

1 Beschreibung der Störung

1.1 Ein Fallbeispiel

Sophias Großmutter ist besorgt über die weitere Entwicklung ihrer Enkelin. Sie würde häufig stottern, könne sich aber bei Streitereien ausgezeichnet und stotterfrei gegen ihre drei jüngeren Brüder wehren. Sie meint: „Sophia kann doch flüssig sprechen, wenn sie will“, und hat starke Zweifel, ob deshalb eine therapeutische Behandlung des Sprechens überhaupt sinnvoll und notwendig sei. Die Großmutter hat Schwierigkeiten zu verstehen, dass Sophia bei einigen Gelegenheiten flüssig spricht und bei anderen stottert. Sie vermutet, dass Sophia sich durch das Stottern interessant machen will und es sich auf diese Weise angewöhnt hat. Tatsächlich stottert Sophia jedoch nicht, weil sie das gut, interessant oder aus irgendwelchen Gründen attraktiv findet, sondern weil sie bei diesen Gelegenheiten nicht anders kann (vgl. ausführlicher hierzu Bosshardt, 2004). Es ist Sophia sehr unangenehm, wenn sie stottert. Aber sie überwindet sich in der Schule und meldet sich häufig, um ihre Hausaufgaben in der Klasse vorzulesen. Meist gelingt es ihr, vorbereitete Lösungen flüssig vorzutragen. Spontan und ohne Vorbereitung meldet sie sich in der Klasse selten. All dies zeigt, dass Sophia nicht mutwillig stottert, sondern sich Sprechgelegenheiten aussucht, bei denen sie erwartet, möglichst wenig zu stottern und zu anderen Gelegenheiten das Sprechen vermeidet. Als die Großmutter eine Beratung aufsuchte, war Sophia 12 Jahre alt. Nach zunächst unauffälligem Sprechbeginn im Alter von 8 bis 9 Monaten und unauffälliger weiterer Entwicklung hatte sie im dritten Lebensjahr zu stottern begonnen. Eine systematische Überprüfung der Stottersymptome zeigt, dass Sophia beim Lesen neuer Texte 12 % der Worte stottert. Am häufigsten kommen stumme Blockaden des Sprechablaufs vor, die sie mit erhöhtem Krafteinsatz nach ca. einer halben Sekunde löst. Sie zeigt besonders zu Beginn des Sprechens Anzeichen von Verspannungen im Bereich der Stirn und Augenbrauen. Auch beim automatischen Zählen bis 20 und beim Aufzählen der Wochentage stottert sie.

Wenn man bei der Beschreibung der beobachtbaren Symptome des Stotterns von Sophia stehen bleibt, gewinnt man ein unvollständiges Bild. Sophia ist bereits im Alter von 12 Jahren durch das Stottern stark beeinflusst. Obwohl das Stottern nur bei 12 % der Worte vorkommt (88 % der Worte spricht sie folglich stotterfrei!), bindet diese Tatsache große Teile ihrer Aufmerksamkeit. Sie überlegt, bei welchen Gelegenheiten sie sprechen will, bereitet ihr Sprechen vor und geht Streitereien mit ihrem jüngeren Bruder soweit als möglich aus dem Weg. Sie wird dadurch aber so unzufrieden, dass sie gelegentlich Wutausbrüche bekommt, in denen sie dann für alle Beteiligten überraschend flüssig sprechen kann. Im Beratungsgespräch wird das Ausmaß emotionaler Beteiligung gerade bei den Streitereien mit dem Bruder deutlich, als der Berater verbalisiert, dass man sich, auch wenn man stottert, nicht alles gefallen lassen müsse: Sophia strahlt überglücklich und stimmt emphatisch zu.

Das Verhalten von Sophia ist bereits das Ergebnis einer Entwicklung, die 4 Monate nach ihrem dritten Geburtstag begonnen hat. Stottersymptome sind bei ihr erstmals kurz nach der Geburt ihres jüngeren Bruders von den Eltern beobachtet worden. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich ihre Sprache normal entwickelt und sie hat zu dieser Zeit bereits sehr viel sagen können. Wenn sie damals untersucht worden wäre, hätte man vermutlich festgestellt, dass ihr Wortschatz altersgemäß entwickelt war, sie bereits Einzahl und Mehrzahl mit Substantiven bilden konnte („eine Puppe“ und „zwei Puppen“), dass sie Verben bereits konjugieren konnte, dabei allerdings noch gelegentlich Fehler machte, die für dieses Alter jedoch typisch sind. Zu diesem Zeitpunkt ist die Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen und die Ausdrucksmöglichkeiten erweitern sich mit großer Geschwindigkeit. Der Zuwachs an Ausdrucksmöglichkeiten entsteht dadurch, dass Wortschatz und Grammatik sehr schnell wachsen. Die Grammatik erlaubt es, komplizierte Beziehungen (Einzahl – Mehrzahl, Gegenwart – Vergangenheit, Objekt – Objekteigenschaft, Handlender – Handlungsobjekt, etc.) sprachlich auszudrücken. Die Äußerungen enthalten zwar meistens nicht mehr als fünf Worte, die aber erst „gefunden“ werden müssen; die Beziehungen zwischen ihnen muss hergestellt, grammatisch realisiert und das Ganze verständlich ausgesprochen werden. All dies ist keine einfache Aufgabe.

Bedingt durch die Geburt ihres Bruders hatte Sophia erfahren, dass sie die Aufmerksamkeit ihrer Eltern mit ihm teilen muss. Von diesem Zeitpunkt an war sie nicht mehr der Mittelpunkt der Familie und konnte ihre Eltern nicht mehr in dem bisher gewohnten Umfang für sich interessieren und beeinflussen. Zu den Anforderungen durch die sprachliche Kommunikation kamen emotionale Belastungen hinzu. Als sie beim Sprechen Angst bekam, die Aufmerksamkeit der Eltern nicht halten zu können, gelang ihr das Formulieren nicht mehr so schnell und so gut wie vorher. Dies könnte die Ursache dafür sein, dass Sophia Zwischenlaute einschob, um Zeit zu gewinnen oder dass sie sich beim Sprechen verkrampte. Eltern und Großeltern tragen keine Schuld an dieser Entwicklung. Sie haben sich, so gut sie konnten, um ihre beiden Kinder bemüht und getan, was alle Eltern tun würden. Aber Sophia reagierte vermutlich anders auf solche Belastungen als gleichaltrige Kinder, indem sie etwa aufkommende Formulierungsprobleme durch Laut- und Silbenwiederholungen überbrückte. Möglicherweise haben sich auch ihre Sprechorgane (Atmung, Kehlkopf, Artikulationsorgane) beim Sprechen verkrampt.

Da Sophia nur im Alter von 12 Jahren fachmännisch untersucht worden ist, sind dies alles Spekulationen darüber, wie sich die Symptomatik entwickelt haben könnte. Es soll betont werden, dass dies eine von mehreren Möglichkeiten darstellt, die Entstehung des Stotterns bei Sophia zu rekonstruieren. Diese Rekonstruktion wie auch einige alternative Rekonstruktionen werden durch Daten und Theorien nahe gelegt, die im ersten und dem zweiten Kapitel dieses Buches eingehender dargestellt werden.

Das Stottern hat die weitere soziale Entwicklung von Sophia bestimmt: Sprachliche Kommunikation wurde zur Quelle von Misserfolgen, auf die sie einerseits mit sozialem Rückzug, zugleich aber auch mit Widerstands- und Trotzreaktionen reagiert hat. Sie will sich nicht unterkriegen lassen und bereitet ihre Beiträge für den Schulunterricht äußerst sorgfältig und mit großem Zeitaufwand vor. Andere Kinder würden sich unter diesen Umständen vermutlich zurückziehen und kompensatorisch andere Fertigkeiten perfektionieren, bei denen das Sprechen weniger wichtig ist.

