

# Mini-KIDS – ein Konzept zur direkten Behandlung von Stottern im Kindergartenalter

Patricia Sandrieser

**Mit dem Mini-KIDS-Konzept lassen sich stotternde Kinder bereits im Alter zwischen 2 und 6 Jahren direkt behandeln. Es gehört zu den Ansätzen der Stottermodifikation und hat das Ziel, die Remission zu erleichtern oder zumindest die Begleitsymptome abzubauen und ein lockeres, anstrengungsfreies Stottern zu etablieren. Wesentlicher Bestandteil ist die kontinuierliche Einbeziehung der Eltern.**

## Einführung

Die Abkürzung KIDS steht für „Kinder dürfen stottern“. Das Ziel von KIDS: Kinder sollen sich auch mit ihrem Stottern als kompetente und selbstbewusste Sprecher erfahren. Sie lernen außerdem Strategien für ein leichtes anstrengungsfreies Stottern. Häufig bewirken diese Techniken, dass das Stottern seltener oder sogar überhaupt nicht mehr auftritt.

Peter Schneider hat das Therapiekonzept KIDS in Abwandlung der Therapie von Van Riper und Carl Dell entwickelt (Schneider, 1999; Sandrieser & Schneider, 2001). Mini-KIDS ist die Adaptation dieses Ansatzes auf die Arbeit mit Kindern bis zur Einschulung. Es ist als ambulante Therapie erprobt und setzt voraus, dass ein Elternteil (oder eine andere Bezugsperson) regelmäßig an der Therapie teilnimmt und dass beide Eltern zusätzlich an einer Elterngruppe teilnehmen, wenn diese angeboten werden kann.

Das Konzept entspricht damit einem Ansatz zur Stottermodifikation. Gelegentlich werden diese Ansätze auch „Nicht-Vermeidens-Ansätze“ genannt. Dieser Begriff ist zum Teil irreführend verwendet worden, da die Phase der Nicht-Vermeidung des Stotterns nicht ausreichend ist und sich unbedingt eine Phase anschließen muss, in der die auftretenden Stotterereignisse modifiziert werden (s.a. Van Riper, 1986).

Die Therapieziele und die Therapieplanung leiten sich aus den bisherigen empirischen und theoretischen Erkenntnissen über das Stottern ab, weswegen nun die Theorie, die Entstehung und der Verlauf des Stotterns in der Übersicht dargestellt werden.

## Theorie

Stottern wird definiert als „unfreiwillige Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen von Lauten und Blockierungen vor oder in einem Wort“ (Bloodstein, 1995). Wenn mehr als 3 % aller gesprochenen Silben diese Kernsymptome des Stotterns aufweisen, kann man Stottern diagnostizieren – unabhängig vom Alter des Kindes und vom Zeitpunkt, der seit Stotterbeginn vergangen ist. Da diese Stotterersymptome im Sprechen von nicht stotternden Kin-



**Patricia Sandrieser**

machte 1991 ihr Logopädie-Examen in Erlangen. Von 1992-96 studierte sie Lehr- und Forschungslogopädie in Aachen mit Studienaufenthalt in Antwerpen und war an den Uni-Kliniken Tübingen und Münster sowie in logopädischen Praxen tätig. Seit 2000 ist die Diplom-Logopädin wissenschaftliche

Mitarbeiterin an der Universität Düsseldorf in einem Forschungsprojekt zum Thema „Stottern im Kindesalter“. Zusammen mit Peter Schneider bietet sie Fortbildungen zu diesem Thema. Neben Stottern ist CI ihr weiterer fachlicher Schwerpunkt.

dern sehr selten vorkommen, trennt die 3-Prozent-Schwelle die meisten stotternden Kinder sehr sicher von den nicht stotternden Kindern (Sandrieser et al., 2002).

Die stottertypischen Unflüssigkeiten sind nicht zu verwechseln mit den Unflüssigkeiten, die im Sprechen von allen Kindern (und Erwachsenen) vorkommen und die in bestimmten Phasen der Sprachentwicklung gehäuft auftreten (Abb. 1). Diese normalen Unflüssigkeiten haben eine Funktion, weswegen sie auch „funktionelle Unflüssigkeiten“ genannt werden: sie verschaffen dem Sprecher Zeit für die weitere Sprechplanung

### Symptomatische Unflüssigkeiten

- Wiederholung von Lauten und Silben
- schnelle, unrythmische Wiederholung von Einsilbern
- Dehnungen von Lauten
- Blockierung vor oder in einem Wort

### Normale Unflüssigkeiten

- Wiederholung von Ein- und Mehrsilbern
- gefüllte und ungefüllte Pausen
- Interjektionen, Floskeln
- Revisionen, Selbstkorrekturen

und signalisieren dem Zuhörer, dass der Sprecher nicht unterbrochen werden soll (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). Schon Wendell Johnson hat in seiner 1942 veröffentlichten Studie gezeigt, dass Eltern von nicht stotternden Kindern durch die normalen Unflüssigkeiten nicht beunruhigt werden (Johnson, 1942). Charles von Ripper konnte kurz darauf zeigen, dass Eltern stotternder Kinder in der Lage sind, die normalen Unflüssigkeiten von den stottertypischen zu differenzieren (Van Riper, 1992).

