Franziska Schmidt

Stottern: Medizinisches versus Interaktionistisches Beschreibungsmodell

1. EINLEITUNG 2
2. EINORDNUNG UND BESCHREIBUNG DES PHÄNOMENS STOTTERN 3
2.1 Klassifizierung des Stotterns 3
2.2 Symptomatik des Stotterns 3
2.2.1 Grundsymptomatik 3
2.2.2 Sekundärsymptomatik des Stotterns 4
2.3 Epidemiologie des Stotterns 5
2.4 Beginn des Stotterns 6
3. MEDIZINISCHES VERSUS INTERAKTIONISTISCHES BESCHREIBUNGSMODELL DES STOTTERNS 6
3.1 Arbeitsthese 1: Stottern ist ein medizinisch faßbarer Sachverhalt. 6
3.1.1 Genetische Bedingungen des Stotterns 6
3.1.2 Zerebrale Funktionsstörungen und Stottern 7
3.1.3 Stottern als neuromuskuläre Koordinationsstörung 7
3.1.4 Stottern als Folge einer Wahrnehmungsstörung 7
3.1.5 Resümee der medizinischen Theorien 8
3.2 Arbeitsthese 2: Stottern ist eine Zuschreibung von sozialen Erwartungshaltungen 8
3.2.1 Psychoanalytischer Ansatz zur Erklärung des Stotterns 9
3.2.2 Diagnosogene Theorie des Stotterns 9
3.2.3 Stottern als operante Verhaltensklasse 10
3.2.4 Stottern und die Wirksamkeit kommunikativer Stressoren 10
3.2.5 Resümee der interaktionistischen Theorien 11
4. ZUSAMMENFASSUNG 12

Literatur 13

1. Einleitung

In der folgenden Hausarbeit bearbeite ich in Anlehnung an das Referat das Phänomen Stottern. Dabei werde ich nicht der linearen Struktur des Referats folgen, sondern möchte zwei gegensätzliche Betrachtungsweisen, in den folgenden Arbeitsthesen formuliert, in den Mittelpunkt meiner Arbeit stellen.

Arbeitsthesen:

1. Stottern ist ein medizinisch faßbarer Sachverhalt in einem medizinischem Modell.
2. Stottern ist eine Zuschreibung von sozialen Erwartungshaltungen in einem interaktionistischen Modell.

Die Arbeitsthesen sind in Anlehnung an zwei wissenschaftliche Modelle des Behinderungsbegriffes, nach Thomas Kuhn als Paradigmen bezeichnet, formuliert. These 1 steht für das individualtheoretische Paradigma: Behinderung ist ein medizinisch faßbarer Sachverhalt (Behinderung als medizinische Kategorie). In der These 2 kommt das interaktionstheoretische Paradigma: Behinderung ist eine Zuschreibung von sozialen Erwartungshaltungen (Behinderung als Etikett und Gesellschaftsprodukt) zum Ausdruck.
Die Bedeutung einer Diskussion um diese verschiedenen Sichtweisen des Behinderungsbegriffes wird vor allem im Hinblick auf die Therapiemöglichkeiten relevant. Im Widerstreit sehr unterschiedlicher Standpunkte kann das Phänomen Stottern zum Beispiel einmal als ein unabänderliches Schicksal verstanden werden, weil ein medizinisch erklärbarer Defekt vorliegt, oder aber als gesellschaftliches Situationsprodukt und mithin als dringlich veränderungswürdiger Zustand.
Die Bearbeitung der Thesen impliziert folglich verschiedene Theorien zu Ursachen, Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns. Die vorangehenden Darstellungen der Klassifizierung, der Symptomatik, der Epidemiologie und des Stotterbeginns sollen dabei lediglich der Annäherung an das Thema dienen.

2. Einordnung und Beschreibung des Phänomens Stottern

2.1 Klassifizierung des Stotterns

Das Phänomen Stottern wird pathologisch zunächst als Sprachstörung, im engeren Sinne als Sprechstörung, und innerhalb dieser Gruppe von Störungen als Redeflußauffälligkeit klassifiziert. Es kann als hartnäckigste und eine der häufigsten Sprachstörungen angesehen werden.