In dem vorliegenden Buch wird beschrieben, auf welche Weise eine solche mehrjährige Entwicklung verhindert werden kann. Therapeutische Techniken beziehen die Eltern mit ein und versuchen, ihre Kommunikation mit ihren Kindern zu beeinflussen. Solche Therapien können in zeitlicher und emotionaler Hinsicht für alle Beteiligten aufwändig sein. Dieser Aufwand ist allerdings gerechtfertigt, wenn man betrachtet, wie gravierend das Leben von vielen erwachsenen Stotterern durch ihr Stottern geprägt und bestimmt worden ist: Stottern kann Vorlieben und Abneigungen beeinflussen, ebenso die Wahl von Hobbies, des Berufs, ja sogar die Wahl von Freunden und Partnern kann von der Erwartung bestimmt sein, ob der andere bereit ist, die Sozialkontakte für den Betroffenen aufrecht zu erhalten und zu organisieren. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, können solche Entwicklungen durch Interventionen im Vorschulalter verhindert werden.

1.2 Bezeichnung

Stottern wird im Amerikanischen als „stuttering“ und im britischen Englisch als „stammering“ bezeichnet. Im Deutschen hat „Stottern“ wie im Englischen eine zweifache Bedeutung: „*Stottern als Ereignis*“ bezieht sich auf konkrete Ereignisse im Sprechablauf, die im Vergleich zum „normalen“, flüssigen Sprechen durch einen veränderten Zeitablauf, erhöhte Sprechanstrengungen und Reaktionen auf solche Veränderungen gekennzeichnet sind; im Unterschied hierzu bezeichnet „*Stottern als Disposition*“ eine überdauernde Tendenz von Personen, auf eine stotternde Weise zu sprechen.

Vorurteile gegenüber stotternden Personen umfassen negative Bewertungen und Erwartungen, die sich auf viele Bereiche beziehen, die nicht unmittelbar mit der Sprechfähigkeit zusammenhängen. So hat man herausgefunden, dass die beruflichen Kompetenzen stotternder Menschen geringer eingeschätzt werden als die von nicht stotternden Menschen (vgl. Silverman & Paynter, 1990). Diese Einschätzungen haben keine Grundlage. Wenn wir von jemandem wissen, dass er stottert, so lässt diese Tatsache keine Rückschlüsse auf die intellektuelle oder berufliche Leistungsfähigkeit zu.

Die berufsständischen Vereinigungen American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 1999) und American Psychological Association (APA, 2010) vertreten eine „Person-zuerst“-Terminologie (und sprechen von „Personen, die stottern“ anstelle von „Stotterern“), in der nicht die Behinderung oder Störung, sondern die Person zuerst genannt wird. Empirische Untersuchungen zeigen allerdings, dass die Bewertung stotternder Personen weitgehend unabhängig davon ist, ob sie als „Stotterer“ oder – in Übereinstimmung mit der „Person-zuerst“-Strategie – als „Personen, die stottern“ bezeichnet werden (Dietrich, Jensen & Williams, 2001; St. Louis, 1999). Einstellungsänderungen können offenbar auf terminologischem Wege alleine nicht erreicht werden. Aus diesem Grunde wird hier variabel die eine oder andere Terminologie gebraucht.

Es ist bemerkenswert, dass auch stotternde Personen selbst und ihre Therapeuten negative Einstellungen zum Stotterer haben. Bei erwachsenen Betroffenen ist eine Tendenz zur Selbstabwertung meist Bestandteil der Symptomatik. In Interviews thematisieren stotternde Personen vor allem Hilflosigkeit, Scham, Furcht und Vermeidung als dominante Themen.

1.3 Definition

Stottern ist eine entwicklungsbedingte Störung der Sprachproduktion. Neuere Daten von Månsson (2000a) und von Yairi und seinen Kolleginnen (zusammengefasst Yairi & Ambrose, 2005) zeigen, dass mindestens 90 % vor dem 4. Lebensjahr zu stottern beginnen. Die Symptomatik des Stotterns wird im DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) differenzierter beschrieben als in der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005). Deshalb folgt die vorliegende Darstellung weitgehend der Klassifikation nach dem DSM-IV-TR. Kernsymptom des Stotterns ist eine charakteristische Störungen im zeitlichen Ablauf der Laut- Silben- oder Wortproduktion (Kriterium A), die hauptsächlich durch Dehnungen und Wiederholungen von Lauten, Silben und Wörtern sowie durch erhöhte Sprechanstrengungen gekennzeichnet ist.

Im Unterschied zum Stottern ist beim Poltern (engl. „cluttering“; F98.6) die Sprachverständlichkeit durch eine sehr unregelmäßige und teils unnatürlich erhöhte Sprechgeschwindigkeit stark behindert. Auch fehlt bei polternden Menschen meist ein Störungsbewusstsein (vgl. Kap. 1.6.3). Die Differenzialdiagnose zwischen Stottern und Poltern kann im Einzelfall schwierig sein, da eine Erhöhung der Sprechgeschwindigkeit vielfach auch mit zeitweilig oder dauerhaft erhöhter Sprechunflüssigkeit einhergehen kann (Grohnfeld, 1992).

Diagnosekriterien für Stottern nach DSM-IV-TR (307.0; F98.5 nach ICD-10)

- A. Eine dem Alter der Person unangemessene Störung des normalen Redeflusses und des Zeitmusters beim Sprechen, die durch häufiges Auftreten von mindestens einem der folgenden Kriterien charakterisiert ist:
1. Wiederholungen von Lauten und Silben,
 2. Lautdehnungen,
 3. Einschleichen von Lauten und Silben,
 4. Wortunterbrechungen (z. B. Pausen innerhalb eines Wortes),
 5. hörbares oder stummes Blockieren (z. B. ausgefüllte oder unausgefüllte Sprechpausen),
 6. Umschreibungen (Wortsubstitutionen, um problematische Wörter zu umgehen),
 7. unter starker physischer Anspannung geäußerte Wörter,
 8. Wiederholungen einsilbiger ganzer Wörter (z. B. „Ich geh, geh, geh weg“).
- B. Redeflussstörung behindert die schulischen bzw. beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
- C. Liegt ein sprechmotorisches oder sensorisches Defizit vor, sind die Sprechschwierigkeiten wesentlich größer als diejenigen, die gewöhnlich bei diesen Problemen auftreten.

Codierhinweis: Liegt ein sprachmotorisches oder sensorisches Defizit oder ein neurologischer Krankheitsfaktor vor, werden diese auf Achse III kodiert.

Die DSM-IV-Klassifikation für Stottern berücksichtigt, dass sich im Verlauf der Sprachentwicklung die Sprechflüssigkeit normalerweise beträchtlich erhöht und dementsprechend die Häufigkeit von Sprechflüssigkeit nicht unabhängig vom jeweiligen Stand der Sprachentwicklung beurteilt werden kann. Nach dem DSM-IV muss die Sprechunflüssigkeit ein solches Ausmaß erreichen, dass sie schulische oder berufliche Leistungen oder die soziale Kommunikation behindert (Kriterium B). Bei Vorliegen sprechmotorischer oder sensorischer Defizite sollten die beobachteten Sprechschwierigkeiten größer sein als es aufgrund dieser Defizite zu erwarten wäre. Zusätzlich sollten in diesem Fall die Defizite auf Achse III des DSM-IV-TR kodiert werden (Kriterium C).