5 % aller Kinder haben in ihrer Sprachentwicklung eine Phase, die länger als 6 Monate andauert, in der sie stottern (Andrews & Harris, 1964; Mansson, 2000). Die meisten der betroffenen Kinder beginnen bis zum einschließlich 5. Lebensjahr zu stottern, also wesentlich früher, als man bisher annahm (Bloodstein, 1995). Der Anteil von Jungen und Mädchen ist zu Stotterbeginn noch fast gleich groß, er verschiebt sich aber zu Ungunsten der Jungen, da mehr Mädchen eine Remission haben.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es nicht möglich, vorherzusagen, ob ein stotterndes Kind sein Stottern überwinden wird, oder nicht. Remissionen treten am häufigsten

bis zur Pubertät auf, danach sind sie die Ausnahme. Nach der Pubertät stottert ungefähr 1 % der Bevölkerung – ungefähr 80 % der stotternden Kinder überwinden also ihr Stottern, wobei man noch keine sicheren epidemiologischen Aussagen darüber machen kann, wie viele Kinder ohne Therapie zu stottern aufhören, da Studien zur Remission üblicherweise in Ländern durchgeführt werden, in denen auch Therapiemöglichkeiten bestehen.

Durch die Übernahme der international gültigen Definition des Stotterns (bei 3 % gestotterter Silben), die empirisch gut abgesichert ist, hat sich die Nomenklatur in der deutschsprachigen Logopädie verändert: in der älteren Literatur wird erst dann von „Stottern“ gesprochen, wenn es eine gewisse Zeit besteht, mit Begleitsymptomen angereichert ist und man vermutet, dass es keine Remission mehr geben wird.

Seit man weiß, dass Remissionen auch noch Jahre nach Stotterbeginn auftreten können (Yairi & Ambrose, 1999) und das tatsächlich nur 5 % aller Kinder dieses Ausmaß an stottertypischen Unflüssigkeiten zeigen, ist es nicht mehr vertretbar, bei jungen Kindern oder fehlenden Begleitsymptomen von „physiologischem Stottern“ oder „Entwicklungsstottern“ zu sprechen – diese Begriffe suggerieren, dass Stottern Bestandteil der normalen Sprachentwicklung ist und nicht weiter beachtet werden muss. Eindeutiger ist die Trennung in normale (oder funktionelle) Unflüssigkeiten und Stottern.

An die Diagnose „Stottern“ schließt sich damit nicht zwingend eine Therapie an. Gesundheitspolitisch, aber auch für die einzelne Logopädin in der Praxis bedeutet das, dass es Kriterien geben muss, nach denen entschieden werden kann, ob ein als stotternd diagnostiziertes Kind eine Therapie benötigt oder nicht. Es wäre zeitlich und finanziell unökonomisch und ethisch nicht vertretbar, alle stotternden Kinder zu behandeln, da man einen großen Teil mitbehandeln würde, der sein Stottern auch ohne Therapie überwinden könnte und bei dem keine angemessene Indikation besteht.

## Die Entstehung des Stotterns

Bislang ist noch nicht geklärt, wodurch Stottern entsteht. Heute wird ein multifaktorielles Entstehungsmodell angenommen, bei der die Genetik eine wichtige Rolle zu spielen scheint. Stotternde Kinder hätten damit eine *Veranlagung* zu Stottern. Ungeöhnliche Ereignisse (wie die Geburt eines



Geschwisterkinds, Kindergartenbeginn, ein Unfall oder Krankenhausaufenthalt), die mit dem Stotterbeginn einher gehen sind als „auslösender Faktor“ zu betrachten und nicht als Ursache. In der logopädischen Befunderhebung und Therapieplanung ist die Berücksichtigung von „aufrechterhaltenden Faktoren“ wichtig – das sind Faktoren, von denen man vermutet, dass sie den weiteren Verlauf des Stotterns beeinflussen können. Einen guten Überblick über diese Faktoren, die aus den Bereichen der Sprachentwicklung, der kognitiven Entwicklung und der emotional-sozialen Entwicklung kommen können, geben Johanssen und Schulze (1998).