Desweiteren wird Stottern – wie die meisten anderen Sprachstörungen auch – den Verhaltensstörungen im Sinne einer Störung der sozialen Interaktion zugeordnet. Nach dem Normbegriff stellt Stottern ein sowohl von der Idealnorm als auch von der Durchschnittsnorm abweichendes Verhalten dar. Der Stotternde verstößt im Umgang mit den Interaktionspartnern ständig gegen allgemein übliche Kommunikationsregeln. Außerdem unterscheidet ihn seine Sprachstörung von den meisten anderen Personen in unerwünschter Weise. Verstöße gegen Normen und Regeln führen zu sozialen Sanktionen wie Ablehnung, Abbruch der Kommunikation, Statusverlust und Isolierung, die in erheblicher Weise das Selbstkonzept des Stotternden bestimmen und somit mögliche Ursachen der Manifestation beziehungsweise Aufrechterhaltung des Stotterns sein können.

2.2 Symptomatik des Stotterns

2.2.1 Grundsymptomatik

Das Symptom Stottern ist charakterisiert durch auffallend häufige Unterbrechungen des Redeflusses. Es kennzeichnet sich durch ein plötzliches Stocken vor einem Wort, einer Silbe oder einem Laut. Außerdem kommen Verzögerungen, Dehnungen und Verkürzungen bei der Aussprache einzelner Buchstaben sowie Wiederholungen von Wort- und Satzteilen vor.

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Arten des Stotterns: klonisches Stottern und tonisches Stottern.

Das <u>klonische Stottern</u> ist bedingt durch schnell aufeinanderfolgende Kontraktionen der Sprechmuskulatur, wodurch es zu „hämmernden“, stakkatoartigen Wiederholungen von Lauten, Silben und Wörtern kommt, denen beim endgültigen Aussprechen Wortdehnungen folgen können.

- <u>Beispiele</u>
  1. Ganz-Wort-Wiederholungen: „ich-ich-ich“, „und-und-und“...
  2. Teil-Wort-Wiederholungen: „fa-fa-fa-fahren“, „ge-ge-gehen“...
     } „Hand-t-t-t-tuuuch“
  3. Prolongationen: „iiiiiiich“, „daaaaaaanke“...

Beim tonischen Stottern liegt eine relativ lang andauernde Verkrampfung der Sprechmuskulatur zugrunde. Das krampfartige Verharren in einer Artikulationsstellung führt zu regelrechten Blockierungen von Lauten bis es schließlich, verbunden mit viel Anstrengung, zum Herauspressen des Wortes kommt.

- Beispiele
  Blockierungen: „------ich“, „----Kuchen“, „Poli----tik“...

Die beiden beschriebenen Formen können sowohl getrennt als auch kombiniert auftreten. Überwiegt einer der beiden Krampfzustände, spricht man von klonisch-tonischem bzw. tonisch-klonischem Stottern. Diese Differenzierung wird in der Literatur häufig mit dem phasenhaften Ablauf der Störung bzw. deren Schweregrad in Zusammenhang gebracht. Die Entwicklung des Stotterns vollzieht sich diesbezüglich von anfänglich klonischen über klonisch-tonische und tonisch-klonische bis hin zu tonischen Symptomen.

3.22 Sekundärsymptomatik des Stotterns

Stottern kann durch weitere Symptome begleitet werden. Am auffälligsten unter diesen Sekundärsymptomen sind die das Stottern begleitenden Parakinesen. Es handelt sich dabei um unübliche Bewegungen der Gesichts- und Halsmuskulatur, der Extremitäten oder des ganzen Körpers, die ursprünglich eingesetzt wurden, um die Sprechblockierungen aufzulösen, sich aber im Laufe der Zeit automatisierten, so daß sie nicht mehr bewußt gesteuert werden können und die nicht verbalen sprachbegleitenden Ausdrucksmittel, wie Mimik und Gestik beeinträchtigen.

Weitere Sekundärsymptome sind das sehr häufige Verwenden von Füllauten und –wörtern (Embolophonien/ Embolophrasien), wie zum Beispiel „hmmm“, „tja“, „also“ und das Verwenden stereotyper Wörter und Redewendungen am Satzanfang. Diese sogenannten Starter, die vom Stotternden leicht und zumeist fehlerfrei ausgesprochen werden können, dienen als Starthilfe, um den Sprecheinstieg zu erleichtern. Zu ähnlichen Zwecken wie die Startwörter werden stop-and-go-Mechanismen eingesetzt. Hierbei wird vom Stotternden nach Blockierungen unmittelbar abgebrochen und mit dem Sprechen am Artikulationsbeginn, teilweise unter Benutzung völlig anderer Wörter, erneut wieder eingesetzt. Dieses Zurückschnellen kann mehrmals hintereinander mit großer Schnelligkeit erfolgen.