1.4 Epidemiologische Daten

Aus einer Zusammenschau der Ergebnisse von insgesamt 45 epidemiologischen Untersuchungen aus den USA und europäischen, afrikanischen und australischen Ländern ermittelten Bloodstein und Bernstein Ratner (2008) durchschnittliche Prävalenzraten um 1%. Dabei sind die Prävalenzraten in den USA etwas niedriger (zwischen 0.3 und 2.0%), während sie außerhalb der USA etwas höher, nämlich zwischen 0.55 und 4.7% liegen. Bei der Lebenszeit-Inzidenz werden alle Personen erfasst, die irgendwann in ihrem Leben einmal Stot-

tersymptome gezeigt haben. Den Prävalenzraten von unter 1 % stehen Angaben über Lebenszeit-Inzidenzen gegenüber, die mindestens 4 bis 5 % betragen, aber auch bis zu dreimal höher ausfallen können, wenn kurze Perioden unflüssigen Sprechens mit einbezogen werden (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Die Inzidenz im Alter zwischen 2 und 9 Jahren liegt nach Månsson (2000a) bei 5.2 %. Die Diskrepanz zwischen Prävalenz und Inzidenz (vgl. Tab. 1) lässt darauf schließen, dass Stottern eine nennenswerte Remissionsrate aufweist (vgl. Kap. 1.5).

Tabelle 1: Prävalenz- und Inzidenzraten des Stotterns

Prävalenz (Craig & Tran, 2005)	Inzidenz (Månsson, 2000a, b)
Erwachsene: 0.4 bis 0.8 % Schulkinder: 1.4 %	In den ersten 9 Jahren: 5.2 %

Je älter die Kinder sind, deren Prävalenzraten untersucht werden, desto größer ist auch der Anteil der betroffenen Jungen im Verhältnis zu den Mädchen (vgl. Tab. 2). Die Studien stimmen darin überein, dass die Remissionsraten bei Mädchen deutlich höher sind als bei Jungen (vgl. Kap. 1.5). Stottern kommt in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern vor, aber die Höhe der Prävalenz variiert sowohl mit dem Alter als auch mit dem Geschlecht. Prävalenzraten liegen bei Kindern im Alter zwischen 2 und 10 Jahren höher (1.4 %) als bei Erwachsenen (0.4 bis 0.8 %; Craig, Hancock, Tran, Craig & Peters, 2002; Craig & Tran, 2005). Jungen im Alter zwischen 2 und 10 Jahren stottern etwa dreimal häufiger als gleichaltrige Mädchen; im Alter zwischen 11 und 20 Jahren beträgt das Verhältnis 4:1 und fällt für die Altersgruppe 21 bis 49 auf 2 : 1 und auf 1.4 : 1 für die 50-Jährigen und Älteren (Craig & Tran, 2005). In Tabelle 2 sind die Ergebnisse verschiedener Studien zusammengestellt. Die Daten der neuesten Studie von Craig et al. (2002) zeigen einen Abfall der Prävalenzraten bei Personen, die älter als 20 Jahre sind. Eine Verminderung der Prävalenz im Ver-

Tabelle 2: Geschlechterverhältnis in den Prävalenzraten des Stotterns bei Jungen (J) und Mädchen (M) unterschiedlicher Altersgruppen (Buchstaben in Klammern geben den Literaturbezug an)

Altersgruppe		Geschlechterverhältnis (J : M)
Älter als 50 Jahre	(e)	1,4 : 1
21 bis 49 Jahre	(e)	2 : 1
11 bis 20 Jahre	(e)	4 : 1
10 Jahre	(a)	5 : 1
6 Jahre	(a)	3 : 1
5 Jahre	(b, c)	3 : 1
3 Jahre	(b, d)	ca. 2 : 1

Anmerkung: a) Bloodstein und Ratner (2008); b) Månsson (2000a, b); c) Johannsen (2001); d) Yairi und Ambrose (1999); e) Craig und Tran (2005).

laufe des Erwachsenenalters wurde in älteren Studien nicht untersucht und zur Erklärung dieser Verringerung im Zahlenverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen, die älter als 20 Jahre sind (vgl. Tab. 2), gibt es bisher nur spekulative Erklärungsversuche (Craig & Tran, 2005).

1.5 Verlauf und Prognose

Im Alter zwischen 1½ und 2 Jahren wird ein erster Meilenstein der Sprachproduktion erreicht (Grimm, 2003): Der kindliche Wortschatz explodiert und die Kinder beginnen danach, mehrere Worte in Äußerungen miteinander zu verbinden: z. B. „Milch haben“, „Papa Stuhl“, „nicht essen“. Von diesem Punkt der Sprachentwicklung an kann Stottern entstehen. Nach Yairi und Ambrose (2005) treten bei etwa 50 % der stotternden Kinder erste Stottersymptome im Alter von 33 Monaten oder jünger auf. Das jüngste Kind zeigte erstmals im Alter von 16 Monaten Stottersymptome.

Tabelle 3: Remissionsraten des Stotterns in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Alterszeitraum	Geschlechtsverhältnis	
Alterszeitraum 3 bis 5 Jahre (Månsson, 2000a, b)	Kinder	69%
	Jungen	63%
	Mädchen	80%
Alterszeitraum 5 bis 6.5 Jahre (Johannsen, 2001)	Kinder	55%
	Jungen	48%
	Mädchen	75%
Alterszeitraum 7 bis 9 Jahre (Johannsen, 2001)	Kinder	23%
	Jungen	26%
	Mädchen	13%

In Kapitel 1.4 wurde dargestellt, dass die Inzidenz ca. fünfmal höher als die Prävalenz ist. Diese Diskrepanz zeigt, dass die Störung nur in wenigen Fällen persistiert. Die Schätzungen für die Remissionsraten schwanken zwischen 32 % (Johnson & Associates, 1959) und 85 % (Månsson, 2000a), wobei die verlässlicheren Daten aus Längsschnittstudien generell höhere Schätzungen als Querschnittstudien liefern. Yairi und Ambrose (1999) berichten eine realistische Remissionsrate von 74 % bei Vorschulkindern, die zunächst übereinstimmend von Eltern und Untersuchern als Stotterer diagnostiziert worden sind und die nach ebenfalls übereinstimmendem Urteil beider Gruppen vier Jahre später keine Hinweise auf pathologische Sprechunflüssigkeiten mehr zeigten.

Neuere Studien zeigen übereinstimmend, dass die Remissionsraten sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht abhängig sind (vgl. Tab. 3): Bei jüngeren Kindern sind sie höher als bei älteren. Bei Mädchen, die jünger als 7 Jahre alt sind,

ist die Remissionsrate höher als bei Jungen. Im Alter von 7 bis 9 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis vorübergehend um.

Begriff der „Spontanremission“ ist irreführend

Elterliche Erziehungsmaßnahmen vs. Reifungs- und Wachstumsprozesse. Der Begriff „Spontanremission“ legt nahe, Heilungen seien das Resultat eines Reifungs- oder Wachstumsprozesses und Interventionen seien überflüssig. Diese Vorstellung ist unzutreffend (zusammenfassend Finn, 2004). Auch Eltern und Erzieher geben Anweisungen, was Kinder tun müssen, um flüssiger zu sprechen: „Überlege erst, bevor Du sprichst“, „Hol tief Luft, bevor Du sprichst“, „Lass Dir Zeit beim Sprechen“, „Sei nicht so aufgeregert beim Sprechen“ etc. Schließlich können Kinder auch selbst Maßnahmen ergreifen, die flüssiges Sprechen erleichtern. „Spontane“ Remissionen sind deshalb zu einem unbekanntem Anteil das Resultat erfolgreicher Interventionen von betroffenen Kindern und Eltern.