## Der Verlauf des Stotterns

Für die Diagnostik und Therapieplanung ist es wichtig, Kern- und Begleitsymptome zu differenzieren. Begleitsymptome entstehen aus dem ungünstigen Versuch, ein Stotterereignis zu überwinden (Fluchtverhalten) oder dem Stotterereignis vorzubeugen (Vorbeugereaktionen). Begleitsymptome können durch negative Zuhörerreaktion verstärkt werden. Sie können zudem zu negativen psychischen Reaktionen, wie Scham oder Angst führen. Da Begleitsymptome nicht das eigentliche Stottern sind, können sie auch wieder abgebaut werden (Abb. 2). Stottern beginnt nicht immer, wie früher angenommen, mit lockeren Kernsymptomen, die allmählich zu angestregten Symptomen werden. Es kann sich auch sprunghaft und schnell weiterentwickeln und mit Begleitsymptomen anreichern. In

## Video-Film zur Stottherapie

Das in diesem Beitrag vorgestellte Verfahren ist Gegenstand eines Video-Films, der gemeinsam mit einem ausführlichen Begleitbuch im Demosthenes-Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe erschienen ist. Peter Schneider und Patricia Sandrieser zeigen TherapeutInnen in Wort und Bild, wie sich das Konzept bei Kindern zwischen 2 und 12 Jahren praktisch einsetzen lässt.



### Direkte Therapie bei stotternden Kindern

Symptomorientierte Verfahren für Kinder zwischen 2 und 12 Jahren

**Peter Schneider,  
Patricia Sandrieser**

Video ca. 60 Min., Begleitbuch 36 S.  
30,80 € (Mitglieder 24,50 €)  
Köln: Demosthenes 2002  
ISBN 3-921897-43-2  
www.bvss.de

der logopädischen Praxis werden schon 2-jährige Kinder vorgestellt, die auf ihr Stottern reagieren, indem sie zu weinen anfangen, Anstrengungsverhalten zeigen oder vorbeugend nur noch flüstern oder mit verstellter Stimme sprechen. Glücklicherweise gibt es viele Kinder, die auf ihre Kernsymptome nicht negativ reagieren und keine psychischen Reaktionen oder Begleitsymptome entwickeln – das sind dann großteils die Kinder, die nie logopädisch vorgestellt werden.

Typisch für das Störungsbild ist der *phasenweise Verlauf* (manchmal scheint es fast verschwunden zu sein, dann wird es wieder stärker) und die *große situationsabhängige Variabilität* (viele Kinder stottern in bestimmten Sprechsituationen, gegenüber bestimmten Personen oder auch tageszeitenabhängig mehr oder weniger).

## Therapieplanung

### Diagnostik

Vor Therapiebeginn ist eine logopädische Diagnostik notwendig, um entscheiden zu können, ob

- Stottern vorliegt
- eine Therapie notwendig ist.

Für die Befunderhebung stehen standardisierte Tests zur Verfügung, der eine Spontansprachprobe zugrunde liegt, z.B. das „Stuttering Severity Instrument“ von Riley (2003). Zusätzlich werden mit – z.T. informellen – Verfahren eventuell vorhandene psychische Reaktionen auf das Stottern (z.B. „RSU“, Schneider, 2001), Begleitsymptomatik (z.B. „QBS“, Schneider, 2001) und die Einstellung der Eltern zum Stottern (z.B. „Elterneinschätzung“ von Cooper & Cooper, 1986; „Elternfragebogen“ von Sandrieser, 2001) ermittelt. Die sprachsystematischen und pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten werden in der Spontansprachsituation daraufhin eingeschätzt, ob eine weiterführende Diagnostik in diesem Bereich notwendig ist.

### Therapieindikation

Für diese Form der Therapie liegt eine Therapieindikation nur vor, wenn die Symptomatik des Kindes Begleitsymptome aufweist (Abb. 3). Dann ist eine logopädische direkte Therapie sinnvoll, unabhängig vom Alter des Kindes und vom Zeitpunkt seit Stotterbeginn. Falls das Kind nur kurze

unangestrenzte Kernsymptome zeigt, aber keine Anzeichen von Flucht- oder Vermeiderverhalten zu beobachten sind und keine negativen psychischen Reaktionen auf das Stottern bemerkbar sind, reicht es aus, die Eltern zu beraten und mit ihnen abzusprechen, bei welchen Veränderungen eine Wiedervorstellung sinnvoll ist.

Ein Sonderfall sind Kinder, die nur kurze unangestrenzte Symptome zeigen, deren Eltern aber stark verunsichert bezüglich ihres Umgangs mit dem stotternden Kind sind. Da die Einstellung der Eltern einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Stotterns nehmen kann, ist es sinnvoll, diese Eltern in einer logopädischen Therapie zu beraten und ggf. das Kind einzubeziehen, um am eigenen Umgang mit dem stotternden Kind Modell zu sein. Eine direkte Therapie des Stotterns ist dann aber nicht erforderlich.

Da zusätzliche Probleme in der Sprachentwicklung einen ungünstigen Verlauf des Stotterns bedeuten können, müssen diagnostizierte Störungen bei diesen Kindern logopädisch behandelt werden, auch wenn (zu diesem Zeitpunkt) keine Stottertherapie notwendig sein sollte. Stottern ist keine Kontraindikation für die Behandlung einer anderen Sprachentwicklungsstörung.