Auch hinsichtlich der Koordination von Respiration, Phonation und Artikulation konnte man Besonderheiten bei vielen Stotternden beobachten, wie zum Beispiel unregelmäßiges Unterbrechen der Atmung, Verwenden einer inspiratorischen Sprechweise, Sprechen mit Restluftmengen der Lunge, nicht abgestimmte Kombination zwischen Abdominal- und Thorakalatmung. Je mehr automatisiert diese Sekundärsymptome auftreten, dienen sie nicht

mehr der ursprünglichen Zielsetzung, nämlich mittels der bewußten Steuerung des Atemverhaltens während des Sprechens, eine fehlerfreie Artikulation zu erreichen, sondern verkomplizieren das Störungsbild, nicht zuletzt durch interpersonelle Wirkungen.

Neben diesen beobachtbaren Begleiterscheinungen gibt es auch intrapsychische Symptome. Es treten zum Beispiel Sprechangst und Angst vor bestimmten Lauten und Wörtern auf, was dazu führt, daß diese Wörter vermieden werden, indem Synonyme für die angstbesetzten Wörter eingesetzt werden oder der Satz umgestellt wird. Auch durch Schweigen in Situationen, in denen eigentlich etwas mitzuteilen wäre, werden angstauslösende Wörter vermieden. Dieses Vermeidungsverhalten findet man überwiegend bei Jugendlichen und Erwachsenen, deren Stottern sich chronifiziert hat.

3.3 Epidemiologie des Stotterns

Stottern tritt bei Kindern weit häufiger auf als bei Erwachsenen. Van Riper schätzt die Häufigkeit des Stotterns in der Gesamtpopulation auf 4 Prozent. Die höchsten Prozentangaben finden sich in den Vorschuljahren. Der Anteil erwachsener Stotternder beträgt schließlich weniger als ein Prozent.

Die allermeisten Stotternden sind seit der frühen Kindheit auffällig. Bei circa 70 bis 80 Prozent treten Stottersymptome zum ersten mal zwischen 3,5 Jahren und 5 Jahren auf, wobei sich die Redeunflüssigkeiten bei 4 Prozent der Kinder manifestieren und möglicherweise einen chronischen Verlauf nehmen. Bei 75 Prozent dieser Kinder treten Spontanremissionen auf, das heißt sie zeigen auch ohne Therapie spontan keine Stottersymptome mehr. Für ein Prozent der Kinder bleibt das Phänomen ein langfristiges Problem.

Froeschels nimmt an, daß annähernd 80 Prozent aller Kinder zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr eine Phase auffällig hastigen Sprechens durchlaufen. Die dabei auftretenden Sprechstörungen werden als Entwicklungsstottern bezeichnet.

3.4 Beginn des Stotterns

Man kann verschiedene Phasen der kindlichen Entwicklung unterscheiden, in denen Stottersymptome erstmalig auftreten können. Als eine besonders sensible Zeit gilt der Lebensabschnitt zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr, also die Phase, in der sich die Sprach- und Denkentwicklung des Kindes besonders intensiv vollzieht. Das Kind erweitert in dieser Zeit Zwei-Wort-Aussagen zu komplexen Satzkonstruktionen und erlernt wesentliche Kommunikationsstrategien. Dabei ist dieses Lebensalter durch die zeitweilige Labilisierung psychischer Prozesse gekennzeichnet

Weitere Häufigkeitsgipfel für den Stotterbeginn bestehen um den Zeitpunkt der Einschulung, das heißt zwischen dem 6. und 8. Lebensjahr, und nochmals zwischen dem 12. und 14.

Lebensjahr. Auch für diese beiden Lebensabschnitte ist die zeitweilige Labilisierung psychischer Prozesse prägnant.

3. Medizinisches versus interaktionistisches Beschreibungsmodell des Stotterns

3.1 Arbeitsthese 1: Stottern ist ein medizinisch faßbarer Sachverhalt.

Das medizinisch-klinische Modell ist unmittelbar einsichtig. Aus einer medizinisch mehr oder minder nachweisbaren, zumindest aber oft wahrscheinlichen Schädigung, resultiert eine unausweichliche Folgebeeinträchtigung. Die beobachtbaren Symptome werden als Anzeichen zugrundeliegender organischer oder physischer Störungen, die bereits auch schon als ererbte Bedingungen vorhanden sein können, gewertet.