Selbstmodifikatorische Praktiken vs. Reifungs- und Wachstumsprozesse. Wenn man nachweisen will, dass sich entwicklungsbedingte chronische Stottersymptome auch ohne professionelle Therapie verringern oder vollständig verschwinden können, müssen die Aussagen der Betroffenen über solche Remissionen sorgfältig verifiziert werden. Sowohl die Behauptung, dass die Sprechflüssigkeit früher geringer war, als auch die Behauptung, niemals professionell behandelt worden zu sein, können nur dann als Tatsache gelten, wenn ihr Wahrheitsgehalt sehr sorgfältig geprüft und abgesichert worden ist. Kontrollierte Studien zeigen, dass auch im Erwachsenenalter ohne professionelle Unterstützung noch „Spontanheilungen“ im Sinne von Besserungen der Sprechflüssigkeit und spontan flüssigem Sprechen vorkommen (Finn, 2004). Auch bei Erwachsenen treten diese Besserungen allerdings nicht „spontan“ im Sinne von Reifungsvorgängen ein. Die Betroffenen können sehr differenziert berichten, welche selbstmodifikatorischen Praktiken sie angewendet haben, um ihre Sprechflüssigkeit zu erhöhen.

Remissionsraten scheinen auch eine genetische Grundlage zu haben (Yairi & Ambrose, 2005). Wenn blutsverwandte Familienmitglieder einmal vorübergehend gestottert haben, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass auch das zur Zeit betroffene Kind im Vorschulalter remittiert. Umgekehrt verschlechtern sich die Chancen des betroffenen Kindes für eine Spontanremission, wenn erwachsene Familienmitglieder oder ältere Geschwister stottern (vgl. Tab. 4).

Epidemiologische und genetische Informationen bilden die Grundlage für eine Beratung von Eltern über die Prognose. Die Daten sind nicht ausreichend, um für ein Vorschulkind eine sichere Verlaufprognose angeben zu können. Aber es können Faktoren benannt werden, von denen bekannt ist, dass sie die Wahrscheinlichkeit einer Remission erhöhen oder verringern. In Tabelle 4 sind diese Faktoren zusammengestellt (vgl. hierzu auch Yairi & Ambrose, 2005).

Tabelle 4: Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Remission des Stotterns vermindern (–) und erhöhen (+)

Faktor	Einfluss
<i>Familiengeschichte:</i>	
– stotternde Verwandte in der Familie	–
– keine stotternden Verwandten in der Familie	+
– Verwandte in der Familie, die als Kind vorübergehend gestottert haben	+
<i>Geschlecht:</i>	
– männlich	–
– weiblich	+
<i>Alter zu Beginn der Symptome:</i>	
– unter 3½ Jahre	+
– älter als 3½ Jahre	–
<i>Veränderung der Symptomatik in den letzten 12 Monaten:</i>	
– unverändert oder ansteigend	–
– verringernd	+
<i>Dauer der Stottersymptomatik:</i>	
– Dauer der Symptomatik länger als 12 Monate: weniger negativ für Jungen als für Mädchen	–
– Dauer der Symptomatik weniger als 12 Monate: positiver für Mädchen als für Jungen	+

Aus Tabelle 4 geht hervor, dass die Remissionsraten geringer sind, wenn blutsverwandte Familienangehörige vorhanden sind, die stottern. Allerdings scheint nicht nur die Tendenz zum Stottern familiär beeinflusst zu sein, sondern auch die Tendenz zur Remission: Wenn bei einem Familienmitglied Stottern remittiert ist, so erhöht dies auch die Wahrscheinlichkeit der Remission bei betroffenen jüngeren Familienmitgliedern. In Bezug auf die Dauer der Symptomatik besteht eine Wechselwirkung mit dem Geschlecht. Mädchen tendieren dazu, in kürzerer Zeit zu remittieren als Jungen (Yairi & Ambrose, 2005). Aus diesem Grund sind die Einschätzungen der Wahrscheinlichkeit einer Remission nicht nur von der Dauer, sondern auch von dem Geschlecht abhängig. Sofern die Symptome bereits länger als 12 Monate anhalten, so mindert dies die Chancen für eine Remission. Allerdings ist diese Verringerung weniger gravierend bei Jungen als bei Mädchen (vgl. Tab. 4).

1.6 Differenzialdiagnose

1.6.1 Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten und Stottern

Als Gruppe betrachtet, sprechen Kinder im Vorschulalter insgesamt unflüssiger als ihre Eltern. Allerdings gibt es auch bereits in frühen Stadien der Sprachent-

wicklung große individuelle Unterschiede in der Sprechflüssigkeit. Tatsächlich spricht etwa ein Drittel der 2-Jährigen ähnlich flüssig wie die Eltern. Ein weiteres Drittel der Kinder dieser Altersgruppe spricht im Vergleich mit Erwachsenen weniger flüssig und nur bei dem letzten Drittel ist die Häufigkeit von Sprechunflüssigkeiten stark erhöht. Unter den letztgenannten Kindern gibt es eine Minderheit, die als stotternde Sprecher diagnostiziert werden können. Neuere Daten zeigen, dass auch bereits die ersten Anfänge des Stotterns individuell höchst unterschiedlich ausgeprägt sind (zusammenfassend Yairi & Ambrose, 2005); dementsprechend individualisiert können auch die Entwicklungsverläufe sein.

In der älteren Literatur (u. a. Johnson & Associates, 1959) wurde eine Kontinuität zwischen „normalen“, entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten und Stottern (als eine pathologische Form der Sprechunflüssigkeiten) angesehen. Stotternde Kinder weisen jedoch bereits zu Beginn der Störung andere Arten von Sprechunflüssigkeiten auf als nicht stotternde. Es sind dies insbesondere mehrfache Wiederholungen von Teilworten und einsilbigen Worten sowie Lautdehnungen, Unterbrechungen in und zwischen Worten, die mit dem Aufbau erhöhter Anspannung in den Sprechorganen und plötzlicher Spannungslösung einhergehen (sog. „Blocks“). Diese Arten von Sprechunflüssigkeiten sind zur Differenzierung zwischen Kindern mit „normalen“, altersentsprechenden Unflüssigkeiten und stotternden Kindern besonders aufschlussreich. In Tabelle 5

Tabelle 5: Fünf Hauptdimensionen der Schwere von Sprechunflüssigkeiten. Innerhalb jeder Dimension charakterisiert der Punkt a) typischerweise nicht pathologische Ausprägungsformen und die folgenden Punkte zunehmend pathologischere Formen.

Dimension	Ausprägungsformen
Art und Häufigkeit der Sprechunflüssigkeiten	<p>a) Häufigkeit von Sprechunflüssigkeiten liegt unter 10% der Worte; es kommen nur ein- oder zweimalige Wiederholung vor; am häufigsten sind Pausen, Interjektionen (z.B. ach, tja, huch), Revisionen (Korrekturen angefangener Sätze) und Wortwiederholungen; Wiederholungen von Wortteilen sind selten.</p> <p>b₁) 11% oder mehr Worte sind unflüssig; Vorkommen von mehr als zweimaligem Wiederholen; vgl. auch b₂) <i>oder</i></p> <p>b₂) Es kommen mehr als 3% untypische Unflüssigkeiten vor; Wiederholungen von Wortteilen (Silben oder Lauten) sind häufiger als Pausen, Revisionen und Interjektionen. Wiederholungen erfolgen in normalem Sprechtempo; vgl. auch b₁).</p> <p>c) Schnelle Wiederholungen, teilweise mit motorischer Anspannung, steigender Lautstärke und Tonhöhe, Blockierung.</p> <p>d) Blockierung des Sprechens mit Spannungsanzeichen, Lautdehnungen und Wiederholungen.</p> <p>e) Blockierungen und Lautdehnungen halten länger an, einige sind von Tremor begleitet.</p>

Tabelle 5 (Fortsetzung):

Fünf Hauptdimensionen der Schwere von Sprechunflüssigkeiten. Innerhalb jeder Dimension charakterisiert der Punkt a) typischerweise nicht pathologische Ausprägungsformen und die folgenden Punkte zunehmend pathologischere Formen.