### Therapiebeginn

Mini-KIDS hat das Ziel, entstandene Begleitsymptome abzubauen und die Entstehung

**1) Stottern mit Begleitsymptomatik (Anstrengungsverhalten, Vermeiderverhalten oder sekundäre psychische Reaktionen)**  
▶ **Mini-KIDS und Elterngruppe**

**2) Stottern ohne Begleitsymptomatik und große Unsicherheit bei den Eltern**  
▶ **Elterngruppe und/oder Beratung in Einzeltherapie**

**3) Stottern ohne Begleitsymptomatik aber mit vermuteten Risikofaktoren, die aufrecht erhaltend wirken (z.B. phonologische Störung)**  
▶ **logopädische Therapie**

- **Begleitsymptome abbauen**
- **Kurze, unangestrenzte Kernsymptome etablieren**
- **Stottern enttabuisieren**

- ▶ **Remission erleichtern**
- ▶ **gelassenen Umgang mit dem Stottern vermitteln**

von neuen Begleitsymptomen zu verhindern (Abb. 4). Dies erfordert eine direkte Arbeit am Stottern.

Gleichzeitig werden eventuell vorhandene psychische Reaktionen auf das Stottern bearbeitet. Da diese häufig durch die Tabuisierung des Themas Stottern und Fehlinformationen über das Stottern entstanden sind, werden die Kinder und vor allem auch ihre Eltern (und Geschwister, bzw. die übrigen Bezugspersonen) desensibilisiert und über das Stottern informiert. Je jünger die Kinder sind, desto größer ist der Anteil, der mit den Eltern erarbeitet wird. Das übergeordnete Ziel ist also, Nachteile, die durch das Stottern entstehen können, zu verhindern (Selbstabwertung als Sprecher, Probleme in Sozialkontakten durch sozial auffällige Begleitsymptomatik etc.). Dadurch versucht man auch, dem Kind die Remission zu erleichtern.

Da es bisher keine Therapie gibt, die versprechen kann, Stottern bei jedem Kind zu heilen, ist das zweite übergeordnete Therapieziel, das Kind und seine Familie auf ein Leben mit dem bestehenden Stottern vorzubereiten. Dies geschieht in der Therapie dadurch, dass ein angemessener, gelassener Umgang mit dem Stottern vermittelt wird und das Kind lernt, seine Stotterereignisse zu modifizieren. Das setzt voraus, dass die TherapeutIn selbst offen mit dem Stottern umgeht und ausreichend desensibilisiert ist und dass die Therapieziele vor der Therapie offen gelegt werden (weiterführende Literatur dazu: Kapitel „Vertragsarbeit“ in Sandrieser & Schneider, 2001, Schneider & Sandrieser, 2003).

In der Praxis hat es sich bewährt, beide Eltern vor Therapiebeginn zu einem gemeinsamen Gespräch über die Therapie und die Ziele einzuladen und sie ggf. über andere Therapieformen und die Einrichtungen, die sie anbieten, zu informieren. Wenn Eltern

ihr stotterndes Kind zur Therapie vorstellen, ist es verständlicherweise nicht leicht, von der Vorstellung Abschied zu nehmen, das die Therapeutin das Kind in jedem Fall „heilen“ können wird. Nicht unerheblich ist zudem der Zeitaufwand, den die Teilnahme der Eltern an der Einzeltherapie und der Elterngruppe erfordert, und der organisatorisch möglich sein muss.

## Elternbeteiligung

Prinzipiell gilt, dass ein Elternteil an der Therapie teilnimmt und fortwährend informiert wird, welches Ziel die Intervention hat. Dadurch vermittelt die Therapeutin fortlaufend Informationen zum Stottern und schult das Elternteil, die Stottersymptome des Kindes beobachten, benennen und einschätzen zu können. Neben der Möglichkeit, auch auf die stotterfreien oder stotterarmen Phasen hinweisen zu können – manche Eltern hören nur noch die Stottereignisse und nehmen positive Veränderungen nicht mehr wahr –, bietet das die Möglichkeit zu kontinuierlichem Austausch. Die Eltern können berichten, wie das Sprechen und das Stottern in den Zeiten zwischen den Therapiestunden war.

Das ist für die Therapieplanung wichtig, denn die Therapeutin kann dieses schwankende Störungsbild selbst nur innerhalb eines winzigen Ausschnitts – nämlich in der Therapiesituation – beurteilen. Wichtigstes Ziel der Elternbeteiligung ist es, ihnen das Selbstvertrauen im Umgang mit ihrem Kind hinsichtlich dieses fluktuierenden und vorurteilsbeladenen Störungsbildes zurückzugeben. Noch immer erfahren Eltern, dass ihnen unterstellt wird, einen Erziehungsfehler gemacht oder das Kind überfordert zu haben – um damit das Stottern unabsichtlich ausgelöst zu haben.