Im folgenden werde ich auf einige Theorien zu Ursachen des Stotterns im Rahmen des medizinischen Modells eingehen.

3.1.1 Genetische Bedingungen des Stotterns

Die Tatsache, daß drei- bis viermal mehr Jungen stottern, könnte einen genetischen Zusammenhang anzeigen. Ebenso ist vielfach belegt, daß die Familien Stotternder einen höheren Anteil stotternder Mitglieder haben als Familien Nichtstotternder.

Als Gegenargument könnte man hier anbringen, daß das Stottern im Falle familiärer Häufung auch infolge von Lernprozessen über die Generationen hin weitergegeben wird, als Wechselwirkung von erblich bedingten Prädispositionen und Erziehungseinflüssen. Diese Annahme ist jedoch nur dann richtig, wenn es sich um unmittelbare Kontaktpersonen handelt. Es gibt aber auch zahlreiche Beispiele, die zeigen, daß das betreffende Familienmitglied keinen oder nur sporadischen Kontakt zum ebenfalls stotternden Kind hatte. Außerdem belegen systematische Untersuchungen der Zwillingsforschung, daß sich bei eineiigen Zwillingen erheblich mehr Stotternde finden lassen als bei zweieiigen, unabhängig davon, ob sie in gleicher Umwelt aufwuchsen.

3.1.2 Zerebrale Funktionsstörungen und Stottern

Zahlreiche Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage einer hirnorganischen Verursachung des Stotterns. So werden zum Beispiel frühkindliche Hirnschädigungen und Schädel-Hirn-Traumata als Ursachen des Stotterns angeführt oder Zusammenhänge zwischen Epilepsie und Stottern hergestellt.

Die Daten aus diesen Untersuchungen sind sehr unterschiedlich und wenig belegt. Trotzdem werden vor allem frühkindliche Hirnschädigungen immer wieder als organische Ursache genannt.

3.1.3 Stottern als neuromuskuläre Koordinationsstörung

Es gibt Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Verkrampfungen der Sprechmuskulatur beim Stottern und der neuromuskulären Koordination mit Auswirkungen auf komplexe Koordinationsleistungen, die sich nicht nur auf die Sprechmotorik beziehen, sondern auf die Koordination des ganzen Körpers. Es zeigten sich in Untersuchungen Auffälligkeiten beim Anpassen an einen musikalischen Rhythmus, in der Orientierungsfähigkeit sowie im Ausführen bestimmter mimischer und feinmotorischer Bewegungen mit einem teilweisen Unvermögen, einzelne Muskelgruppen isoliert zu bewegen.

3.1.4 Stottern als Folge einer Wahrnehmungsstörung

Um den Sprechablauf sinnvoll zu koordinieren, sind Informationen über das Gesprochene nötig. Neben der akustischen Rückmeldung spielen dabei auch kinästhetische Feedbackanteile eine Rolle.

Die Feedback-Interferenz-Hypothese besagt, daß beim Stotternden die Kontrollsignale beider Systeme nicht integriert werden können, da die akustischen und kinästhetischen Kontrollreize in den Nervenbahnen verschieden lange Wege zurückzulegen haben, verursacht durch einen Defekt im Wahrnehmungssystem. Dadurch kommt es zu Koordinationsstörungen, der am Sprechen beteiligten Muskelgruppen und somit zu Sprechunflüssigkeiten.

3.1.5 Resümee der medizinischen Theorien

In den dargestellten Theorien wird gemäß dem individualtheoretischen Paradigma die Verursachung der Beeinträchtigung in der Person des Stotternden gesucht, als eine dem Individuum zugehörige Eigenschaft. In dieser Sichtweise wird die Behinderung zugleich als persönliches, weitgehend unabänderliches und hinzunehmendes Schicksal angesehen. Die Relativität des Behindertseins in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und in unterschiedlichen Persönlichkeitssektoren – familiär, schulisch, beruflich, sozial – erfährt kaum Beachtung.