Dimension	Ausprägungsformen
Motorische Anstrengung und Anspannung	<ul style="list-style-type: none"> a) Keine Anzeichen von motorischer Anspannung beim Sprechen. Gelegentlich vorkommende Anspannungen sind keine Reaktion auf Sprechunflüssigkeiten. b) Gerade eben merkliche erhöhte Anspannung und spannungsbedingte Fixierung der Sprechbewegung, besonders am Wortanfang. c) Deutlich erhöhte Anspannung begleitet Blockierungen, Lautdehnungen und Wiederholungen, steigende Lautstärke und Tonhöhe. d) Deutlich erhöhte Anspannung geht mit Tremor in Lippen, Zunge und Kinn einher. e) Grimassierende Bewegungen des Gesichts, der Augen, Augenbrauen, krampfartige Bewegungen des Kopfes oder der Gliedmaßen, die das Sprechen und Stottern begleiten.
Störungsbewusstsein	<ul style="list-style-type: none"> a) Sprechunflüssigkeiten werden vom Sprecher kaum beachtet. b) Der Sprecher beachtet die Sprechunflüssigkeiten nur gelegentlich. c) Häufig beachtet und antizipiert der Sprecher die Sprechunflüssigkeiten.
Flucht- und Vermeidungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> a) Keine Anzeichen für Flucht- und Vermeidungsverhalten. b) Fluchtverhalten tritt gelegentlich auf (Abbruch des Sprechens, stereotype Wörter als „Starter“, Augenblinzeln, Kopfbewegungen u.a.). c) Flucht- und Vermeidungsverhaltensweisen begleiten das Stottern und sind soweit automatisiert, dass sie vom Betroffenen nicht mehr bewusst registriert werden.
Gefühle und Einstellungen zum Stottern	<ul style="list-style-type: none"> a) Anzeichen für Frustration oder Ärger über Sprechunflüssigkeiten fehlen. b) Gelegentlich ist ein Kind frustriert über Sprechunflüssigkeiten, aber es bewertet sich deshalb nicht generell negativ. c) Furcht vor dem Stottern, Ärger während des Stottererereignisses und Scham nach dem Stottererereignis. d) Generalisierte Ängste, Ärger und Schamgefühle in Zusammenhang mit Sprechen und Stottern. Der Betroffene entwickelt negative Einstellung zu sich selbst als jemandem, der stottert.

sind in Anlehnung an Guitar (2006) die hierfür relevanten Dimensionen zusammengestellt. Abweichend von Guitars Auffassung werden diese Dimensionen hier nicht als Entwicklungsverläufe aufgefasst, da die von Guitar vorgeschla-

gene Typologie der Heterogenität tatsächlicher Verläufe nicht gerecht wird (zusammenfassend Yairi & Ambrose, 2005).

Bei der Art und Häufigkeit der Stottersymptome (vgl. Tab. 5) wird die Grenze zwischen normalen und pathologischen Unflüssigkeiten entweder an dem Prozentsatz der insgesamt feststellbaren Unflüssigkeiten (Kriterium b_1) oder an dem Prozentsatz der untypischen Unflüssigkeiten festgemacht (Hill, 2003). Der Grund liegt darin, dass Pausen, Wortwiederholungen und Revisionen nicht nur durch mangelnde Kenntnisse von Worten und Grammatik oder andere Rückstände in der Sprachentwicklung, sondern auch durch die Vermeidung von bestimmten Worten oder Phrasen ausgelöst sein können. In diesem Fall sind sie Folgen des Stotterns.

1.6.2 Entwicklungsbedingtes und neurogenes Stottern

Differenzialdiagnostisch bedeutsame Hinweise zur Unterscheidung zwischen entwicklungsbedingtem und neurogenem Stottern liefern der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Stottersymptome und der Hirnschädigung, die Art der Stottersymptomatik und die Beeinflussbarkeit der Sprechflüssigkeit durch veränderte Sprechbedingungen. Art und Lokalisation der Hirnschädigung sind differenzialdiagnostisch am wenigsten aufschlussreich. Für eine eindeutige Diagnose müssen meist mehrere Aspekte gleichzeitig in Betracht gezogen werden. Im Folgenden werden die differenziell relevanten Merkmale der Reihe nach kurz besprochen. Eingehendere Informationen über Ätiologie, Symptomatik und Behandlung neurogenen Stotterns können der Arbeit von de Nil, Jokel und Rochon entnommen werden (2007).

Art und Lokalisation der Hirnschädigung. Entwicklungsbedingtes Stottern tritt erstmals vor dem Eintritt in die Pubertät auf, während neurogenes Stottern praktisch in jedem Alter infolge einer Schädigung des Gehirns durch Verletzung, Schlaganfall, Drogenmissbrauch oder Sauerstoffmangel im Gehirn auftreten kann. Neurogenes Stottern kann nach ein- oder beidseitigen, fokalen oder diffusen Verletzungen kortikaler und subkortikaler Hirnregionen auftreten. Wegen der vielen unterschiedlichen Regionen, die an der Entstehung neurogenen Stotterns beteiligt sein können, kommt es häufig, aber nicht notwendigerweise, zusammen mit anderen neurogenen Sprach- und Sprechstörungen vor (Dysarthrien¹, Aphasien², Sprechapraxien³). Unter differenzialdiagnostischem Aspekt kann keine Art und

-
- 1 Bei dysarthrischen Störungen können die am Sprechen beteiligten Nerven und Muskeln nicht koordiniert werden oder gelähmt sein. Die Störung kann durch eine Reihe von neurologischen Schädigungen des Gehirns und der Hirnnerven verursacht sein. Die Aussprache kann verwaschen, heiser oder monoton klingen. Intelligenz und Sprachverständnis sind nicht beeinträchtigt.
 - 2 Aphasien sind Beeinträchtigungen oder Ausfälle im Sprachverständnis oder der Sprachproduktion, die durch neurologische Schädigungen in einem oder mehreren Sprachzentren des Gehirns und deren neuralen Verbindungen hervorgerufen werden.
 - 3 Sprechapraxie ist eine neurologisch bedingte Störung bei der Programmierung von Sprechbewegungen. Einzelne Laute werden ausgelassen oder durch andere ersetzt. Typischerweise

kein Ort der Hirnschädigung als mögliche Ursache für neurogenes Stottern eindeutig ausgeschlossen werden.