Daher muss explizit angesprochen werden, dass sie an der Therapie und der Elterngruppe nicht teilnehmen, weil sie „schlechte“ Eltern sind und „nachsitzen“ müssen, sondern weil sie als wichtigste Bezugspersonen für ihr Kind eine Menge tun können, um dem Kind zu helfen, mit seinem Stottern selbstsicher umzugehen. Falls darüber hinaus aufrechterhaltende Faktoren vermutet werden, die in der Interaktion von Eltern und Kind liegen, bietet diese Form der Elternbeteiligung eine gute Möglichkeit, sie gemeinsam zu bearbeiten.

## Elterngruppe

Die Elterngruppe entstand aus dem Antwerpener Konzept (Sandrieser & Schneider, 2001) und findet an fünf Abenden statt. Ausführliche Literatur findet sich in der Neuauflage von Sandrieser & Schneider, 2002 (2003). Ziel ist:

- Wissensvermittlung
- Desensibilisierung
- Unterstützung der Einzeltherapie
- Eltern als Multiplikatoren zu gewinnen, die weitere Umgebung des Kindes über Stottern zu informieren
- Entlastung der Eltern/Austausch mit anderen Eltern
- Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie

## Rahmentherapie

Mini-KIDS ermöglicht die zusätzliche logopädische Arbeit an anderen sprachsystematischen Störungen oder dem pragmatisch-kommunikativen Bereich, wenn das Kind dort Defizite hat. In diesen Fällen ist es sinnvoll, die Therapie abhängig vom Alter des Kindes und seinen akuten Problemen so zu gewichten, dass entweder die Stottertherapie oder die SES-Therapie im Vordergrund steht.

## Individuelle Therapie Therapiephasen

In Anlehnung an die klassische Therapie von Van Riper gliedert sich die Therapie in verschiedene Phasen (Abb. 5). Bei den 2-3-jährigen Kindern wird die Phase der Identifikation übersprungen, da die Kinder durch den Stand ihrer kognitiven und auditiven Entwicklung noch nicht in der Lage sind, ihre Stottereignisse zu identifizieren und lokalisieren. Im Folgenden ist diese Gruppe der 2-3-jährigen Kinder gemeint, wenn von „jüngeren“ Kindern

die Rede ist, wobei ausschlaggebend nicht das tatsächliche Alter, sondern der Entwicklungsstand ist.

## Pseudostottern

Pseudostottern bedeutet lockeres anstrengungsfreies absichtliches „Stottern“. Das Kind und seine Familie lernen Pseudostottern in der Therapie. Die Therapeutin setzt selbst durchgehend Pseudostottern ein, kündigt es aber vor den ersten Malen an, um nicht den Eindruck zu erwecken, sie würde selbst stottern. Bereits in der Befunderhebung wird es eingesetzt, um die Reaktionen des Kindes (und der Eltern) auf das Pseudostottern zu beobachten – Scham- und Abwehrreaktionen können ein Hinweis darauf sein, dass Stottern tabuisiert wird. Im Pseudostottern können Wiederholungen, Prolongationen und Blockierungen realisiert werden. In den unterschiedlichen Therapiephasen hat das Pseudostottern unterschiedliche Ziele. Durch das Pseudostottern wird desensibilisiert und ein modifiziertes Stottern angeboten.

## Desensibilisierung

Desensibilisierung bedeutet, dass das Kind und seine Eltern „unempfindlich“ gemacht werden gegen die auftretenden Stottersymptome. Dies geschieht auf verschiedenen Ebenen:

- ▶ Den Eltern und älteren Kindern werden Sachinformationen über das Stottern gegeben. Schon dass der Begriff „Stottern“ in der Therapie offen verwendet wird und alle Beteiligten wissen, dass es hier um Stottern geht, führt oft zu spürbarer Entlastung in der Familie.
- ▶ Die spätere Identifikation bzw. Modifikation setzt voraus, dass alle Beteiligten (vorerst im Therapieraum) gelassen mit Stottereignissen umgehen können. Da das bei ausgeprägter Begleitsymptomatik vorerst unüberwindlich scheinen mag,

### Therapiephasen bei 2-3-jährigen Kindern

- Desensibilisierung
- Modifikation
- Stabilisierung/Transfer

### Therapiephasen bei 4-6-jährigen Kindern

- Desensibilisierung
- Identifizierung
- Modifikation
- Stabilisierung/Transfer



eignet sich das Pseudostottern als lockere, unangestrenzte Variante des tatsächlichen Stotterns, um sich der Sache zu nähern.