Das individualtheoretische Paradigma scheint im ersten Zugang realistisch. Bei einer Störung eines so komplexen Systems wie der Sprache erscheint die Vermutung von zentralen Hirnleistungsschwächen durchaus nicht abwegig und wird dementsprechend häufig als Ursache des Stotterns angenommen, wenn die Entstehungsbedingungen durch andere Theorien nicht befriedigend geklärt werden können.

Dem medizinischen Erklärungsmuster begegnen jedoch unmittelbar zwei Einwände. Erstens ist anzumerken, daß auch innerhalb dieses Modells verschiedene Theorien existieren, also keineswegs Einigkeit herrscht. Es kann demnach keine der Theorien die ausschließliche Ursache des Stotterns erklären. Zweitens ist darauf hinzuweisen, daß sich biologische Determinanten ursächlich in der Regel mit sozialen Faktoren überlagern. Ein Kind, das hirngeschädigt ist, kann es deshalb sein, weil es aus einem Milieu stammt, in dem mangelnde Hygiene bei der Geburtshilfe und die geringe Ausnutzung therapeutischer Möglichkeiten vorherrschen.

3.2 Arbeitsthese 2: Stottern ist eine Zuschreibung von sozialen Erwartungshaltungen

Nach dem interaktionistischen Definitionsansatz ist die Störung kein vorgegebener Zustand, sondern die Folge einer Zuschreibung sozialer Erwartungshaltungen. Die Abweichung des Individuums wird damit in den Bereich sozialer Interaktionen verlagert.

Der Stotternde - bzw. das Kind, das Redeunflüssigkeiten aufweist - weicht von den Normen der Gesellschaft ab, weil er in unerwünschter Weise anders ist. Der Betroffene wird mit dem Etikett Stottern ausgestattet, das Stigmatisierung, Typisierung und Zuweisung eines sozialen Status, nicht zuletzt Manifestation - bei dem Kind, das lediglich entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten aufwies, auch Entstehung des Stotterns - bedingt.

Im folgenden möchte ich, ausgehend von der Psychoanalyse, auf theoretische Konzepte zum Stottern eingehen, die die psycho-sozialen Variablen als Einflußgrößen in den Mittelpunkt stellen.

3.2.1 Psychoanalytischer Ansatz zur Erklärung des Stotterns

Die Erforschung psycho-sozialer Variablen in ihrer Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns hat ihren Ursprung in der Psychoanalyse, wobei anzumerken ist, daß die existierenden psychoanalytischen Ansätze seit Freud in ihrer Gesamtheit ein äußerst widerspruchsvolles Bild darstellen. Deshalb möchte ich an dieser Stelle lediglich auf einige psychoanalytische Grundannahmen eingehen, die den im Anschluß dargestellten Interaktionstheorien den Weg öffneten.

Psychoanalytischen Darstellungen ist die Annahme intrapsychischer Störungen und ihrer intergenerativen Wechselwirkung gemeinsam. Das Stottern ist grundsätzlich Ausdruck einer neurotischen Fehlentwicklung einer Person bzw. das Ergebnis frühkindlich, das heißt während früher Stadien der Ich-Entwicklung parallel zur Entwicklung der Triebe, erworbener emotionaler Traumata. Das Stottern kann dabei als Folge einer analen oder oralen Fixierung,

als verdeckter Ausdruck von aggressiven Impulsen oder infolge eines unbewußten Konflikts zwischen Nötigung zum Sprechen – Drang zum Schweigen verstanden werden. Der intrapsychisch angesiedelte Konflikt wird in Beziehung gesetzt zu Besonderheiten der Mutter-Kind-Beziehung bzw. der Sozialisation im allgemeinen, die auf psychopathologischen Persönlichkeitsmerkmalen der Bezugspersonen beruhen.

3.2.2 Diagnosogene Theorie des Stotterns

Nach Johnsons Auffassung wird Stottern durch eine Mißbewertung und Fehlbezeichnung normaler kindlicher Sprechungeschicklichkeiten als „Stottern“ verursacht. Diese defizitdiagnostizierenden und zugleich verhaltenskorrigierenden Reaktionen der Bezugspersonen werden vom Kind schließlich als negative Selbstbewertung übernommen. Das Kind richtet seine Aufmerksamkeit aus Angst, Unsicherheit und Besorgnis hinsichtlich des eigenen Sprechens verstärkt auf den Sprechvorgang, um antizipierte Sprechschwierigkeiten durch besondere Anstrengung zu verhindern. Gerade diese übertriebene Beachtung des Sprechens führt zu den Redefluß blockierenden Verkrampfungen, wie sie sich in der Symptomatik des Stotterns zeigen.