Zeitlicher Zusammenhang zwischen Hirnschädigung und Beginn der Stottersymptome. Die Stottersymptomatik beginnt teils innerhalb weniger Tage nach der Schädigung, kann aber auch Monate nach der medizinischen Diagnose, nach einer weiteren Hirnschädigung oder nach einer Verschlechterung der medizinischen Symptome erstmals beobachtet werden. Nach den Erhebungen von Theys, van Wieringen und de Nil (2008) wurde etwa in der Hälfte der Fälle Stottern erstmals innerhalb eines Monats nach der Gehirnschädigung berichtet. Im Zusammenhang mit einer Hirnschädigung kann sich auch eine bereits existierende Stottersymptomatik verschlimmern oder eine bereits remittierte Symptomatik erneut auftreten. Die Möglichkeit neurogenen Stotters sollte folglich auch in Betracht gezogen werden, wenn die Stottersymptomatik erst Monate nach einer Gehirnschädigung begonnen hat. Allerdings ist in diesen Fällen nicht auszuschließen, dass die Hirnschädigung nicht die einzige Ursache darstellt und dass weitere Belastungsbedingungen zum Ausbruch der Symptome beigetragen haben (vgl. Theys et al., 2008).

Art der Symptomatik. Bei entwicklungsbedingtem Stottern kommen Sprechunflüssigkeiten überwiegend am Wortanfang vor. Im Unterschied dazu können beim neurogenen Stottern Unflüssigkeiten auch innerhalb von Worten und an Wortenden auftreten. Allerdings zeigen neuere Untersuchungen, dass nicht in allen Fällen neurogenen Stotters die Sprechunflüssigkeiten notwendigerweise auch innerhalb von Worten und am Wortende vorkommen (Ackermann, Hertrich, Ziegler, Bitzer & Bien, 1996; van Borsel, van Lierde, Guldemont & van Orshoven, 1998). Auch entwicklungsbedingtes Stottern kommt gelegentlich in Worten und am Wortende vor (de Nil et al., 2007). Auch die Tatsache, dass neurologisches Stottern mit gleicher Wahrscheinlichkeit bei Inhalts- und Funktionswörtern vorkommt, sollte aus heutiger Sicht differenzierter bewertet werden (Helm-Estabrooks, 1993). Neuere Untersuchungen zeigen nämlich, dass die Verteilung des Stotters auf Inhalts- und Funktionswörter altersabhängigen Veränderungen unterliegt. In einem frühen Alter (ca. vor dem 10. Lebensjahr) kommt entwicklungsbedingtes Stottern primär bei Funktionswörtern und weniger bei Inhaltswörtern vor, während bei Jugendlichen und Erwachsenen Stottern eher undifferenziert bei beiden Wortarten beobachtet wird (Dworzynski, Howell, Au-Yeung & Rommel, 2004; Howell, Au-Yeung & Sackin, 1999). Deshalb ist die Verteilung des Stotters auf Inhalts- und Funktionswörter lediglich bei Kindern, nicht aber bei Erwachsenen differenzialdiagnostisch relevant.

werden Laute nicht durchgängig fehlerhaft gebildet. Floskeln und automatische Redeteile können korrekt gesprochen werden. Die Sprache kann monoton klingen und die Silben können durch Pausen getrennt sein. Charakteristisch sind suchende Sprechbewegungen am Anfang des Sprechens.

Beeinflussbarkeit der Sprechflüssigkeit durch veränderte Sprechbedingungen. Bei entwicklungsbedingtem Stottern verringern Im-Chor-Sprechen, Singen, verlangsamtes Sprechen u.Ä. die Häufigkeit von Sprechunflüssigkeiten deutlich. Außerdem unterliegt entwicklungsbedingtes Sprechen der Adaptation, d. h. mit wiederholtem Sprechen und lautem Vorlesen desselben Textes verringert sich das Stottern. Diese Veränderungen der Sprechbedingungen verringern zwar nicht bei allen, aber doch bei der Mehrzahl der Personen mit entwicklungsbedingtem Stottern die Häufigkeit und Schwere der Symptomatik. Entgegen früheren Behauptungen (u. a. Helm-Estabrooks, 1993) ist es nach neueren Erkenntnissen zweifelhaft, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß neurogenes Stottern bei diesen Sprechbedingungen unbeeinflusst bleibt (de Nil et al., 2007). Die differenzialdiagnostische Bedeutung dieser Gruppe veränderter Sprechbedingungen kann als noch nicht eindeutig geklärt gelten.

Mitbewegungen und Beteiligung von Emotionen. Bei entwicklungsbedingten Stotterern werden Stotterereignisse vielfach von Mitbewegungen begleitet, wie grimassierenden Bewegungen des Gesichts, krampfhaften Bewegungen des Kopfes und der Gliedmaßen. Solche Mitbewegungen wurden nicht durchgängig als Begleitsymptome neurogenen Stotterns berichtet. Allerdings ist hier hierbei zu berücksichtigen, dass bei den meisten Patienten, über die in der Literatur berichtet wird, die Zeit seit Stotterbeginn noch nicht sehr lange zurückliegt. Es ist aber anzunehmen, dass sich solche Bewegungen erst im Verlauf der Zeit herausbilden (de Nil et al., 2007). Auch die Beteiligung von Sprechangst wurde verschiedentlich als differenzialdiagnostisch relevantes Merkmal dargestellt (Helm-Estabrooks, 1993), das entwicklungsbedingtes, nicht aber neurogenes Stottern begleitet. Neuere Untersuchungen lassen es jedoch ebenfalls als zweifelhaft erscheinen, dass die Beteiligung von Emotionen differenzialdiagnostisch relevante Informationen liefert (de Nil et al., 2007).

Differenzialdiagnose zwischen entwicklungsbedingtem und neurogenem Stottern

- *Art und Lokalisation der Hirnschädigung.* Alle Arten und Lokalisationen von Hirnschädigungen kommen als mögliche Ursache für neurogenes Stottern in Frage.
- *Zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn der Stottersymptome und Hirnschädigung.* Neurogenes Stottern kann Tage, Wochen oder auch Monate nach einer Gehirnschädigung beginnen. Bereits vor der Schädigung vorhandenes Stottern kann sich durch eine Gehirnschädigung verschlechtern oder eine bereits remittierte Symptomatik kann wieder erneut ausbrechen. Der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Stottersymptomatik und einer Hirnschädigung ist differenzialdiagnostisch relevant.

- *Art der Symptomatik.* Bei entwicklungsbedingtem Stottern kommen Sprechflüssigkeiten innerhalb von Worten und an Wortenden nicht oder seltener vor als beim neurogenen Stottern. Neurogenes Stottern kann sowohl bei Inhalts- als auch bei Funktionswörtern beobachtet werden, während beim entwicklungsbedingtem Stottern von Kindern unter 10 Jahren Stottereignisse häufiger bei Funktions- als bei Inhaltswörtern vorkommen.
- *Beeinflussbarkeit der Sprechflüssigkeit durch veränderte Sprechbedingungen.* Die differenzialdiagnostische Bedeutung von Sprechbedingungen, wie im-Chor-Sprechen, Singen, verlangsamtes Sprechen und Adaptation, kann als noch nicht eindeutig geklärt gelten.
- *Mitbewegungen und Beteiligung von Emotionen.* Die Beteiligung von Mitbewegungen und insbesondere die Angst vor Kommunikationssituationen scheint von untergeordneter differenzialdiagnostischer Bedeutung zu sein.

Ein Wort zur Vorbeugung gegen Missverständnisse. Im vorliegenden Kapitel wurden sehr unterschiedliche Aspekte in ihrer potenziellen differenzialdiagnostischen Bedeutung dargestellt. Wenn einzelne Merkmale differenzialdiagnostisch wenig informativ sind, wie beispielsweise Mitbewegungen oder die Beteiligung von Sprechangst, so folgt hieraus keinesfalls, dass es diese Merkmale nicht Wert wären, betrachtet zu werden. Es handelt sich um Aspekte, die für therapeutische Zwecke höchst bedeutsam sein können und deshalb miterhoben werden sollten.