Der erste Schritt besteht darin, das Pseudostottern der TherapeutIn zu tolerieren, was vor allem bei älteren Kindern einige Zeit dauern kann. Es hat sich bewährt, mit Wiederholungen zu beginnen, das sie leicht auditiv zu erkennen und am ehesten ohne Anstrengungsverhalten zu lernen sind.

Bei den jüngeren Kindern lernt das begleitende Elternteil, die in der logopädischen Praxis meist die Mutter ist, das Pseudostottern in der Therapie. Vorteil ist, dass Pseudostottern in allen Spielen angewandt werden kann. Die Mutter lernt es, während TherapeutIn, Kind und Mutter ein gemeinsames Spiel spielen. Es kann zum Beispiel erst darum gehen, Tiere mit einem „hopp-hopp-hopp“ an eine bestimmte Stelle hüpfen zu lassen und später bei der Wahl des Tieres immer dazu zu sagen, welches Tier nun dran ist („Und jetzt kommt die Gaggans.“) Dabei ist nicht zu unterschätzen, dass auch Erwachsene einige Zeit brauchen, bis sie das Pseudostottern gut und sicher beherrschen.

Die TherapeutIn beobachtet dabei, ob das Pseudostottern von ihr und der Mutter eine Veränderung im Sprechen des Kindes bewirkt. – Dabei ist klar, dass durch das strukturierte Spiel und die Übung des Pseudostotterns die Sprechgeschwindigkeit automatisch reduziert wird. Da Kinder die Sprechgeschwindigkeit von älteren Gesprächspartnern übernehmen und eine reduzierte Geschwindigkeit häufig eine Reduktion der Stotterereignisse zur Folge hat, kann es hier zu einem Nebeneffekt kommen, der nicht nur aus dem Pseudostottern resultiert.

Die TherapeutIn versucht, bei den jüngeren Kindern die Nachahmung des Pseudostotterns zu stimulieren und erleichtert das, wie auch sonst in der logopädischen Therapie, mit visuellen oder motorischen Hilfen (die Tiere hüpfen auf ausgelegten Plättchen oder die Person, die dran ist, hüpfen mit dem Spielzeugtier selbst auf ausgelegten Platten auf dem Boden). Wenn das Kind für diese Segmentierung noch zu jung ist, machen Mutter und TherapeutIn mit dem Pseudostottern weiter, ohne beim Kind darauf zu insistieren.

Erfreulicherweise übernehmen viele jüngere Kinder das Prinzip des Pseudostotterns, indem sie die eigenen Symptome entsprechen verändern. Man kann sich das damit erklären, dass den Kindern durch das Pseu-

dostottern ein Modell angeboten wird, das leichter zu realisieren ist, als das Modell „flüssiges Sprechen“, das sie im Normalfall in ihrer Umgebung erhalten. Die Strategie, sich dem Modell anzunähern, ohne dass diese Vorgänge bewusst gemacht oder spezifisch geübt werden, entspricht dabei dem Lernprinzip in dieser Altersgruppe.

## Identifikation

Das Kind lernt am Modell des Pseudostotterns und an den eigenen Symptomen, die Symptome zu bemerken und zu unterscheiden. Dazu lernen die älteren Kinder die verschiedenen Formen des Pseudostotterns. Wie auch sonst in der logopädischen Therapie ist es erforderlich, dass die TherapeutIn sicher ist, dass das Kind die Voraussetzungen dazu mitbringt oder sie vorher mit ihm erarbeitet. Dazu gehört, dass eine Begrifflichkeit für das Pseudostottern eingeführt wird (z.B. Froschwörter für Wiederholungen, Schlangenwörter für Dehnungen und Pu-Wörter für Blockierungen, weil Pu der Bär in einer Geschichte in einem Hasenloch stecken bleibt – so wie die Laute während einer Blockierung stecken bleiben).

Weitere Voraussetzungen sind die Fähigkeit, die Pseudo-Stotter-Ereignisse bei der Therapeutin und bei sich auditiv zu erfassen und sie motorisch selbst umzusetzen. Unterschieden werden:

- ▶ *Symptomart*  
Wiederholung, Dehnung, Blockierung
- ▶ *Qualität der Symptome*  
Wie oft wird wiederholt?  
Ist die Dehnung/Blockierung lang oder kurz?
- ▶ *Auftreten von Begleitsymptomatik*  
Pseudostottern mit und ohne zusätzlicher absichtlicher Begleitsymptomatik

In der Phase, in der neue Inhalte mit dem Kind erarbeitet werden, ist es oft besser, die Mutter hinaus zu schicken, um ungünstige Interaktionen oder einen möglichen unnötigen Stressor für das Kind zu vermeiden. Sie bekommt nach der Übungsphase aber immer gezeigt, was geübt wurde, inwieweit es schon klappt und muss es selbst mit der Therapeutin und dem Kind auch lernen.

## Modifikation

Bei den jüngeren Kindern versucht man, durch das Modell des Pseudostotterns das bestehende Stottern zu modifizieren.