3.2.3 Stottern als operante Verhaltensklasse

Shames und Sherrick gehen in diesem lerntheoretischen Erklärungsversuch von der Annahme aus, daß zwischen Eltern und Kind wechselweise operante Konditionierungsvorgänge ablaufen, wobei es zunächst über differentielle positive Verstärkungspläne zu einer Erhöhung normaler Sprechunflüssigkeiten kommt. Wiederholungen werden seitens des Kindes eingesetzt, um sich der Aufmerksamkeit des Zuhörers zu versichern. In der Folge kann das mangelnde Diskriminationsvermögen des Kindes beim Hörer-Sprecher-Rollenwechsel, zum Beispiel in der Form von Fehlinterpretationen der Sprechpausen des Gesprächspartners, dazu führen, daß sich das Kind an inadäquaten Stellen in das Gespräch einschaltet und dafür verbal oder sozial bestraft wird. Um dies zu vermeiden, äußert das Kind den ersten Laut und wartet dann, bevor es weiterspricht, zunächst ab, ob es unterbrochen wird. Im Lauf der Zeit nehmen die Sprechunflüssigkeiten für die Eltern aversive Reizqualitäten an, so daß sie auf eine Bestrafung der Sprechweise konditioniert werden. Diese konditionierten aversiven Zuhörerreaktionen ändern das Sprechmuster in Richtung Stottern so lange ab, bis es schließlich zu einem Gleichgewichtszustand der Sprechunflüssigkeiten mit den Reaktionen der Interaktionspartner kommt.

3.2.4 Stottern und die Wirksamkeit kommunikativer Stressoren

In den normalen Sprechgewohnheiten und Sprechkompetenzen des Kindes treten durch - individuell sehr unterschiedliche - kommunikative Stressoren, Unflüssigkeiten im

Sprechablauf auf. In dem Maße, in dem das Kind bewußt versucht, flüssiger zu sprechen und je nach dem, wie empfindlich es gegenüber kommunikativen Stressoren ist, können sich die zunächst sporadisch aufgetreten Sprechunflüssigkeiten verfestigen.
Auch in diesem Konzept spielt das Verhalten der Bezugspersonen als wichtigste Interaktionspartner eine entscheidende Rolle. Je mehr die Anforderungen an die kommunikative Verantwortlichkeit den emotionalen, kognitiven und linguistischen Kapazitäten de Kindes angemessen sind, desto weniger wahrscheinlich ist das Auftreten von Stottern. Das heißt, daß das Stottern im wesentlichen durch eine Störung des Gleichgewichts zwischen Kapazität und Anforderung entsteht, die auf Unter- bzw. Überforderung seitens der Eltern zurückzuführen ist.

3.2.5 Resümee der interaktionistischen Theorien

Die unter 3.2.2 bis 3.2.4 dargestellten Konzepte unterscheiden sich von dem vorgenannten der Psychoanalyse dadurch, daß keine grundlegende neurotische Persönlichkeitsstörung beim Kind oder seinen Bezugspersonen angenommen wird. In den sozialen Interaktionsmodellen sind die Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns im Rahmen eines sozialen Interaktionsprozesses zu verstehen, an dem die Eltern, das Kind und wichtige Umgebungseinflüsse beteiligt sind. Dabei kommt es nicht sosehr darauf an, Persönlichkeitsdefizite der Bezugspersonen herauszustellen, sondern vielmehr die Reaktionen auf die Redeunflüssigkeiten zu betrachten. Vor allem, wenn die Toleranz der Bezugspersonen hinsichtlich des Sprechen des Kindes, bedingt durch die gesellschaftlichen Erwartungen, relativ gering ist, werden entwicklungsbedingte Unzulänglichkeiten in der Sprache des Kindes bedeutungsrelevant. Die Umwelt reagiert auf die Abweichungen einerseits zum Beispiel mit Sanktionen, andererseits aber auch mit verstärkter Zuwendung, wodurch nach interaktionistischen Theorien erst die Grundlage für das Stottern im eigentlichen medizinischen Sinne gelegt wird. Das sprachliche Symptom bekommt in der sozialen Wahrnehmung ein ungleich stärkeres Gewicht, als es seiner wirklichen Ausprägung zukommt. Es rückt beim Interaktionspartner in den Wahrnehmungsmittelpunkt und verdrängt so andere Elemente der Persönlichkeit. Schließlich führen solche Vorurteile zu einer entsprechenden Selbsteinschätzung und zu einem Verhalten als Stotternder.
Letztendlich lassen sich alle interaktionistischen Theorien zur Erklärung des Stotterns auf die Tatsache zurückführen, daß die Redeunflüssigkeiten bei Stotternden in verschiedenen Situationen unterschiedlich stark bzw. gar nicht auftreten. Analog dazu sind auch bei

