Konsequenzen wird diese Reaktion verstärkt und zu einem dauernden Verhalten aufgebaut, wenn dieses 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).

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)

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, menschencheues, zurückhaltendes Verhalten

Mag. M. Gräven u. Mag. G. Gräven

Institut für Kinder und Jugendliche mit Legasthenie und Lernschwierigkeiten

1030 Wien, Lorbeergasse 12/1, Tel: 01 / 710 33 20, Fax: 01 / 710 35 08

E-Mail: legasthenie.institut@telering.at

Homepage: <http://members.telering.at/legasthenie.institut/>

Seite 11/13

der Eltern oder Geschwister als prägend angesehen, wie es auch im Fall Peter beobachtbar gewesen war.

Der milieutheoretische Ansatz versucht die ersten beiden Ansätzen um die noch nicht beachteten Umwelteinflüsse zu ergänzen.

Differenzialdiagnostisch ist die logophobische Redestörung Mutismus zu trennen von:

- + Schwerhörigkeit
- + Gehörlosigkeit
- + geistiger Behinderung
- + auditiver Agnosie
- + verbaler Apraxie
- + Surdomutismus
- + Autismus
- + Aphasie
- + Schüchternheit
- + Logophobie

LOGOPHOBIE

Kriebel (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.

LITERATUR

Fiedler, P., Standop, R.: Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. Beltz: Weinheim 1994

Mag. M. Gräven u. Mag. G. Gräven
Institut für Kinder und Jugendliche mit Legasthenie und Lernschwierigkeiten
1030 Wien, Lorbeergasse 12/1, Tel: 01 / 710 33 20, Fax: 01 / 710 35 08
E-Mail: legasthenie.institut@telering.at
Homepage: <http://members.telering.at/legasthenie.institut/>

Gräven, M., Gräven, G.: Elektiver Mutismus: Falldarstellung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Der Sprachheilpädagoge, Heft 2, 1996

Grohnfeldt, M.: Redeflussstörungen – mehr Fragen als Antworten? In Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Band 5. Ed. Marhold: Berlin 1992

Hartmann, B.: Mutismus. Ed. Marhold: Berlin 1995

Kriebel, R.: Sprechangst. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Band 5. Ed. Marhold: Berlin 1992

Meixner, F.: Poltern aus entwicklungspsychologischer Sicht. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Band 5. Ed. Marhold: Berlin 1992

Anschrift des Verfassers:

Mag. Michael Gräven
Institut für Kinder und Jugendliche mit Legasthenie und Lernstörungen
Lorbeergasse 12/1
A-1030 Wien
E-Mail: michael.graeven@telering.at

Daten zur Person:

Mag. Michael Gräven ist ambulanter Sprachheillehrer an der Wiener Sprachheilschule, Psychotherapeut und Psychologe in freier Praxis. Dort und auch im Sprachheilkurs hat er viele Erfahrungen in der Therapie redegestörter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener machen können. Lehrtätigkeit an der Pädagogischen Akademie der Erzdiözese Wien im Bereich Sprachheilpädagogik und Leserechtschreibschwierigkeiten. Er ist seit 1993 in der Betreuung von Legasthenikern tätig und einer der Gründer des Instituts für Kinder und Jugendliche mit Legasthenie und Lernstörungen in Wien.