Dazu setzen die Eltern die Technik des Pseudostotterns nach Absprache auch außerhalb der Therapie ein. Der Zeitpunkt dafür und das Ausmaß richten sich danach, wie schnell und stabil das Kind mit einer Veränderung seines Sprechens auf das Pseudostottern eines Gesprächspartners reagiert. Sinnvoll sind zuerst wenige Minuten in vorher klar besprochenen Situationen, z.B. beim Betrachten eines Bilderbuches zu Hause.

Bevor das Pseudostottern außerhalb der häuslichen Umgebung eingesetzt wird, sind in-vivo-Situationen zur Übung wichtig. Das kann bereits zu Therapiebeginn dadurch geschehen, dass die TherapeutIn Mutter und Kind am Ende der Therapie zur Tür begleitet und während man durchs Wohnzimmer läuft, Pseudostottern einsetzt. Später werden kleine Situationen inszeniert, in denen auch die Mutter Pseudostotter-Ereignisse einsetzt.

Modifikation bei den älteren Kindern: Nach der Identifikationsphase lernen die Kinder zuerst in der Therapiesituation Pseudostotter-Ereignisse zu modifizieren und schließlich echte Stotterereignisse zu verändern. Dazu werden ihnen Techniken vermittelt, Anspannung abzubauen und Blockierungen zu lösen. Die TherapeutIn führt ein Spiel ein, in dem der sogenannte Pull-out, also das „Herausziehen“ aus dem Stotterereignis geübt wird. Das kann beispielsweise dadurch dargestellt werden, dass Pu der Bär feststeckt und dadurch „befreit“ wird, dass die Schlange ihn vorsichtig zieht und die Blockierung dadurch aufgelöst wird.

Es ist nicht zu unterschätzen, wieviel Übung es für Kindern in diesem Alter erfordert, die einzelnen Schritte der Modifikation (Literatur dazu z.B. bei *Van Riper, 1986; Schneider & Sandrieser, 2002*) zu lernen und motorisch umzusetzen. In dieser Übungsphase ist es oft sinnvoll, die Therapiefrequenz von einer Stunde pro Woche zu verkürzen und immer wieder zu prüfen, ob das Kind auch für diesen Schritt ausreichend desensibilisiert ist.

## Stabilisierung/Transfer

Bei den jüngeren Kindern erfolgt diese Phase durch Einsatz des Pseudostotterns der Eltern im häuslichen Umfeld. Die

Eltern entwickeln dabei aufgrund ihrer Beobachtungen über die Veränderungen im Sprechen durch das Pseudostottern mit der TherapeutIn Hypothesen über die Zweckmäßigkeit des Pseudostotterns (wann, von wem, wieviel?) und setzen es dann in Absprache um, wobei das Ziel ist, sie immer unabhängiger von der logopädischen Therapie zu machen.

Bei den älteren Kindern ist eine stufenweise Übernahme der Stottermodifikation in den Alltag mit Unterstützung der Eltern und In-vivo-Therapiesequenzen nötig. Hier kommt es sehr darauf an, die Erfolgserlebnisse der Kinder zu nutzen, um ihnen die Fortschritte zu zeigen und sie nicht zu überfordern. Wenn Eltern gelernt haben, dem Kind Hilfestellungen in der Modifikation von einzelnen Stottereignissen zu geben, besteht die Gefahr, dass sie vor Erleichterung nun erwarten, dass ihr Kind diese Technik nun andauernd einsetzt. Es kostet oft viel Überzeugungsarbeit, mit den Eltern und dem Kind abzusprechen, in welchen Situationen geübt wird und wann erst erwartet werden kann, dass die Technik auch im Alltag eingesetzt wird.

## Therapieende

Der Erfolg einer Stottertherapie misst sich an den Veränderungen im Alltag – da die Symptomatik situationsabhängig leicht zu verändern ist, sind Veränderungen, die nur im Therapieraum stattfinden, kein ausreichender Erfolg.

Bei Remission oder Übernahme eines anstrengungsfreien Stotterns ohne Begleitsymptomatik kann die Therapie beendet werden. Eltern und ältere Kinder müssen darüber informiert werden, dass eine Phase ohne Stottern trotzdem bedeuten kann, dass das Stottern wieder auftritt. Für diesen Fall wird abgesprochen, was die Beteiligten tun können (z.B. zu Hause vermehrt Pseudostottern einsetzen) und wann eine Wiedervorstellung sinnvoll ist.

Wenn ein Kind mit lockeren Symptomen und sicherer Modifikation entlassen wird, ist es ebenfalls sinnvoll, anzusprechen, dass die Symptomatik sich wieder verändern kann. Das ist z.B. manchmal beim Übergang in die weiterführende Schule zu beobachten. Eine weitere Voraussetzung für die Beendigung der Therapie ist, dass die Eltern ausreichend entlastet und informiert sind. Selbst bei Kindern, die nur noch anstrengungsfrei oder gar nicht mehr stottern kann es sein,

dass Eltern noch besorgt oder zu wenig sensibilisiert sind. In diesen Fällen ist es notwendig, mit den Eltern weiterzuarbeiten.