Nichtstotternden in Abhängigkeit von der Situation, stotterähnliche Unflüssigkeiten zu beobachten. In den interaktionistischen Theorien werden nun jeweils bestimmte Teilaspekte des Kommunikations- und Interaktionsverhaltens in den Vordergrund gestellt, wobei zunehmend von einer wechselseitigen Beeinflussung, also nicht ausschließlich den Erwartungshaltungen der Bezugspersonen, ausgegangen wird.

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man sagen, daß das Spektrum der Theorien zum Thema Stottern sehr umfangreich und vielfältig ist, aber nicht eine einzige Theorie die Ursachen zufriedenstellend klarlegt. Einerseits scheinen die interaktionistischen Erklärungsversuche die große Spannbreite des Phänomens besser zu erklären, denn jede Interaktion verläuft anders. Außerdem beinhalten diese Theorien, im Gegensatz zum Pessimismus der medizinischen Ansätze, eher therapeutische Möglichkeiten. Andererseits beleuchten die interaktionistischen Theorien aber vor allem die Manifestation des Stotterns auf der Basis von Grundauffälligkeiten, als die eigentliche Entstehung. Diese Grundauffälligkeiten wiederum werden eher durch medizinische Modelle erklärbar.

An dieser Stelle sei auf die idiographische Betrachtungsweise Motschs verwiesen. Die idiographische Betrachtungsweise geht grundsätzlich davon aus, daß jedes Stottern anders ist, also auch die Ursachen grundsätzlich verschieden sind. Je nachdem, wo im Einzelfall der Schwerpunkt des Stotterns zu liegen scheint, wird die entsprechende Theorie – jetzt als Theorem – herangezogen. Das heißt, die bisher existierenden Theorien verlieren den Anspruch, in sich ausreichende Erklärungsansätze, für das Gesamtphänomen Stottern bei allen Stotternden zu sein. Die Theorien werden zu Theoremen – Theorieelementen der idiographischen Betrachtungsweise als Meta-Theorie, - die Erklärungsstärken für einzelne Risikofaktoren, Phasen, Modalitäten, Konfliktsituationen und Entwicklungsverläufe aufweisen können.

Aber selbst im Einzelfall ist die ursächliche Deutung des Stotterns mit Schwierigkeiten behaftet, denn die Gründe, die das Stottern aufrecht erhalten, können andere sein, als die, die es in Gang gesetzt haben. Deshalb findet die Therapie eher auf Basis einer symptomatischen denn ursächlichen Behandlung statt: „Wer richtig sprechen kann, braucht nicht mehr zu stottern, und er darf es sich auch nicht mehr erlauben!“

Literatur

- Deutsches Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen- DIFF [Hrsg.]: Behinderungen und Schule, Bd. 4: Störungen der sprachlichen Kommunikation. Tübingen 1989
- Fiedler, P. und Standop, R.: Stottern – Ätiologie, Diagnose, Behandlung. Weinheim 1986
- Grohnfeldt, M. [Hrsg.]: Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5 Störungen der Redefähigkeit. Berlin 1992
- Haeseling, C.: Stottern im (Vor-)schulalter. Therapeutisch-didaktische Überlegungen. Berlin 1993
- Hensle, U.: Einführung in die Arbeit mit Behinderten. Heidelberg, Wiesbaden 1988
- Holtz, K.-L.: Modellüberlegungen zur Erklärung und Behandlung des Stotterns. In: Kanter, G. O. und Masendorf, F. [Hrsg.]: Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung. Berlin 1982
- Kuhn, Thomas S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt 1967
- Mielke, U., David, H., Hoppe, F. und Stoll, A.: Stottern. Ursachen, Bedingungen, Therapie. Berlin 1993
- Schulze, H.: Stottern und Interaktion. Ulm 1989