1.6.3 Stottern und Poltern

Die Redeflussstörung „Poltern“ stellt ein komplexes Störungsmuster dar, für das St. Louis und Myers (1997) 27 charakteristische Symptome u. a. in den Bereichen Sprechgeschwindigkeit (schnell und unregelmäßig), Sprechflüssigkeit (Wort- und Phrasenwiederholungen), Sprachfähigkeit (desorganisierte, inkohärente Äußerungen), Artikulation (Auslassung und Fehlartikulation von Lauten) und Sonstigem (z. B. geringe Aufmerksamkeitsspanne) auflisten. Eine ähnliche Liste hat Iven (1998) auf Deutsch publiziert. Polterer zeigen nach St. Louis, Myers, Bakker und Raphael (2007) eine Sprechgeschwindigkeit, die Zuhörern als extrem schnell und/oder unregelmäßig erscheint. Überraschenderweise liegt die messbare Geschwindigkeit der Silbenproduktion vielfach durchaus im Normalbereich (St. Louis et al., 2007). Der Eindruck erhöhter Sprechgeschwindigkeit entsteht dadurch, dass die Sprecher Silben oder Laute auslassen bzw. Silben auf eine „komprimierte“ Weise aussprechen (sog. „Elisionen“, bei denen einzelne Laute oder Silben ganze Silben vertreten, z. B. „ne“ anstelle von „eine“ oder „,S ,n da?“ anstelle von „Was ist denn da?“). Die Häufigkeit von Auslassungen und Elisionen übersteigt das Ausmaß bei weitem, das „normale“ Sprecher zeigen und kann die Verständlichkeit des Sprechens erheblich beeinträchtigen.

Eine polternde Sprechweise ist durch eine oder mehrere der folgenden Symptome gekennzeichnet: (a) stark erhöhte Anzahl von Sprechunflüssigkeiten, die nicht typisch für Stotterer sind, (b) erhöhte Anzahl von Pausen und Verwendung einer Satzmelodie, die nicht mit den semantischen und syntaktischen Einheiten der Äußerung übereinstimmt, (c) besonders in mehrsilbigen Worten werden unangemessen häufig Laute ausgelassen und Silben komprimiert gesprochen.

Uneinigkeit besteht darüber, ob die Symptome des Polterns hinreichend durch Schwierigkeiten mit der motorischen Umsetzung von Sprechplänen erklärt werden können (St. Louis et al., 2007) oder ob nicht einige der Symptome zusätzlich auf Defizite bei der sprachlichen Formulierung schließen lassen (Ward, 2006). Die Beteiligung sprachlicher Formulierungs- und Wortfindprobleme lässt sich aus der Häufung von Phrasenwiederholungen und Korrekturen, aus Problemen mit der korrekten Konjugation und Deklination, aus Satzstellungsfehlern, aus Wortersetzungen und häufig vorkommenden Pausen erschließen. Diese Diskussion um die Erklärung der Poltersymptome betrifft jedoch ausschließlich die Interpretation von Beobachtungen und liefert keine differenzialdiagnostisch relevanten Informationen.

Man schätzt, dass etwa ein Drittel der Stotterer zugleich auch Poltersymptome zeigt (Ward, 2006). Die Häufigkeitsangaben für eine Stottersymptomatik mit begleitenden Poltersymptomen schwanken in Abhängigkeit insbesondere von der Art der Definition des Polterns und liegen zwischen 14 und 32 %. Polterer produzieren Unflüssigkeiten mit exzessiver Häufigkeit. Allerdings handelt es sich bei diesen Unflüssigkeiten überwiegend um „normale“ Unflüssigkeiten wie Wiederholungen von mehrsilbigen Worten und Phrasen, Pausen und Reformulierungen in Verbindung mit Wiederholungen (sog. „Revisionen“), die bei allen Sprechern und auch bei Stotterern beobachtbar sind. Diese „normalen“ Unflüssigkeiten sind für Stottern nicht charakteristisch. Zur Unterscheidung zwischen Poltern und Stottern ist bedeutsam, dass „normale“ Sprechunflüssigkeiten beim Poltern vergleichsweise häufiger vorkommen, während beim Stottern hauptsächlich kleinere Einheiten unterhalb der Wortebene betroffen sind, nämlich Laut- und Silbenwiederholungen, Lautdehnungen und Verspannungen der Sprechmotorik (vgl. Tab. 5). Lautwiederholungen können zwar auch beim Poltern vorkommen, nicht aber die anderen für Stottern typischen Unflüssigkeiten, einschließlich motorischer Verspannungen und Prolongationen.

Die Poltersymptomatik tritt typischerweise ab dem 7. Lebensjahr auf und beginnt damit später als das Stottern. Allerdings wurden eindeutige Fälle von Poltern auch im Vorschulalter beobachtet (St. Louis et al., 2007) und natürlich entsteht Stottern gelegentlich auch nach Schuleintritt. Der Zeitpunkt der Entstehung der Poltersymptomatik stellt also keinen eindeutigen differenzialdiagnostisch verwertbaren Hinweis dar.

Ein weiteres differenzialdiagnostisches Merkmal zur Unterscheidung zwischen Stottern und Poltern stellt das Störungsbewusstsein dar. Bei Polterern fehlt dieses

meist vollständig, während Stotterer sich in der Regel ihrer Störung sehr bewusst sind. Lediglich bei stotternden Vorschulkindern und zu Beginn des Auftretens von Stottersymptomen kann es vorkommen, dass sich die Kinder ihres Stotterns nicht bewusst sind und sich (noch) nicht schämen. Stotterer vermeiden bestimmte Laute, Worte und Situationen, während Polterer keine vergleichbaren Hinweise auf wort- oder lautspezifische Vermeidungsstrategien und Ängste liefern. Differenzialdiagnostisch sind folglich das laut- und wortspezifische Störungsbewusstsein und die damit zusammenhängenden Ängste ebenfalls relevant. Empirische Untersuchungen von St. Louis und Mitarbeitern (zusammenfassend St. Louis et al., 2007) zeigen jedoch, dass auch bei Polterern das Störungsbewusstsein stark variieren kann. Die Spannweite reicht von der völligen Leugnung, dass ein Problem vorhanden sei, bis hin zu dem Wissen, dass sie gelegentlich Kompromisse zwischen Sprechgeschwindigkeit und Klarheit des Sprechens eingehen müssen.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Stottern und Poltern – wie auch zwischen Poltern und „normalem“ Sprechen – ist lediglich bei extremen Ausprägungen eindeutig. Es gibt jedoch viele Übergangsbereiche, die weniger eindeutig sind. Ward (2006, S. 150) hat aus diesem Grund den Begriff des „Polterspektrums“ (cluttering spectrum behavior) eingeführt. Dieses Konzept charakterisiert Sprechweisen von Personen, ohne sie als „Polterer“ zu diagnostizieren. Diese Beschreibung sollte verwendet werden, wenn beispielsweise die Symptomatik zu wenig ausgeprägt ist, um jemanden als „Polterer“ zu diagnostizieren oder wenn andere wesentliche Störungsmerkmale des Polterns fehlen. Sprechweisen vom Polterspektrum kommen bei etwa einem Drittel der stotternden Sprecher vor. Aus diesem Grunde sollten diese Symptome ebenfalls registriert werden. Eine Differenzialdiagnose zwischen Stottern und Poltern ist nicht immer eindeutig möglich. Möglicherweise waren diese diagnostischen Schwierigkeiten der Grund, warum das DSM-IV – anders als frühere Fassungen – Poltern nicht mehr als eigenständige Störung aufführt.