## Fazit

Das Konzept Mini-KIDS ermöglicht die hypothesengelenkte, einzelfallorientierte direkte Therapie stotternder Kinder im Vorschulalter. Die Evaluation und der Vergleich mit anderen Konzepten steht noch aus, aber die klare Zielvereinbarung ermöglicht jetzt schon eine Verlaufsdagnostik mit Darstellung der erreichten und angestrebten Therapieziele. Dies ist eine wichtige Chance für die TherapeutIn, die eigene Therapie zu überprüfen, den Eltern Veränderungen aufzuzeigen und gegenüber den Kostenträgern die Qualität der Arbeit darzustellen. Bei jüngeren Kindern reichen oft wenige Stunden in Einzeltherapie, um die Therapie durchführen zu können. Je ausgeprägter die Begleitsymptome sind und je mehr psychische Reaktionen und ggf. zusätzliche Defizite in anderen sprachsystematischen Bereichen vorliegen, desto mehr Zeit kann die Therapie in Anspruch nehmen.

Da es sich beim Stottern um eine Störung des Sprechens handelt und der Verlauf von der Entwicklung der Sprache insgesamt beeinflusst werden kann, sind LogopädInnen mit ihrer fundierten, breit gefächerten Ausbildung gut vorbereitet, junge stotternde Kinder zu behandeln. Der derzeitige Stand der Forschung lässt zwar noch einige zentrale Fragen offen, aber der Erkenntnisstand ermöglicht ein theoriegeleitetes Vorgehen mit der Gewissheit, zwar keine Heilung versprechen zu können, aber die Entstehung von Problemen rückgängig zu machen oder zu verhindern, die nicht das eigentliche Stottern darstellen, sondern die Reaktionen darauf sind.

Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The Syndrome of Stuttering*. London: The Spastics Society Medical Education and Information Unit (Hrsg.) in Association with William Heinemann Medical Books

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. San Diego: Singular Publishing

Cooper E.B. & Cooper C.S. (1986). Checkliste zur Erfassung der Einstellung von Eltern gegenüber dem Stottern ihrer Kinder. In: Schulze, H. & Johannsen, H.S.: *Stottern bei Kindern im Vorschulalter: Theorie-Diagnostik-Theorie*. Ulm: Phoniatriische Ambulanz der Universität Ulm

Johannsen, H.S. & Schulze, H. (1998). Therapie von Redeflussstörungen bei Kindern und Erwachsenen. In: Böhme, G. (Hrsg.). *Sprach-, Sprech-, Stimm und Schluckstörungen. Band 2: Therapie* (S. 97-112). Stuttgart: G. Fischer, Stuttgart

Johnson, W. (1942). A Study of the Onset and Development of Stuttering. *J. Speech Disord.* 7, 251-257

Manson, H. (2000). Childhood Stuttering: Incidence and Development. *J. Fluency Disorders* 25, 47-57

Riley, G.D. (2003). Stuttering Severity Instrument. In: Sandrieser, P. & Schneider, P.: *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Sandrieser, P. (2001). Elternfragebogen. In: Sandrieser, P. & Schneider, P.: *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2003). *Stottern im Kindesalter*, 2. Auflage. Stuttgart: Thieme

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2001). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Sandrieser, P.; Natke, U.; Pietrowsky, R. & Kalveram, K.T. (2002). *Stottern im Kindesalter – Bedeutung einer frühzeitigen Diagnostik und Beratung*. Poster auf der 98. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Leipzig

Schneider, P. (1999). Stottertherapie bei Kindern in Orientierung an Carl Dell. *Forum Logopädie* 1, 5-12

Schneider, P. (2001). QBS. In: Sandrieser, P. & Schneider, P.: *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Schneider, P. (2001). RSU. In: Sandrieser, P. & Schneider, P.: *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Schneider P. & Sandrieser P. (2003). *Direkte Therapie bei stotternden Kindern*. Video mit Begleitbuch. Köln: Demosthenes

Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Austin: pro ed

Van Riper, C. (1992). Stuttering? *J. Fluency Disord.* 17, 81-84

Van Riper, C. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Köln: Demosthenes

Yairi, E. & Ambrose, N.G. (199). Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *J. Speech, Language, Hearing Res.* 42, 1097-1112

## Autorin

Dipl.-Log. Patricia Sandrieser  
Heinrich-Heine-Universität  
Institut für Experimentelle Psychologie  
Universitätsstraße 1  
40225 Düsseldorf  
[patricia.sandrieser@uni-duesseldorf.de](mailto:patricia.sandrieser@uni-duesseldorf.de)