Differenzialdiagnose zwischen Stottern und Poltern

- *Komprimiertes Sprechen.* Vielfach werden von Polterern Laute und Silben ausgelassen. Dies kann die Verständlichkeit stark beeinträchtigen und beim Zuhörer den Eindruck stark erhöhter Sprechgeschwindigkeit hervorrufen. Die Sprechgeschwindigkeit polternder Sprecher kann starken Schwankungen unterliegen, weil auch Phasen stark verlangsamten Sprechens vorkommen. Diese Symptome sind nicht charakteristisch für Stottern.
- *Art der Symptomatik.* Eine polternde Sprechweise kann gekennzeichnet sein durch eine stark erhöhte Anzahl von „normalen“ Sprechunflüssigkeiten (Pausen, Revisionen). Beim polternden Sprechen stimmt außerdem vielfach die Satzmelodie nicht mit den semantischen und syntaktischen Einheiten der Äußerung überein und Laute und Silben werden unangemessen häufig ausgelassen. Diese Symptome kommen beim Stottern nicht vor. Beim Poltern wie beim Stottern können Laut-

wiederholungen vorkommen. Aber Prolongationen und Verspannungen sind charakteristisch nur für Stottern, nicht aber für Poltern.

- *Störungsbewusstsein.* Bei Polterern fehlt häufig ein Störungsbewusstsein, während Stotterer sich in der Regel ihrer Störung sehr bewusst sind. Beim Poltern fehlen insbesondere laut- und wortbezogene Ängste und Vermeidensverhaltensweisen, während diese bei Stotterern in der Regel vorhanden sind – sie können allenfalls bei sehr jungen stotternden Kindern zu Beginn der Symptomatik fehlen.
- *Mitbewegungen.* Mitbewegungen begleiten Poltern selten, kommen aber beim Stottern häufig vor.
- *Registrieren der Sprechweisen vom Polterspektrum.* Sprechweisen vom Polterspektrum kommen bei etwa einem Drittel der stotternden Sprecher vor. Auch wenn keine eindeutige Differenzialdiagnose zwischen Stottern und Poltern möglich ist, sollten die für Poltern charakteristischen Sprechweisen registriert werden.

1.6.4 Komorbidität

Nach Angaben von 241 amerikanischen Sprachtherapeuten (Arndt & Healey, 2001), die in Schulen tätig sind, erhalten 44 % (von insgesamt 467) der als Stotterer diagnostizierten Schüler im Alter zwischen 3 und 20 Jahren zusätzlich noch Diagnosen für phonologische (14 %), für spezifische Sprachentwicklungsstörungen (14 %; nach DSM-IV-TR: Kommunikationsstörungen vom expressiven oder rezeptiv-expressivem Typ), oder für beide Störungen (15 %). Bei den 56 % der insgesamt 467 Schüler, die Stottern als alleinige Diagnose erhalten haben, besteht allerdings zusätzlich bei 23 % der Verdacht auf das Vorhandensein von weiteren Störungen in einem der anderen genannten Bereiche. In einer neueren Befragung von insgesamt 1242 an Schulen tätigen, amerikanischen Sprachtherapeuten (mit insgesamt 2628 stotternden Kindern) haben Blood und seine Mitarbeiter (z. B. Blood, Ridenour Jr., Qualls & Scheffner Hammer, 2003) herausgefunden, dass lediglich 37.2 % ohne zusätzliche Diagnose über Sprech-, Sprach- oder andere Störungen waren. Unter den Begleitdiagnosen kamen phonologische (12.7 %) und artikulatorische Störungen (33.5 %) am häufigsten vor. Bei Jungen kamen Störungen der Kommunikation und andere Störungen signifikant häufiger als Begleitdiagnosen vor als bei Mädchen. Diese Daten belegen, dass bei der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen bei der Diagnostik und Behandlung des Stotterns gleichzeitig vorhandene weitere Störungen berücksichtigt werden müssen.

Begleitdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen

Stottern geht vielfach mit Kommunikationsstörungen vom expressiven oder rezeptiv-expressiven Typ (im Englischen auch als „specific language impairment“ bezeichnet; Diagnose 315.31 nach DSM-IV-TR und F85.1 bzw. F85.2 nach ICD-10) einher sowie mit phonologischen Störungen (im Deutschen als „Stammeln“ oder „Dyslalie“ bezeichnet; DSM-IV-TR: 315.39; ICD-10: F80.0). Die Sprech- und Sprachfertigkeiten von

stotternden Kindern sollten diagnostiziert und gegebenenfalls im Behandlungsplan berücksichtigt werden.

Etwa die Hälfte stotternder Jugendlicher und Erwachsener zeigen in sozialen Situationen Angstsymptome, die mit denen sozial phobischer Patienten vergleichbar sind. Sozialängste sollten ermittelt und im Behandlungsplan berücksichtigt werden.

Die Beziehung zwischen Sprechunflüssigkeiten und Störungen des sprachlichen Ausdrucks kann nicht nur auf der Ebene der Diagnosen, d. h. auf der Ebene der Kategorisierung von Personen nachgewiesen werden. Boscolo, Bernstein Ratner und Rescorly (2002) haben gezeigt, dass 9-jährige Kinder, die eine spezifische expressive Kommunikationsstörung aufweisen, beim Geschichtenerzählen mehr Unflüssigkeiten produzieren als altersgemäß entwickelte gleichaltrige Kinder. Obwohl der Prozentsatz von Unflüssigkeiten bei Kindern mit spezifischer Kommunikationsstörung größer als bei normal entwickelten Kindern ist, liegt er mit etwa 4.5 % der gesprochenen Worte deutlich unter dem Prozentsatz für stotternde Kinder.

Das Risiko der Chronifizierung des Stotterns ist höher, wenn im Vorschulalter unmittelbar nach der Entstehung des Stotterns zusätzlich phonologische Beeinträchtigungen vorhanden sind (Paden, Yairi & Ambrose, 1999). Dies gilt allerdings nur, wenn die phonologische Beeinträchtigung sehr kurz nach dem ersten Auftreten der Stottersymptomatik im Vorschulalter festgestellt wird. Denn der phonologische Entwicklungsstand der Kinder, deren Stottern mindestens 4 Jahre dauerte, war bereits 2 Jahre nach dem Beginn des Stotterns vergleichbar mit dem von Kindern, deren Stottern remittierte (vgl. Paden, Ambrose & Yairi, 2002). In einem frühen Stadium der Entstehung der Stottersymptomatik ist also das Vorhandensein von phonologischen Störungen ein Hinweis auf ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko des Stotterns.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen haben wir es in der Regel mit einer chronifizierten Form des Stotterns zu tun. Hierbei sind die Angst vor sozialer Abwertung und die Vermeidung von sozialen Situationen ganz wesentliche Begleitsymptome. Nach dem DSM-IV hängen Stottern und Sozialängste so eng miteinander zusammen, dass Stottern als Ausschlusskriterium für die Kodierung von sozialer Phobie gilt. Stein, Baird und Walker (1996) haben dieses Ausschlusskriterium einmal außer Acht gelassen und gefunden, dass 7 von 16 erwachsenen Stotternern die diagnostischen Kriterien für soziale Phobie erfüllten. Nach Kraaimaat, Vanryckeghem und van Dam-Baggen (2002) erreichen die Anspannung und das Unwohlsein in sozialen Situationen bei etwa 50 % der 89 untersuchten Stotterer ein Ausmaß, das dem von sozial ängstlichen Patienten entspricht, die wegen dieser Symptomatik psychiatrisch behandelt werden. Zwar haben sozial phobische Patienten etwas andere Ängste als stotternde, aber Stärke und Behandlungsbedürftigkeit sind vergleichbar.